



INDICE

1.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2.	RIFERIMENTI	3
3.	RESPONSABILITÀ	3
4.	OPINIONE DEGLI STUDENTI, DEI LAUREATI, DEI DOTTORANDI, DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO DOCENTE E	3
4.1	Questionari di valutazione Corsi di Insegnamento	3
4.2	Questionari di valutazione "Corsi di Studio, Aule, Attrezzature e Servizi di supporto" e "Prove d'esame" ..	3
4.3	Indagine AlmaLaurea "Soddisfazione per il corso di studio concluso e condizione occupazionale dei laureati"	4
4.4	Questionari di valutazione Corsi di Insegnamento - Docenti	4
4.5	Questionari di soddisfazione dottorandi e dottori di ricerca	5
4.6	Questionari Goodpractice	5
4.7	Questionario tirocini	5
5.	AUDIT INTERNI	6
5.1	Composizione e qualifica del team di audit	6
5.2	Programma degli audit interni	6
5.3	Svolgimento degli audit interni ai Corsi di Studio	6
5.4	Svolgimento degli audit interni alle Strutture amministrative	7
6.	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	8
6.1	Gestione dei reclami	8
7.	GESTIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO/CORRETTIVE (AM/AC)	9
7.1	Gestione delle AM/AC e loro monitoraggio	9
7.2	Gestione delle AM/AC dei Corsi di Studio e loro monitoraggio	10
7.3	Gestione delle AM/AC dei Corsi di Dottorato e loro monitoraggio	12
7.4	Gestione delle AM/AC dei Dipartimenti e loro monitoraggio	14
8.	ALLEGATI	15

Rev.	Data	Motivo	Pagina
00	27/02/07	Emissione	Tutte
01	11/01/10	ISO 9001:2008, Audit interno	Tutte
02	13/05/13	Recepimento Statuto di Ateneo	Tutte
03	24/04/14	Inserimento nuovo allegato modulo "Gestione reclami"	5-6
04	10/04/18	Adeguamento UNI EN ISO 9001: 2015	Tutte
05	24/06/19	Eliminazione Paragrafo 5 "Audit interni"; All01 "Programma triennale audit interni"; All02 "Verbale di audit interno".	Tutte
06	04/03/21	Modifiche Paragrafo 4 "Opinione degli studenti e dei laureati" Inserimento Paragrafo 5 "Audit interni" All01 "Programma triennale audit interni" All02 "Verbale di audit interno"	Tutte



		All06 "Check list audit interni CdS"	
07	02/07/21	Revisione Paragrafo 7 "Gestione delle azioni correttive"	6-7
08	05/04/23	Aggiornamento AVA 3 e nuova organizzazione dell'Amministrazione UnivPM	Tutte
09	06/09/2023	Modifiche Paragrafo 4 "Opinione degli studenti e dei laureati" Aggiornato cap. 5 "Audit interni" Modifiche paragrafo 6.1 "Gestione reclami" Inserito paragrafo Gestione delle AM/AC dei Dipartimenti	3-4 5-6 8

REDAZIONE E VERIFICA: RSQ

APPROVAZIONE: Rettore

(prof.ssa Lucia Aquilanti)

(prof. Gian Luca Gregori)



1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive le responsabilità e le modalità di gestione dei processi di valutazione delle prestazioni e di miglioramento del SGQ.

La procedura si applica al monitoraggio dell'opinione degli studenti, dei laureati e dei docenti, alla gestione degli audit interni, alla gestione delle non conformità, alla gestione delle azioni di miglioramento del SGQ.

2. RIFERIMENTI

Norma UNI EN ISO 9001: 2015 § 9-10

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione delle attività definite in questa procedura è dei soggetti indicati nella stessa.

4. OPINIONE DEGLI STUDENTI, DEI LAUREATI, DEI DOTTORANDI, DEL PERSONALE DOCENTE E TECNICO AMMINISTRATIVO

4.1 Questionari di valutazione Corsi di Insegnamento

La rilevazione dell'opinione degli studenti avviene tramite la somministrazione di un questionario predisposto dall'ANVUR (allegato IX al Documento ANVUR del 9 gennaio 2013, scheda 1 per studenti frequentanti e scheda 3 per studenti non frequentanti).

Per ciascuna domanda è prevista una sola risposta secondo una scala di valutazione che prevede le seguenti quattro tipologie di risposte: Decisamente NO; Più NO che SI; Più SI che NO; Decisamente SI.

La somministrazione dei questionari agli studenti avviene in modalità online fra i 2/3 e il termine della durata dell'insegnamento ed è comunque obbligatoria all'atto dell'iscrizione alla prova di esame.

Il periodo temporale in cui viene effettuata la rilevazione va dal mese di novembre al 30 settembre dell'anno successivo per gli insegnamenti svolti nel I semestre, e dal mese di aprile al 28 febbraio dell'anno successivo per gli insegnamenti svolti nel II semestre.

I dati raccolti vengono elaborati semestralmente e resi disponibili ai singoli docenti, ai Presidenti dei CdS, ai Presidi di Facoltà ove costituita/Direttori di Dipartimento, alle Commissioni Paritetiche, al Nucleo di Valutazione e al Rettore, all'interno del sistema informativo statistico SISValDidat.

Le risultanze dell'indagine vengono analizzate dai singoli CdS all'interno della Scheda SUA-CdS (quadro B6) e nella Scheda di monitoraggio annuale. Nel caso di risultati negativi, il CdS predisporre le opportune azioni di miglioramento, dandone evidenza come previsto dalle procedure del SGQ.

Annualmente, il PQA provvede a pubblicare i risultati della rilevazione dell'opinione degli studenti all'interno del sito web di Ateneo.

Entro il 30 aprile di ogni anno, inoltre, il NdV redige una relazione sull'opinione degli studenti, così come previsto dalla legge n. 370/1999.

4.2 Questionari di valutazione "Corsi di Studio, Aule, Attrezzature e Servizi di supporto" e "Prove d'esame"

La rilevazione avviene mediante la somministrazione dei questionari predisposti da ANVUR (allegato IX al Documento ANVUR del 9 gennaio 2013, scheda 2 per studenti frequentanti e scheda 4 per studenti non frequentanti – Parte A "Corsi di Studio, Aule, Attrezzature e Servizi di supporto" e Parte B "Prove d'esame") modificati dall'Ateneo con approvazione del Senato Accademico.



La finalità dei questionari Parte A è orientata ad acquisire la valutazione sulle strutture e sui servizi offerti dall'Ateneo da parte degli studenti iscritti a partire dal II anno sull'anno di corso precedente. La finalità dei questionari Parte B è orientata a raccogliere il giudizio degli studenti sulle modalità di esame, dopo ogni singolo esame superato.

La compilazione dei questionari è facoltativa, garantisce l'anonimato e avviene in modalità online in ambiente Esse3 da settembre al 28 febbraio dell'anno successivo.

I dati raccolti vengono elaborati annualmente, di norma entro il mese di aprile, e resi disponibili ai Presidenti dei CdS, ai Presidi di Facoltà ove costituita/Direttori di Dipartimento, alle Commissioni Paritetiche, al Nucleo di Valutazione e al Rettore, all'interno del sistema informativo statistico SISValDidat.

Le risultanze dell'indagine vengono analizzate dai singoli CdS all'interno della Scheda SUA-CdS (quadro B6) e nella Scheda di monitoraggio annuale. Nel caso di risultati negativi, il CdS predisporre le opportune azioni di miglioramento, dandone evidenza come previsto dalle procedure del SGQ.

Annualmente, il PQA provvede a pubblicare i risultati della rilevazione dell'opinione studenti all'interno del sito web di Ateneo.

Entro il 30 aprile di ogni anno, inoltre, il NdV redige una relazione sull'opinione degli studenti, così come previsto dalla legge n. 370/1999.

4.3 Indagine AlmaLaurea "Soddisfazione per il corso di studio concluso e condizione occupazionale dei laureati"

La rilevazione delle opinioni dei laureati viene svolta per conto dell'Ateneo dal Consorzio AlmaLaurea.

Le risultanze dell'indagine vengono analizzate dai singoli CdS all'interno della Scheda SUA-CdS (quadro B7) e nella Scheda di monitoraggio annuale. Nel caso di risultati negativi, il CdS predisporrà le opportune azioni di miglioramento, dandone evidenza come previsto dalle procedure del SGQ.

Annualmente, il PQA provvede a pubblicare le risultanze disaggregate per corso di studi rapportate all'Ateneo e alla classe nazionale e della medesima ripartizione territoriale.

4.4 Questionari di valutazione Corsi di Insegnamento - Docenti

La rilevazione dell'opinione dei docenti avviene tramite la somministrazione di un questionario predisposto dall'ANVUR (allegato IX al Documento ANVUR del 9 gennaio 2013, scheda 7).

Per ciascuna domanda è prevista una sola risposta secondo una scala di valutazione che prevede le seguenti quattro tipologie di risposte: Decisamente NO; Più NO che SI; Più SI che NO; Decisamente SI.

La somministrazione dei questionari ai docenti avviene in modalità online fra i 2/3 e il termine della durata dell'insegnamento.

Il periodo temporale in cui viene effettuata la rilevazione va dal mese di novembre al 30 settembre dell'anno successivo per gli insegnamenti svolti nel I semestre, e dal mese di aprile al 28 febbraio dell'anno successivo per gli insegnamenti svolti nel II semestre.

I dati raccolti vengono elaborati semestralmente e resi disponibili ai singoli docenti, ai Presidenti dei CdS, ai Presidi di Facoltà ove costituita/Direttori di Dipartimento, alle Commissioni Paritetiche, al Nucleo di Valutazione e al Rettore, all'interno del sistema informativo statistico SISValDidat.



4.5 Questionari di soddisfazione dottorandi e dottori di ricerca

Il Modello AVA 3 introduce nel Sistema di AQ anche i Corsi di Dottorato di Ricerca. Il punto di attenzione D.PHD.3.1 prevede che ciascun Corso di Dottorato di Ricerca disponga “di un sistema di monitoraggio dei processi e dei risultati relativi alle attività di ricerca, didattica e terza missione/impatto sociale e di ascolto dei dottorandi, anche attraverso la rilevazione e l’analisi delle loro opinioni, di cui vengono analizzati sistematicamente gli esiti.”

In questo ambito sono stati messi a disposizione da ANVUR due modelli di questionario, uno per i dottorandi (I e II anno) e uno per i prossimi dottori di ricerca (ultimo anno, in procinto di conseguire il titolo).

L’Ateneo, con delibera del Senato Accademico nr 95 del 26.06.2023, ha adottato per tutti i corsi di dottorato, i questionari predisposti da ANVUR, integrandoli con le proposte pervenute dal Consiglio Studentesco e dai Coordinatori dei Corsi di Dottorato.

I questionari vengono somministrati annualmente in modalità telematica. I risultati vengono messi a disposizione dei corsi di dottorato.

4.6 Questionari Goodpractice

Nel 2022 l’Università Politecnica delle Marche ha aderito per la prima volta al progetto Good Practice del Politecnico di Milano – School of Management.

Il progetto ha l’obiettivo di misurare e comparare la performance dei servizi amministrativi e di supporto delle università rispetto a due dimensioni di prestazione: Customer Satisfaction dei servizi tecnico-amministrativi e Costi ed efficienza.

La rilevazione della Customer Satisfaction dei servizi tecnico-amministrativi, in particolare, si rivolge alle tre principali categorie di stakeholder delle università:

- il personale docente;
- i dottorandi e gli assegnisti;
- il personale tecnico-amministrativo;
- gli studenti.

Per il personale tecnico- amministrativo è previsto anche un questionario relativo al benessere organizzativo.

Nella rilevazione studenti è previsto un approfondimento verticale sul tema dell’orientamento in ingresso.

Di seguito vengono riportate le tempistiche previste per la somministrazione dei questionari:

Periodo	Attività
Gennaio-Marzo	Rilevazione Efficacia percepita personale docente e tecnico amministrativo
Marzo – Maggio	Rilevazione di costi e efficienza Rilevazione benessere organizzativo
Aprile – Giugno	Rilevazione Efficacia percepita studenti

4.7 Questionario tirocini

Tutte le Aree Culturali dell’UnivPM si sono dotate di un sistema di rilevazione della soddisfazione dello studente relativo allo svolgimento del tirocinio. I risultati dell’indagine vengono discussi in ccds e inseriti nell’apposito quadro della SUA-CdS.



5. AUDIT INTERNI

5.1 Composizione e qualifica del team di audit

Per i Corsi di Studio (CdS), il team di audit è di norma composto dai componenti del NdV e da 2 componenti del PQA, eventualmente coadiuvati da un consulente esterno e da personale qualificato dell'ufficio di supporto.

Agli audit partecipano inoltre i componenti delle strutture di supporto al NdV e al PQA con funzioni di verbalizzazione. Limitatamente alle Strutture amministrative, gli audit vengono svolti dal solo PQA, coadiuvati da un consulente esterno e da personale qualificato dell'ufficio di supporto.

Il team di audit incaricato risponde ai seguenti requisiti:

- conoscenza approfondita delle norme di riferimento;
- partecipazione a corsi di formazione specifici;
- non appartenenza e non responsabilità nelle attività caratteristiche dell'area operativa valutanda.

5.2 Programma degli audit interni

Il PQA predispose il programma triennale degli audit interni (PG.03/All01) che viene approvato dal Direttore Generale e dal Rettore. Il programma contiene:

- I Corsi di Studio e le Strutture amministrative/attività/processi da sottoporre ad audit;
- i relativi documenti di Sistema da verificare;
- il Team di audit designato per ogni singolo audit interno;
- il personale coinvolto nell'audit interno;
- la data prevista per ogni audit;
- la durata prevista per ogni audit.

Il programma viene predisposto prevedendo che le Strutture amministrative a supporto della didattica e coinvolte nel Sistema AQ di Ateneo vengano sottoposte ad audit nella loro totalità con cadenza annuale. Per quanto attiene al campionamento dei Corsi di Studio, il programma rinvia alla programmazione annuale del Nucleo di Valutazione che garantisce che nei 5 anni siano oggetto di audit tutti o almeno la maggioranza dei CdS di UnivPM.

I CdS da sottoporre ad audit sono selezionati sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ indicatori sentinella, scelti fra quelli previsti nelle Linee Guida ANVUR e che fanno riferimento al DM N.1154 del 2021, Allegato E - Indicatori di valutazione periodica di sede e di corso", in particolare gli indicatori del gruppo D;
- ✓ risultati della valutazione della didattica da parte degli studenti, dando priorità ai Corsi di Studio valutazioni sotto-soglia (inferiore alla metà del punteggio massimo);
- ✓ periodicità: anni intercorsi dall'ultimo audit interno.

Il PQA, annualmente, prende in carico il calendario predisposto dal NdV e individua al suo interno i responsabili di ciascun audit. Il PQA definisce, altresì, il calendario di audit delle Strutture amministrative coinvolte e lo notifica al personale interessato.

5.3 Svolgimento degli audit interni ai Corsi di Studio

L'audit ai CdS è articolato in tre fasi:

- Analisi della documentazione;



- Incontro con i responsabili del CdS (Presidente, Responsabile Qualità, Direttore ADP, ove previsto, Rappresentanti degli Studenti, altri Soggetti ritenuti necessari dal Presidente CdS);
- Stesura del rapporto di audit.

5.3.1 Analisi della documentazione

Prima dello svolgimento dell'audit il team incaricato analizza la documentazione messa a disposizione dal CdS; i componenti del team del PQA predispongono una prima valutazione dei punti di forza e delle criticità per ciascun Punto di Attenzione (PdA) dell'ambito di valutazione D.CDS "L'Assicurazione della Qualità nei Corsi di Studio" del Modello AVA 3. L'esito della valutazione è riportato nella tabella PG.03/AII06 "Check list audit interni CdS". Nella tabella sono riepilogati, inoltre, gli aspetti da chiarire durante lo svolgimento dell'audit.

5.3.2 Svolgimento dell'audit

L'audit di un CdS ha una durata complessiva di circa due ore e viene svolto in due momenti distinti prima dal team costituito dai componenti del Nucleo di Valutazione e poi dal team costituito dai componenti del PQA. I componenti del team che non conducono l'audit possono comunque assistere in qualità di uditori. L'audit è articolato in:

- un incontro tra il team di audit e i rappresentanti del CdS, al fine di approfondire le risultanze dell'analisi documentale svolta e di acquisire ogni altra informazione utile al monitoraggio dello stato del sistema di AQ del CdS;
- una visita in aula da parte di una rappresentanza del team di audit, al fine di verificare il processo di erogazione dell'attività didattica.

Per i CdS erogati in sedi decentrate l'audit è svolto presso le sedi di erogazione.

5.3.3 Stesura del rapporto di audit

Al termine di ogni audit, i componenti del team di audit del PQA si riuniscono per discutere le principali evidenze emerse e per redigere apposito verbale (PG.03/AII02) in cui sono formulate eventuali raccomandazioni/suggerimenti per il miglioramento. I verbali sono approvati nella prima seduta utile del PQA e vengono trasmessi ai rispettivi interlocutori.

5.4 Svolgimento degli audit interni alle Strutture amministrative

L'audit alle strutture amministrative è articolato nelle seguenti fasi:

- Analisi della documentazione;
- Incontro con i responsabili/personale della struttura amministrativa;
- Stesura del rapporto di audit.

5.4.1 Analisi della documentazione

Prima dello svolgimento dell'audit il team incaricato analizza la documentazione messa a disposizione dalla struttura amministrativa.

5.4.2 Svolgimento dell'audit

L'audit di una struttura amministrativa ha una durata complessiva di circa due ore e si articola in un incontro tra il team di audit e i rappresentanti della struttura amministrativa, al fine di approfondire le risultanze dell'analisi documentale svolta e di acquisire ogni altra informazione utile al monitoraggio dello stato del sistema di AQ.



5.4.3 Stesura del rapporto di audit

Al termine di ogni audit, i componenti del team di audit si riuniscono per discutere le principali evidenze emerse e per redigere apposito verbale (PG.03/All02) in cui sono formulate eventuali raccomandazioni/suggerimenti per il miglioramento. I verbali vengono trasmessi ai rispettivi interlocutori.

6. **GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ**

Le Non Conformità riscontrabili in Ateneo sono principalmente le seguenti:

- non conformità di servizio relative alle modalità di erogazione e alle specifiche del servizio;
- non conformità di processo relative alla non corretta applicazione delle procedure del sistema;
- non conformità di prodotto relative a materiali acquistati e a documentazione elaborata.

Le non conformità relative ai prodotti acquistati vengono rilevate secondo quanto definito nella Istruzione Operativa "Approvvigionamento", registrando lo scostamento nell'apposito documento utilizzato per il controllo dei prodotti e, se necessario, aprendo una non conformità.

Per tutte le altre tipologie di non conformità si utilizzano le seguenti modalità di gestione.

Il personale che rileva la Non Conformità, in seguito a reclamo di un cliente o per un'altra motivazione, la segnala al RSQ/RQA/RQF/RQD a seconda della competenza.

Il RSQ/RQA/RQF/RQD compila il Modulo di Gestione delle Non Conformità (PG.03/All03), registrando quanto rilevato con:

- data;
- attività di riferimento;
- nome di chi ha identificato la Non Conformità.

Egli contatta il responsabile competente per informarlo dello scostamento e per sentire la sua opinione in merito al trattamento da effettuare.

A questo punto il RSQ/RQA/RQF/RQD, su indicazione del responsabile competente, indica nel Modulo di Gestione di Non Conformità:

- il numero del modulo (numero progressivo + sigla struttura di riferimento/anno);
- il responsabile designato ad effettuare il trattamento risolutivo;
- le modalità di effettuazione del trattamento;

Egli informa inoltre il responsabile designato dell'incarico ricevuto e delle modalità di effettuazione del trattamento risolutivo.

Quando il responsabile del trattamento designato ha svolto il proprio compito, il RSQ/RQA/RQF/RQD ne verifica l'esito e lo registra sul modulo.

Se la Non Conformità è stata risolta egli chiude il Modulo e lo archivia.

Se non è stata risolta apre un nuovo modulo e riavvia la suddetta procedura.

Semestralmente ogni RSQ/RQA/RQF/RQD rielabora i dati relativi alle Non Conformità registrate per utilizzarli in sede di Riesame della Direzione.

6.1 **Gestione dei reclami**

I reclami degli utenti pervengono al Presidio Qualità e alla Direzione Generale compilando un apposito form online e vengono inoltrati agli uffici competenti o direttamente al Rettorato.



Inoltre, è stata definita una procedura reclami per ogni Area culturale.

Chi riceve il reclamo è responsabile di gestirlo e di registrarne l'avvenuta gestione attraverso apposita documentazione o nel modulo delle Non Conformità.

I reclami vengono registrati nel modulo Gestione reclami (PG03.All05) e valutati in sede di riesame della direzione.

7. GESTIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO/CORRETTIVE (AM/AC)

Garantire la qualità significa attivare un "ciclo" di azioni, che prevedono:

- la pianificazione di obiettivi;
- il controllo dei processi che li perseguono;
- la valutazione dei risultati raggiunti e messa in atto di Azioni di Miglioramento/Correttive (AM/AC).

Una Azione di Miglioramento (AM) è una azione volta ad accrescere la capacità di raggiungere gli obiettivi fissati migliorando la qualità dei servizi erogati.

Una Azione Correttiva (AC) è una azione tesa ad eliminare la causa di una non conformità rilevata per prevenire il suo ripetersi. Pertanto, l'AC non si rivolge alle conseguenze, ma alla ricerca, all'analisi e alla correzione delle cause che hanno dato luogo alla non conformità.

I soggetti che attuano le AM/AC sono le strutture responsabili dell'Assicurazione della Qualità di Ateneo, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: il PQA, le strutture amministrative, i CdS, i Dipartimenti e i Corsi di Dottorato di Ricerca.

A fronte dell'implementazione di AM/AC, è necessario monitorarne sia l'attuazione sia l'efficacia. Le attività di monitoraggio dell'attuazione e dell'efficacia vengono svolte dalle stesse strutture che pongono in essere AM/AC e sono supervisionate dal PQA, che ne trasmette i risultati al Nucleo di Valutazione e al Sistema di Governo per il Riesame del Sistema di AQ e del Sistema di Governo.

Qualora entro l'arco di tempo o scadenza prevista per la verifica dell'attuazione o la verifica dell'efficacia, una AM/AC non risulti rispettivamente attuata o efficace, si dovranno adottare ulteriori e diverse soluzioni, quali l'implementazione di una nuova AM/AC.

Si fa presente che i tempi per l'attuazione e i tempi per la verifica dell'efficacia di una data AM/AC possono differire per uno o più anni solari.

7.1 Gestione delle AM/AC e loro monitoraggio

La necessità di intraprendere un'AM/AC può derivare da attività e/o documenti sia interni sia esterni, tra cui:

- Audit interni del Sistema SGQ
- Audit esterni Ente di certificazione
- Relazioni del NdV
- Riesame del Sistema di AQ e del Sistema di Governo di Ateneo
- Verbali del PQA
- Indagini di rilevazione dell'opinione degli utenti
- Reclami degli utenti
- Modifiche sostanziali all'organizzazione e al Sistema Gestione Qualità (SGQ)



Per aprire un'AM/AC il Responsabile incaricato compila l'apposito "Modulo di Gestione delle Azioni di Miglioramento/Correttive (AM/AC)" (PG03.All04).

Il Responsabile incaricato effettua il monitoraggio dello stato di avanzamento delle AM/AC implementate almeno due volte l'anno, di norma entro il mese di marzo ed entro il mese di ottobre e lo trasmette al Presidio Qualità.

Se l'esito del monitoraggio è negativo, il Responsabile decide se implementare o meno un'altra AM/AC. I dati relativi alle AM/AC sono valutati in sede di Riesame del Sistema di AQ e del Sistema di Governo di Ateneo.

7.2 **Gestione delle AM/AC dei Corsi di Studio e loro monitoraggio**

Il Presidente di ciascun Consiglio di Corso di Studio (CCdS)/Consiglio Unificato dei Corsi di Studio (CUCS), coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ) del CdS/gruppo di riesame, monitora costantemente l'andamento dei CdS avvalendosi principalmente degli strumenti messi a disposizione dal Sistema di Assicurazione della Qualità (AQ), tra cui:

- Scheda Unica Annuale (SUA-CdS);
- Scheda di Monitoraggio Annuale (SMA);
- Riesame ciclico;
- Relazione Annuale della Commissione Paritetica Docenti e Studenti (CPDS);
- Indagini di rilevazione dell'opinione degli studenti e dei laureati;
- Audit interni Nucleo di Valutazione (NdV)-Presidio della Qualità (PQA);
- Audit esterni Ente di certificazione;
- Visita di accreditamento Commissione di Esperti per la Valutazione (CEV) - Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario (ANVUR);
- Audit altri enti di certificazione/accreditamento;
- Consultazioni con le organizzazioni rappresentative della produzione di beni e servizi e delle professioni;
- Relazioni del NdV;
- Riesame del Sistema di AQ e del Sistema di Governo di Ateneo;
- Verbali del PQA;
- Reclami degli utenti;
- Verbali CCdS/CUCS.

Sulla base dell'attenta analisi di quanto emerge in fase di autovalutazione e valutazione sono poste in essere AM/AC per il miglioramento continuo della qualità dei CdS.

Per ciascuna AM/AC individuata, il Presidente del CdS, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ) del CdS/gruppo di riesame, compila la Scheda PG.03/All04 Gestione azioni di miglioramento/correttive (AM/AC), scaricabile dalla pagina del sito web di Ateneo, "Assicurazione Qualità", "Procedure generali", "Procedura Generale 3: Valutazioni delle prestazioni e miglioramento":

https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Assicurazione_qualita_1/Documenti_Sistema_Gestione_Qualita

Programmazione

- **N.** [Numero progressivo della AM/AC nell'anno di riferimento]
- **Data** [Data di apertura dell'azione]



- **Origine** [Strumento di AQ utilizzato per il monitoraggio dell'andamento del CdS: SMA, relazione della CPDS, reclami degli studenti ecc. Può anche essere inserita la data di un CCS o CUCS nel quale siano emerse criticità o aspetti da migliorare mediante AM]
- **Non Conformità/Rilievo** [Problematica riscontrata/evento segnalato. La descrizione della problematica deve essere ben focalizzata]
- **Analisi delle cause** [Motivazione che ha causato la problematica riscontrata/evento segnalato. L'analisi delle cause deve essere approfondita]
- **Azione di miglioramento/correttiva** [Descrizione dell'azione di miglioramento/correttiva individuata]
- **Responsabile dell'attuazione** [Soggetto responsabile della realizzazione dell'azione]
- **Tempi di attuazione** [Arco di tempo o scadenza prevista per l'attuazione dell'azione individuata]
- **Responsabile della verifica dell'efficacia** [Soggetto responsabile di verificare che l'azione sia stata attuata e sia risultata efficace. Il soggetto indicato deve essere diverso dal responsabile dell'attuazione]
- **Indicatore di efficacia e target** [Indicatore per verificare il grado di efficacia dell'Azione di miglioramento/correttiva e relativo target]
- **Tempi per la verifica dell'efficacia** [Arco di tempo o scadenza prevista per la verifica dell'efficacia dell'azione attuata. Nel caso in cui si prevedano diversi anni come arco di tempo o scadenza, indicare, se possibile, anche delle date intermedie di monitoraggio degli indicatori]

Rendicontazione

- **Rendicontazione dell'azione** [breve descrizione delle attività svolte o delle motivazioni per le quali non è stata presa in carico o non è stata attuata]
- **Misurazione indicatore di efficacia** [Inserire il valore raggiunto dell'indicatore di efficacia individuato in fase di programmazione]
- **Esito** [Descrizione sintetica dell'esito dell'azione di miglioramento/correttiva attuata, campo calcolato a seconda del valore raggiunto dall'indicatore di efficacia rispetto al target programmato.
Opzioni disponibili:
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 90%-100%: **azione attuata ed efficace**
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 30%-90%: **azione attuata ma parzialmente efficace**
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 0%-30%: **azione attuata ma non efficace**
- **Nuova AM/AC** [Numero progressivo di una eventuale nuova azione di miglioramento/correttiva individuata per mancata attuazione o inefficacia della precedente. Per ciascuna di tali AM/AC sarà necessario dare dettaglio in nuove righe della tabella]

All'interno del modulo PG.03/All04 Gestione azioni di miglioramento/correttive (AM/AC), si segnala la necessità di creare un foglio di lavoro per ciascun anno solare di riferimento.

Almeno due volte l'anno, di norma entro il mese di febbraio ed entro il mese di ottobre, il Presidente del CCdS/CUCS, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ) del CdS/gruppo di riesame, effettua il monitoraggio sullo stato di avanzamento delle AM/AC implementate.



L'esito del monitoraggio è portato all'approvazione dei CCdS/CUCS. Le delibere di approvazione, corredate dal modulo PG.03/All04, vengono inviate al Responsabile Qualità di Area (RAQ), al Presidio di Qualità di Ateneo, alla competente Presidenza di Facoltà/Nucleo Didattico (ove la Facoltà non sia costituita) e al Presidente della Commissione Paritetica Docenti Studenti di Area.

7.3 **Gestione delle AM/AC dei Corsi di Dottorato e loro monitoraggio**

Il coordinatore del Corso di Dottorato, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ), monitora costantemente l'andamento del corso avvalendosi principalmente degli strumenti messi a disposizione dal Sistema di Assicurazione della Qualità (AQ), tra cui:

- Documento di progettazione iniziale del corso di dottorato;
- Riesame del corso di dottorato;
- Indagini di rilevazione dell'opinione dei dottorandi e dei dottori di ricerca;
- Audit interni Nucleo di Valutazione (NdV);
- Visita di accreditamento Commissione di Esperti per la Valutazione (CEV) - Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario (ANVUR);
- Consultazioni con le parti interessate;
- Relazioni del NdV;
- Riesame del Sistema di AQ e del Sistema di Governo di Ateneo;
- Verbali del PQA;
- Reclami degli utenti;
- Verbali Collegio dei Docenti.

Sulla base dell'attenta analisi di quanto emerge in fase di autovalutazione e valutazione sono poste in essere AM/AC per il miglioramento continuo della qualità dei Corsi di dottorato.

Per ciascuna AM/AC individuata, il Coordinatore del Corso di dottorato, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ), compila la Scheda PG.03/All04 Gestione azioni di miglioramento/correttive (AM/AC), scaricabile dalla pagina del sito web di Ateneo, "Assicurazione Qualità", "Procedure generali", "Procedura Generale 3: Valutazioni delle prestazioni e miglioramento":

https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Assicurazione_qualita_1/Documenti_Sistema_Gestione_Qualita

Programmazione

- **N.** [Numero progressivo della AM/AC nell'anno di riferimento]
- **Data** [Data di apertura dell'azione]
- **Origine** [Strumento di AQ utilizzato per il monitoraggio dell'andamento del Corso di dottorato. Può anche essere inserita la data di un Collegio dei docenti nel quale siano emerse criticità o aspetti da migliorare mediante AM]
- **Non Conformità/Rilievo** [Problematica riscontrata/evento segnalato. La descrizione della problematica deve essere ben focalizzata]
- **Analisi delle cause** [Motivazione che ha causato la problematica riscontrata/evento segnalato. L'analisi delle cause deve essere approfondita]
- **Azione di miglioramento/correttiva** [Descrizione dell'azione di miglioramento/correttiva individuata]
- **Responsabile dell'attuazione** [Soggetto responsabile della realizzazione dell'azione]



- **Tempi di attuazione** [Arco di tempo o scadenza prevista per l'attuazione dell'azione individuata]
- **Responsabile della verifica dell'efficacia** [Soggetto responsabile di verificare che l'azione sia stata attuata e sia risultata efficace. Il soggetto indicato deve essere diverso dal responsabile dell'attuazione]
- **Indicatore di efficacia e target** [Indicatore per verificare il grado di efficacia dell'Azione di miglioramento/correttiva e relativo target]
- **Tempi per la verifica dell'efficacia** [Arco di tempo o scadenza prevista per la verifica dell'efficacia dell'azione attuata. Nel caso in cui si prevedano diversi anni come arco di tempo o scadenza, indicare, se possibile, anche delle date intermedie di monitoraggio degli indicatori]

Rendicontazione

- **Rendicontazione dell'azione** [breve descrizione delle attività svolte o delle motivazioni per le quali non è stata presa in carico o non è stata attuata]
- **Misurazione indicatore di efficacia** [Inserire il valore raggiunto dell'indicatore di efficacia individuato in fase di programmazione]
- **Esito** [Descrizione sintetica dell'esito dell'azione di miglioramento/correttiva attuata, campo calcolato a seconda del valore raggiunto dall'indicatore di efficacia rispetto al target programmato.
Opzioni disponibili:
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 90%-100%: **azione attuata ed efficace**
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 30%-90%: **azione attuata ma parzialmente efficace**
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 0%-30%: **azione attuata ma non efficace**
- **Nuova AM/AC** [Numero progressivo di una eventuale nuova azione di miglioramento/correttiva individuata per mancata attuazione o inefficacia della precedente. Per ciascuna di tali AM/AC sarà necessario dare dettaglio in nuove righe della tabella]

All'interno del modulo PG.03/All04 Gestione azioni di miglioramento/correttive (AM/AC), si segnala la necessità di creare un foglio di lavoro per ciascun anno solare di riferimento.

Almeno due volte l'anno, di norma entro il mese di febbraio ed entro il mese di ottobre, il Coordinatore del corso di dottorato, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ), effettua il monitoraggio sullo stato di avanzamento delle AM/AC implementate.

L'esito del monitoraggio è portato all'approvazione del Collegio dei docenti. Le delibere di approvazione, corredate dal modulo PG.03/All04, vengono inviate al Responsabile Qualità di Area (RAQ), al Presidio di Qualità di Ateneo, alla Scuola di dottorato se costituita.



7.4 Gestione delle AM/AC dei Dipartimenti e loro monitoraggio

Il Direttore di ciascun Dipartimento, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ) del Dipartimento, monitora costantemente l'andamento del Dipartimento avvalendosi principalmente degli strumenti messi a disposizione dal Sistema di Assicurazione della Qualità (AQ), tra cui:

- Riesame della ricerca dipartimentale;
- Monitoraggio dei piani strategici dipartimentali;
- VQR;
- Relazione Annuale AVA del NdV;
- Relazione Annuale della Commissione Paritetica Docenti e Studenti (CPDS);
- Indagini di rilevazione dell'opinione degli studenti e dei laureati;
- Audit interni Nucleo di Valutazione (NdV);
- Audit esterni Ente di certificazione;
- Visita di accreditamento Commissione di Esperti per la Valutazione (CEV) - Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario (ANVUR);
- Audit altri enti di certificazione/accreditamento;
- Consultazioni con le organizzazioni rappresentative della produzione di beni e servizi e delle professioni;
- Relazioni del NdV;
- Riesame del Sistema di AQ e del Sistema di Governo di Ateneo;
- Verbali del PQA;
- Reclami degli utenti.

Sulla base dell'attenta analisi di quanto emerge in fase di autovalutazione e valutazione sono poste in essere AM/AC per il miglioramento continuo della qualità dei Dipartimenti.

Per ciascuna AM/AC individuata, il Direttore di Dipartimento, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ) del Dipartimento, compila la Scheda PG.03/All04 Gestione azioni di miglioramento/correttive (AM/AC), scaricabile dalla pagina del sito web di Ateneo, "Assicurazione Qualità", "Procedure generali", "Procedura Generale 3: Valutazioni delle prestazioni e miglioramento":

https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Assicurazione_qualita_1/Documenti_Sistema_Gestione_Qualita

Ciascuno dei campi di seguito riportati va compilato con le specifiche informazioni indicate in parentesi quadra:

Programmazione:

- **N.** [Numero progressivo della AM/AC individuata nell'anno solare di riferimento]
- **Data** [Data di apertura della AM/AC]
- **Origine** [Strumento di AQ utilizzato per il monitoraggio della ricerca dipartimentale]
- **Non Conformità/Rilievo** [Problematica riscontrata/evento segnalato]
- **Analisi delle cause** [Motivazione che ha causato la problematica riscontrata/evento segnalato]
- **Azione di miglioramento/correttiva** [Descrizione della azione di miglioramento/correttiva individuata]
- **Responsabile dell'attuazione** [Soggetto responsabile di realizzare l'azione]
- **Tempi di attuazione** [Arco di tempo o scadenza prevista per l'attuazione dell'azione individuata]
- **Responsabile della verifica dell'efficacia** [Soggetto responsabile di verificare che l'azione sia stata attuata e sia risultata efficace]
- **Indicatore di efficacia e target** [indicatore per verificare il grado di efficacia dell'Azione di miglioramento/correttiva e relativo target]



- **Tempi per la verifica dell'efficacia** [Arco di tempo o scadenza prevista per la verifica dell'efficacia dell'azione attuata]

Rendicontazione

- **Rendicontazione dell'azione** [breve descrizione delle attività svolte]
- **Misurazione indicatore di efficacia** [inserire il valore raggiunto dell'indicatore di efficacia individuato in fase di programmazione]
- **Esito** [Descrizione sintetica dell'esito dell'azione di miglioramento/correttiva attuata, campo calcolato a seconda del valore raggiunto dall'indicatore di efficacia rispetto al target programmato.
Opzioni disponibili:
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 90%-100%: **azione attuata ed efficace**
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 30%-90%: **azione attuata ma parzialmente efficace**
 - (risultato indicatore di efficacia/target indicatore di efficacia) *100 è compreso tra 0%-30%: **azione attuata ma non efficace**
- **Nuova azione di miglioramento/correttiva** [Numero progressivo di una eventuale nuova azione di miglioramento/correttiva individuata per mancata attuazione o inefficacia della precedente].

All'interno del modulo PG.03/All04 Gestione azioni di miglioramento/correttive (AM/AC), si segnala la necessità di creare un foglio di lavoro per ciascun anno solare di riferimento.

Almeno due volte l'anno, di norma entro il mese di febbraio ed entro il mese di ottobre, il Direttore di Dipartimento, coadiuvato dal Responsabile Qualità (RQ) del Dipartimento, effettuano il monitoraggio sullo stato di avanzamento delle AM/AC implementate.

L'esito del monitoraggio è portato all'approvazione del Consiglio di Dipartimento. Le delibere di approvazione, corredate dal modulo PG.03/All04, vengono inviate al Responsabile Qualità di Area (RAQ) e al Presidio di Qualità di Ateneo.

8. ALLEGATI

PG.03/All01: Programma triennale degli audit interni

PG.03/All02: Verbale di audit interno

PG.03/All03: Gestione delle Non Conformità

PG.03/All04 : Gestione delle Azioni di Miglioramento/Correttive

PG.03/All05: Gestione dei reclami

PG.03/All06: Check list audit interni CdS