

Università di Verona

17 novembre 2023

Seminario

Assicurazione della Qualità dei Dipartimenti

Alfredo Squarzoni

Professore Emerito Università di Genova



Scopo del Seminario

Presentare le **attività che devono essere implementate e gestite e la documentazione che deve essere predisposta per l'Assicurazione della Qualità (AQ) dei Dipartimenti (Dip).**



Argomenti del Seminario

- a) Definizioni
- b) Modello AVA 3: Requisiti per l'AQ e Indicatori per l'analisi dei Dipartimenti
- c) Attività e documentazione per l'AQ dei Dipartimenti: LG AQ Dip
- d) Monitoraggi, Valutazione e Riesame dei Dipartimenti
- e) Attività e Scadenze



a) Definizioni

Qualità: livello di raggiungimento degli obiettivi e di soddisfacimento dei requisiti stabiliti coerentemente con le necessità e le aspettative delle parti interessate.



Assicurazione della Qualità: insieme delle attività o, meglio, dei processi per la definizione degli obiettivi e dei requisiti e per il raggiungimento degli obiettivi e il soddisfacimento dei requisiti per la qualità e, quindi, l'insieme dei processi che devono essere gestiti per 'dare fiducia' che gli obiettivi saranno raggiunti e i requisiti relativi alla qualità saranno soddisfatti.



Sistema di AQ: processi che caratterizzano l'AQ dell'Ateneo e la struttura organizzativa (posizioni di responsabilità e relativi compiti) per la gestione dell'AQ.



Accreditamento: procedimento con cui un organismo riconosciuto attesta formalmente il soddisfacimento di predefiniti standard o requisiti quantitativi e/o qualitativi.



b) Modello AVA 3: Requisiti per l'AQ e Indicatori per l'analisi dei Dipartimenti

Dalle *Linee Guida per il Sistema di Assicurazione della Qualità negli Atenei*:

«La L. 240/2010 ha attribuito ai Dipartimenti la piena **responsabilità sia delle attività didattiche che di ricerca e di terza missione**. Per questa ragione l'accreditamento degli Atenei, oltre all'AQ dei Corsi di Studio (dei quali i Dipartimenti sono i primi responsabili, stilandone e approvandone ordinamenti e regolamenti didattici, e predisponendo la copertura delle attività formative), prevede anche l'AQ delle attività di ricerca e di terza missione/impatto sociale dei Dipartimenti.



I Dipartimenti, **dotati di propri regolamenti** deliberati dal Consiglio di Dipartimento e approvati dal Consiglio di Amministrazione, **elaborano** il piano triennale delle attività di ricerca e ne pianificano in coerenza le attività da svolgere, **propongono** l'ordinamento didattico e le relative modifiche dei Corsi di Studio nonché l'attivazione di Dottorati di Ricerca, **definiscono** l'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate per le attività di ricerca e terza missione, in coerenza con i criteri generali indicati nei documenti di Ateneo».



Requisiti per l'AQ

Dalle *Linee Guida per il Sistema di Assicurazione della Qualità negli Atenei*:

«Il Modello AVA 3, tenendo conto di quanto prescritto dal D.M. 1154/2021, presenta quattro punti di attenzione a livello di Dipartimento, strutturati partendo dalle attività di definizione delle linee strategiche (DIP.1), seguite da quelle di attuazione, monitoraggio e riesame delle stesse (DIP.2), di definizione dei criteri di distribuzione delle risorse (DIP.3) e, infine, di individuazione della dotazione di personale, strutture e servizi (DIP.4).

Per ogni punto di attenzione (PdA) sono stati definiti degli aspetti da considerare (AdC)».



PdA	Descrizione PdA	N. AdC
E.DIP.1	Definizione delle linee strategiche per la didattica, la ricerca e la terza missione/impatto sociale	4
E.DIP.2	Attuazione, monitoraggio e riesame delle attività di didattica ricerca e terza missione/impatto sociale	5
E.DIP.3	Definizione dei criteri di distribuzione delle risorse	4
E.DIP.4	Dotazione di personale, strutture e servizi di supporto alla didattica, alla ricerca e alla terza missione/impatto sociale	6



E.DIP.1

Definizione delle linee strategiche per la didattica, la ricerca e la terza missione/impatto sociale

E.DIP.1.1

Il Dipartimento ha definito formalmente una propria **visione**, chiara, articolata e pubblica, **della qualità della didattica, della ricerca e della terza missione/impatto sociale** con riferimento al complesso delle relazioni fra queste e tenendo conto della pianificazione strategica di Ateneo, del contesto di riferimento, delle competenze e risorse disponibili, delle proprie potenzialità di sviluppo e delle ricadute nel contesto sociale, culturale ed economico.

E.DIP.1.2

Il Dipartimento ha declinato la propria visione in **politiche, strategie** e obiettivi di breve, medio e lungo termine, riportati in uno o più documenti di pianificazione strategica e operativa, accessibili ai portatori di interesse (interni ed esterni).

E.DIP.1.3

Il Dipartimento, per la realizzazione delle proprie politiche e strategie di formazione, ricerca, innovazione e sviluppo sociale, stipula accordi di collaborazione con gli attori economici, sociali e culturali, pubblici e privati, del proprio contesto di riferimento e ne monitora costantemente i risultati.

E.DIP.1.4

Gli **obiettivi** proposti sono plausibili e coerenti con le politiche e le linee strategiche di Ateneo, con le risorse di personale docente e tecnico-amministrativo, economiche, di conoscenze, strutturali e tecnologiche disponibili, con i risultati della VQR, gli indicatori di produttività scientifica dell'ASN, i contenuti della SUA-RD e con i risultati di eventuali altre iniziative di valutazione della didattica, della ricerca e della terza missione/impatto sociale attuate dall'Ateneo e dal Dipartimento.



E.DIP.2

Attuazione, monitoraggio e riesame delle attività di didattica ricerca e terza missione/impatto sociale

E.DIP.2.1

Il Dipartimento dispone di un'organizzazione funzionale a realizzare la propria strategia sulla qualità della didattica, della ricerca e della terza missione/impatto sociale.

E.DIP.2.2

Il Dipartimento definisce una **programmazione del lavoro svolto dal personale tecnico-amministrativo**, corredata da responsabilità e obiettivi, coerente con la pianificazione strategica e ne verifica periodicamente l'efficacia.

E.DIP.2.3

Il Dipartimento dispone di un **sistema di Assicurazione della Qualità** adeguato e coerente con le indicazioni e le linee guida elaborate dal Presidio della Qualità di Ateneo.

E.DIP.2.4

Il Dipartimento procede sistematicamente al monitoraggio della pianificazione, dei processi e dei risultati delle proprie missioni, analizza i problemi rilevati e le loro cause ed elabora adeguate azioni di miglioramento, di cui viene a sua volta verificata l'efficacia.

E.DIP.2.5

Il funzionamento dell'organizzazione e del sistema di Assicurazione della Qualità del Dipartimento è periodicamente sottoposto a riesame interno.



E.DIP.3

Definizione dei criteri di distribuzione delle risorse

E.DIP.3.1

Il Dipartimento definisce con chiarezza e pubblicizza **i criteri e le modalità di distribuzione interna delle risorse economiche** per il finanziamento delle attività didattiche, di ricerca e terza missione/impatto sociale, coerentemente con la propria pianificazione strategica, con le indicazioni dell'Ateneo e con i risultati conseguiti.

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede E.3].

E.DIP.3.2

Il Dipartimento definisce con chiarezza **i criteri e le modalità di distribuzione interna delle risorse di personale docente**, coerentemente con la propria pianificazione strategica, con le indicazioni dell'Ateneo e con i risultati conseguiti.

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede E.3].



E.DIP.3.3

Il Dipartimento definisce **i criteri di distribuzione di eventuali ulteriori incentivi e premialità per il personale docente** oltre a quelli definiti a livello di Ateneo, sulla base di criteri e indicatori chiari e condivisi, coerenti con le proprie politiche e obiettivi e con la regolamentazione di Ateneo (tenendo conto anche degli esiti dei processi di monitoraggio e valutazione del MUR, dell'ANVUR e dell'Ateneo stesso).

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede [B.1.1](#)].

E.DIP.3.4

Il Dipartimento definisce *i criteri di distribuzione di eventuali incentivi e premialità per il personale tecnico-amministrativo* aggiuntivi a quelli definiti a livello di Ateneo con riferimento alla valutazione delle prestazioni, sulla base di criteri e indicatori chiari e condivisi, dei risultati conseguiti e in coerenza con le indicazioni e le eventuali iniziative di valutazione dei servizi di supporto alla didattica, alla ricerca e alla terza missione/impatto sociale attuate dall'Ateneo.

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede [B.1.2](#)].



E.DIP.4

Dotazione di personale, strutture e servizi di supporto alla didattica, alla ricerca e alla terza missione/impatto sociale

E.DIP.4.1

Il Dipartimento dispone di **risorse di personale docente e ricercatore** adeguate all'attuazione della propria pianificazione strategica e delle attività istituzionali e gestionali.

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede [B.1.3](#)].

E.DIP.4.2

Il Dipartimento **promuove, supporta e monitora la partecipazione di docenti e tutor didattici a iniziative di formazione/aggiornamento didattico** nelle diverse discipline, ivi comprese quelle relative all'uso di metodologie didattiche innovative anche tramite l'utilizzo di strumenti online e all'erogazione di materiali didattici multimediali.

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede [B.1.1](#)].

E.DIP.4.3

Il Dipartimento dispone di **risorse di personale tecnico-amministrativo** adeguate all'attuazione della propria pianificazione strategica e delle attività istituzionali e gestionali.



E.DIP.4.4

Il Dipartimento **promuove, supporta e monitora la partecipazione del personale tecnico-amministrativo a iniziative di formazione/aggiornamento** con particolare attenzione a quelle organizzate dall'Ateneo.

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione del requisito di sede [B.1.2](#)].

E.DIP.4.5

Il Dipartimento dispone di **adeguate strutture, attrezzature e risorse** di sostegno alla didattica, alla ricerca, alla terza missione/impatto sociale e ai Dottorati di ricerca (se presenti).

[La valutazione di questo aspetto da considerare si basa anche sulla valutazione dei corrispondenti aspetti da considerare dei punti di attenzione [D.CDS.3.2](#) e [D.PHD.2](#) dei CdS e dei Dottorati di Ricerca afferenti al Dipartimento e oggetto di visita].

[Questo aspetto da considerare serve anche da riscontro per la valutazione dei requisiti di sede [B.3.2](#), [B.4.1](#) e [B.4.2](#)].

E.DIP.4.6

Il Dipartimento fornisce un **supporto adeguato e facilmente fruibile** a docenti, ricercatori, dottorandi e studenti per lo svolgimento delle loro attività di didattica, ricerca e terza missione/impatto sociale, verificato dall'Ateneo attraverso modalità strutturate di rilevazione di cui all'aspetto da considerare B.1.3.3.

[Questo aspetto da considerare serve da riscontro per la valutazione del requisito di sede [B.1.3](#)].



Indicatori per l'analisi dei Dipartimenti

il Modello AVA 3 identifica il seguente

Set minimo di indicatori selezionati per l'analisi dei Dipartimenti

Indicatori DM 1154/2021

Proventi da ricerche commissionate, trasferimento tecnologico e da finanziamenti competitivi rispetto ai docenti di ruolo dell'Ateneo.

Numero di spin off universitari e di brevetti registrati e approvati presso sedi nazionali ed europee rispetto ai docenti di ruolo dell'Ateneo.

Numero di attività di terza missione rispetto ai docenti di ruolo dell'Ateneo.



c) Attività e documentazione per l'AQ dei Dipartimenti: LG AQ Dip

Ai fini del soddisfacimento degli aspetti da considerare (AdC) in cui si articolano i punti di attenzione (PdA) dei Requisiti per l'AQ dei Dipartimenti, il Dipartimento deve implementare e gestire delle **attività** finalizzate, appunto, a detto soddisfacimento.

Inoltre, al fine di poter dare evidenza del soddisfacimento degli AdC e, quindi, della sua AQ, deve predisporre adeguata **documentazione** che descriva le attività implementate e gestite e i relative esiti/risultati.



Per quanto riguarda le attività da implementare e gestire per l'AQ del Dipartimento, ci sarebbe poco da dire.

Infatti, il testo degli AdC dei PdA in cui si articolano i Requisiti per l'AQ dei Dipartimenti e le associate note predisposte da ANVUR danno già sufficienti informazioni in merito.

Se su 'cosa' documentare c'è poco da dire, molto invece può e deve essere detto su 'come' documentare e non solo.

Di seguito, quello che dice l'ANVUR in proposito nel documento *'Linee Guida per l'autovalutazione e la valutazione dell'AQ negli Atenei'*.



- *La descrizione dei processi e delle attività sviluppate dall'Ateneo (dal Dipartimento) deve riguardare i singoli Aspetti da Considerare (AdC) di tutti i Punti di Attenzione (PdA) e deve essere esaustiva.*

Per essere esaustiva la descrizione deve:

- **essere supportata** da adeguati riferimenti (anche ipertestuali) sia ai documenti inseriti nelle schede come Documenti Chiave e/o di Supporto, sia a pagine dedicate nel sito dell'Ateneo;
- **consentire** di apprezzare la coerenza e l'integrazione degli approcci adottati.



- **evidenziare** la reale attuazione degli approcci* adottati e la diffusione nelle aree pertinenti rilevanti con riferimento agli Aspetti da Considerare interessati;
- **riportare** elementi che permettano di capire da quanto tempo l'approccio è stato adottato dall'Ateneo (dal Dipartimento);
- **evidenziare** il monitoraggio attuato per valutare l'efficacia dell'approccio adottato e le eventuali azioni di miglioramento adottate nel tempo

* Con il termine “approccio” si intende il metodo, l’atteggiamento mentale e la prospettiva particolare con cui si affronta lo studio di un problema organizzativo e la conseguente definizione dei processi e delle attività collegati. L’approccio si riferisce pertanto a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD pianificano e alle motivazioni alla base delle scelte (cfr. ‘Linee Guida per l’Autovalutazione e la Valutazione del Sistema di AQ negli Atenei’, nota a pag. 4).



- La *descrizione* deve sostanzialmente *indicare* cosa, come, perché e quanto viene 'fatto' dall'Ateneo (dal Dipartimento) in attuazione di quanto previsto dell'AdC in esame.

È necessario, infatti, che chi valuta o legge capisca non soltanto

- il ***cosa***, e cioè quello che l'Ateneo (il Dipartimento) sta facendo, ma anche e soprattutto:
- il ***come***, e cioè le modalità con le quali l'approccio è stato sviluppato;
- il ***perché***, e cioè le motivazioni che hanno spinto l'Ateneo (il Dipartimento) a scegliere quell'approccio e non un altro;
- il ***quanto***, e cioè l'ampiezza e le modalità con le quali l'approccio è diffuso nelle aree rilevanti e pertinenti.

Infatti, il valutatore non giudica se l'approccio adottato sia quello 'giusto' in assoluto, ma è tenuto a valutare se e in quale misura esso sia adeguato all'Ateneo (al Dipartimento), sia cioè coerente con politiche, strategie e con il contesto in cui l'Ateneo (il Dipartimento) si trova.



- Ancora, la descrizione deve far comprendere quanto gli approcci adottati siano **effettivamente e sistematicamente attuati e diffusi nell'Ateneo (nel Dipartimento) in aree significative e appropriate**, con riferimento a un'adeguata articolazione nella struttura dell'Ateneo (del Dipartimento):
 - ***orizzontalmente***: in tutte le sedi, tutti i settori, tutte le funzioni, aree/gruppi di lavoro pertinenti;
 - ***verticalmente***: a tutti i livelli (dalla direzione fino al personale operativo laddove opportuno);
 - ***in tutti i processi e servizi***: per i quali essi sono applicabili.



- L'Autovalutazione deve **far comprendere se e come vengono monitorati gli approcci**, per valutarne l'efficacia e, se necessario, avviare le opportune iniziative di miglioramento.

Il ***monitoraggio ha lo scopo di valutare (!)*** l'efficacia degli approcci e di evidenziare i punti forti, le aree da migliorare e di definire le priorità delle azioni di miglioramento.

- **L'Autovalutazione deve evidenziare quanto e come l'Ateneo (il Dipartimento) analizza e usa i risultati del monitoraggio e le informazioni acquisite per identificare, pianificare e attuare le azioni di miglioramento.**

In questo contesto risulta utile “raccontare la storia” degli approcci, ovvero non limitarsi a descrivere quello che si sta facendo al presente, ma presentare anche l'evoluzione dell'approccio nel tempo, al fine di evidenziare che esso è consolidato nel tempo ed è il risultato di affinamenti e miglioramenti successivi. Se l'Ateneo (il Dipartimento) ha previsto futuri sviluppi dell'attuale approccio, sarebbe opportuno descrivere le motivazioni dei cambiamenti apportati, la maniera in cui si intende implementarli e i risultati attesi.

Per far meglio comprendere l'adeguatezza e l'efficacia degli approcci adottati è sempre opportuno illustrare esempi di cose fatte e/o risultati conseguiti.



- Il citato documento ANVUR riporta anche **lo schema adottato da ANVUR e dalle CEV per la valutazione (dei processi) dei PdA.**

Lo schema adottato da ANVUR e dalle CEV per la valutazione dei Punti di Attenzione è costituito da un insieme di elementi che fanno riferimento alla Logica PDCA. Ciascun elemento contiene una serie di attributi così come riportato nella tabella seguente.

Elementi da valutare	Attributi da valutare
<p>PIANIFICAZIONE</p> <p>Questo elemento si riferisce a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD si propongono di fare e alle motivazioni alla base delle scelte</p>	<p>L'approccio è coerente quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha un chiaro fondamento logico; - è focalizzato sulle necessità presenti e future dell'Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD; - è sviluppato attraverso processi chiaramente definiti <p>L'approccio è integrato quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - si raccorda con le strategie; - è collegato con altri approcci ove appropriato.
<p>ATTUAZIONE</p> <p>Questo elemento si riferisce a se e come Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD realizzano e diffondono l'approccio nelle aree opportune</p>	<p>L'approccio è attuato quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è realizzato nelle aree rilevanti con riferimento agli AdC del PdA <p>L'approccio è sistematico quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è sviluppato con modalità strutturate e con la capacità di adattarlo ai cambiamenti di contesto se necessario
<p>MONITORAGGIO</p> <p>Questo elemento si riferisce a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD fanno per monitorare e tenere sotto controllo ... sia l'approccio che la sua attuazione e diffusione</p>	<p>L'approccio è monitorato quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sono presenti rilevazioni con modalità appropriate per valutarne l'efficacia
<p>MIGLIORAMENTO</p> <p>Questo elemento si riferisce a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD fanno per ... migliorare sia l'approccio che la sua attuazione e diffusione</p>	<p>L'approccio è migliorato quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i risultati del monitoraggio sono utilizzati per identificare, pianificare e attuare i miglioramenti



Come riportato nel citato documento ANVUR, è opportuno che, nella descrizione dei processi e delle attività relativi agli AdC dei PdA, si facciano emergere gli elementi salienti di pianificazione, attuazione, monitoraggio e miglioramento effettivamente praticati.



Linee Guida per l'Assicurazione della Qualità dei Dipartimenti in coerenza con l'approccio AVA 3

Le *Linee Guida per l'Assicurazione della Qualità dei Dipartimenti* (LG AQ Dip) indicano, per ogni AdC in cui si articolano i PdA in cui, a loro volta, si articolano i Requisiti dei Dipartimenti del Modello AVA 3, le **attività per l'AQ**, e cioè le attività che il Dipartimento deve implementare e gestire per soddisfare gli AdC ai fini dell'assicurazione della propria qualità.

L'insieme delle attività per l'AQ dei Dipartimenti costituisce uno schema di sistema di AQ, coerente con gli standard e le linee guida europei per l'AQ e con le indicazioni del Modello AVA 3.



Val la pena osservare che il Modello AVA 3 non definisce 'direttamente' le attività o, meglio, i 'processi' che dovrebbero essere gestiti da ogni Dipartimento ai fini dell'assicurazione della propria qualità.

Tali processi sono, però, facilmente individuabili, in quanto coincidono con quelli che è necessario gestire per soddisfare gli AdC in cui si articolano i PdA e per produrre la documentazione necessaria per dare evidenza del soddisfacimento, appunto, degli AdC.



Inoltre, sempre con riferimento ad ogni AdC, indicano la **documentazione per l'AQ** che il Dipartimento deve predisporre per descrivere le attività sviluppate dai Dipartimenti ai fini, si ripete, del soddisfacimento degli AdC e, quindi, dell'assicurazione della propria qualità.

Le LG AQ Dip suggeriscono anche il modo in cui la documentazione dovrebbe essere resa disponibile: direttamente nella SUA o allegata alla SUA o resa disponibile attraverso collegamento con il sito web dove è reperibile.



Presentazione LG AQ Dip da parte del PdQ



Sempre a proposito della documentazione per l'AQ, si osserva ancora che, come specificato nel citato documento, **se la descrizione delle attività relative agli AdC è già disponibile nella documentazione predisposta dall'Ateneo per la gestione delle sue attività, non è necessario ripetere la descrizione: basta rimandare al documento dove l'attività è descritta, allegandolo o rendendolo disponibile attraverso collegamento con il sito web dove è reperibile.**



Ad esempio, con riferimento all'AdC E.DIP.1.1:

E.DIP.1.1

Il Dipartimento ha definito formalmente una propria visione, chiara, articolata e pubblica, della qualità della didattica, della ricerca e della terza missione/impatto sociale con riferimento al complesso delle relazioni fra queste e tenendo conto della pianificazione strategica di Ateneo, del contesto di riferimento, delle competenze e risorse disponibili, delle proprie potenzialità di sviluppo e delle ricadute nel contesto sociale, culturale ed economico.

nel caso in cui il Dipartimento avesse definito un documento 'Visione della qualità della didattica, della ricerca e della terza missione/impatto sociale ', la documentazione da predisporre potrebbe rimandare direttamente al documento senza descrivere la visione e mettere in evidenza, nei limiti del possibile, le relazioni fra queste e la coerenza della visione con la pianificazione strategica di Ateneo, le aspettative del contesto di riferimento, le competenze e risorse disponibili, le proprie potenzialità di sviluppo e le ricadute nel contesto sociale, culturale ed economico.



d) Monitoraggi, Valutazione e Riesame dei Dipartimenti

E.DIP.2

Attuazione, monitoraggio e riesame delle attività di didattica ricerca e terza missione/impatto sociale

E.DIP.2.4

Il Dipartimento procede sistematicamente al monitoraggio della pianificazione, dei processi e dei risultati delle proprie missioni, analizza i problemi rilevati e le loro cause ed elabora adeguate azioni di miglioramento, di cui viene a sua volta verificata l'efficacia.

E.DIP.2.5

Il funzionamento dell'organizzazione e del sistema di Assicurazione della Qualità del Dipartimento è periodicamente sottoposto a riesame interno.



Definizioni

Di seguito è riportato il **significato attribuito ai termini monitoraggio, valutazione, miglioramento, riesame di un processo** (significato che, peraltro, è quello comunemente attribuito a detti termini).

Il **monitoraggio** è un **processo finalizzato a tenere sotto controllo il processo oggetto del monitoraggio** attraverso rilevazioni (di informazioni, di dati) effettuate con modalità (indicatori, strumenti) appropriate al fine di poterne valutare l'adeguatezza e l'efficacia.

Il monitoraggio può riguardare:

- la gestione del processo;
- l'efficacia (gli esiti/i risultati) del processo;
- il funzionamento del processo, quando riguarda sia la gestione sia l'efficacia del processo.



La **valutazione** è un processo finalizzato a identificare punti di forza (situazioni pienamente positive/soddisfacenti) e aree da migliorare (situazioni non positive/non soddisfacenti) del processo oggetto della valutazione attraverso l'analisi delle informazioni e/o dei dati raccolti e documentati attraverso il processo di monitoraggio.

La **valutazione può essere:**

- **interna**, quando è effettuata da chi fa parte dell'istituzione che gestisce l'attività da valutare. Se chi effettua la valutazione è coinvolto nell'attività da valutare, la valutazione interna è detta '**autovalutazione**'.
- **esterna**, quando è effettuata da chi opera all'esterno dell'istituzione che gestisce l'attività da valutare (in genere, da un'agenzia di valutazione, come, ad esempio, 'ANVUR').



Sia nel caso di valutazione positiva/soddisfacente sia nel caso di valutazione non positiva/non soddisfacente, **l'organo o la struttura responsabile della valutazione dovrebbe evidenziare anche perché si ritiene di poter formulare una valutazione positiva/soddisfacente o non positiva/non soddisfacente.**

Si osserva, inoltre, che **l'analisi potrebbe anche evidenziare dati che non sembrano presentare particolari criticità (ad esempio, risultati che rimangono sostanzialmente costanti nel tempo), ma per i quali l'organo o la struttura responsabile della valutazione potrebbe ritenere opportuno assumere iniziative finalizzate al loro miglioramento o consolidamento.**



Infine, ai fini della identificazione delle azioni correttive o di miglioramento delle aree da migliorare identificate, per le aree da migliorare relative a risultati (ad esempio, risultati relativi a iscrizioni, abbandoni, progressione nella carriera degli studenti e tempi di laurea), ma anche in tutti gli altri casi in cui le cause non sono già implicite nell'area da migliorare stessa (come nei casi, ad esempio, di inadeguatezza quantitativa dei docenti, mancanza di infrastrutture, etc.), **l'analisi deve anche riguardare la ricerca delle loro possibili cause.**



Il **miglioramento** è un processo finalizzato ad individuare idonee azioni correttive o di miglioramento delle aree da migliorare identificate. Il miglioramento può anche riguardare i punti di forza, al fine di un loro consolidamento o potenziamento.

Le azioni di miglioramento proposte dovrebbero essere **chiaramente connesse alle aree da migliorare evidenziate nella fase di analisi e alle cause** che si ritiene le abbiano o possano averle determinate.

Per ogni area da migliorare identificata dal processo di autovalutazione, dovrebbe essere proposta almeno una azione di miglioramento o motivato perché non se ne propongono.

Per ogni azione di miglioramento proposta dovrebbero essere indicati anche il/i responsabile/i della sua realizzazione, i target temporali e, se pertinenti, le risorse necessarie e il target di risultato con i relativi indicatori per tenerne sotto controllo la realizzazione.



Infine, il **riesame** è un processo che ha lo scopo generale di valutare e, se del caso, migliorare, l'adeguatezza e l'efficacia dei processi oggetto del riesame. Pertanto, il riesame è un processo che coniuga i processi di valutazione (nel nostro caso, di autovalutazione) e di miglioramento, gestiti in sequenza.



Organi responsabili dei monitoraggi, della valutazione e del riesame dei Dipartimenti

Gli **organi** con responsabilità nell'AQ **responsabili dei monitoraggi, della valutazione e del riesame dei Dipartimenti** sono:

- **il Presidio della Qualità;**
- **il Nucleo di Valutazione;**
- **il Consiglio di Dipartimento.**



Monitoraggi

Il Presidio della Qualità ha la responsabilità del

- **Monitoraggio della Gestione dei processi dell'AQ dei Dipartimenti.**

Il Consiglio di Dipartimento ha la responsabilità del

- **Monitoraggio dell'Efficacia del Sistema di AQ a livello Dipartimento.**



Monitoraggio della Gestione dei processi dell'AQ dei Dipartimenti

Documentazione da prendere in considerazione	Documentazione chiave Documentazione per l'AQ del Dipartimento più recente Rapporto di Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dip più recente
	Documentazione di supporto Relazione annuale NdV (Valutazione del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dip) più recente Verbali CdF
Indicatori / Strumenti	Confronto con le indicazioni delle LG AQ Dip
Documentazione degli esiti/dei risultati del monitoraggio	Integrata o allegata alla Relazione annuale PdQ
Scadenza	Settembre (<i>Entro 1 mese prima della scadenza per la compilazione della Relazione annuale NdV</i>)



Monitoraggio dell'Efficacia del Sistema di AQ a livello Dipartimento

Documentazione da prendere in considerazione	Indicatori Dip Eventuali altri indicatori di risultato stabiliti dal Dip
Indicatori / Strumenti	Indicatori Dip Eventuali altri indicatori di risultato stabiliti dal Dip
Documentazione degli esiti/dei risultati del monitoraggio	'Rapporto di Monitoraggio dell'efficacia del Sistema di AQ a livello Dip' da allegare al Verbale CdD in cui si approva o integrata nel 'Rapporto di Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dip' o <i>equivalente</i>
Scadenza	Dicembre



Valutazione

Il NdV ha la responsabilità della

- **Valutazione del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento.**



Valutazione del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento

Documentazione chiave

Documentazione da prendere in considerazione

Stato delle raccomandazioni dei suggerimenti della Relazione annuale NdV precedente

Documentazione per l'AQ del Dipartimento più recente

Rapporto di Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dip più recente

Documentazione di supporto

Relazione annuale PdQ (Monitoraggio della gestione dei processi dell'AQ dei Dip) più recente

Verbali CdD

Esiti audizioni dei Dip

Documentazione degli esiti/dei risultati della valutazione

Integrata o allegata alla Relazione annuale NdV

Scadenza

Ottobre (*Scadenza per la compilazione della Relazione annuale NdV*)



Riesame

Il Consiglio di Dipartimento ha la responsabilità del

- **Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento (Riesame annuale del Dipartimento).**



Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento

Documentazione chiave

Stato delle azioni di miglioramento adottate nel precedente Riesame del funzionamento del Sistema di AQ a livello Dip

Esiti VQR più recente (*solo in occasione del primo Riesame Annuale dopo la messa a disposizione dei risultati della VQR*)

Suggerimenti e proposte di miglioramento delle parti interessate interne (docenti, ricercatori, assegnisti, dottorandi e dottori di ricerca, PTA, studenti) ed esterne

Documentazione da prendere in considerazione

Documentazione per l'AQ del Dipartimento più recente (*solo in occasione della ridefinizione delle strategie e degli obiettivi del Dip*)

Esiti del Monitoraggio dell'Efficacia del Sistema di AQ a livello Dip

Relazione annuale PdQ (*Monitoraggio della Gestione dei processi dell'AQ della CPDS / dei Dip*) più recente

Relazione annuale NdV (*Valutazione del Sistema di AQ a livello CPDS / Dip*) più recente

Documentazione di supporto

Documentazione per l'AQ del Dipartimento più recente (*tranne che in occasione della ridefinizione delle strategie e degli obiettivi del Dip*)

Relazione annuale CPDS più recente

Verbali CdD



**Documentazione
degli esiti/dei
risultati del riesame**

‘Rapporto di Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dip’ o
equivalente allegato a Verbale CdD in cui si approva.

Scadenza

Dicembre



Il Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento o Riesame Annuale del Dipartimento deve essere condotto prendendo in considerazione le osservazioni, i problemi, le criticità, i punti di forza e le aree da migliorare evidenziate nella Documentazione chiave.

In questo caso, si suggerisce di adottare come indice del 'Rapporto di Riesame Annuale' (RRA) del Dipartimento l'elenco della Documentazione chiave e di allegare in calce al RRA una tabella in cui riportare tutte le azioni correttive o di miglioramento stabilite, riferendole ai PdA dei Requisiti dei Dipartimenti.

Il Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento deve prendere in considerazione tutti gli AdC dei PdA dei Requisiti dei Dipartimenti, e quindi anche quelli non toccati dalle osservazioni etc. evidenziate nella Documentazione chiave, solo in occasione del rinnovo del Piano Strategico, che, di norma, comporta anche la ridefinizione delle strategie e degli obiettivi dei Dipartimenti, o in occasione dell'accreditamento periodico dell'Ateneo, nel caso in cui il Dipartimento sia stato scelto per essere valutato.

In questi casi, si suggerisce di adottare come template del RRA il template allegato alle LG AQ Dip.

Si ribadisce che le azioni correttive o di miglioramento identificate devono essere chiaramente collegabili ai problemi individuati, evitando di riportare azioni senza nessi con l'analisi condotta, e si aggiunge che devono essere evitate anche richieste generiche o irrealizzabili.

In particolare, è da evitare l'enunciazione di obiettivi meramente numerici.

Autovalutazione

Ai fini dell'autovalutazione dei processi dei PdA e dei risultati possono essere opportunamente adottati gli schemi adottati dall'ANVUR e dalle CEV.



Schema per l'autovalutazione dei PdA

Elementi da valutare	Attributi da valutare
<p>PIANIFICAZIONE</p> <p>Questo elemento si riferisce a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD si propongono di fare e alle motivazioni alla base delle scelte</p>	<p>L'approccio è coerente quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- ha un chiaro fondamento logico;- è focalizzato sulle necessità presenti e future dell'Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD;- è sviluppato attraverso processi chiaramente definiti <p>L'approccio è integrato quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- si raccorda con le strategie;- è collegato con altri approcci ove appropriato.
<p>ATTUAZIONE</p> <p>Questo elemento si riferisce a se e come Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD realizzano e diffondono l'approccio nelle aree opportune</p>	<p>L'approccio è attuato quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- è realizzato nelle aree rilevanti con riferimento agli AdC del PdA <p>L'approccio è sistematico quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- è sviluppato con modalità strutturate e con la capacità di adattarlo ai cambiamenti di contesto se necessario
<p>MONITORAGGIO</p> <p>Questo elemento si riferisce a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD fanno per monitorare e tenere sotto controllo ... sia l'approccio che la sua attuazione e diffusione</p>	<p>L'approccio è monitorato quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- sono presenti rilevazioni con modalità appropriate per valutarne l'efficacia
<p>MIGLIORAMENTO</p> <p>Questo elemento si riferisce a quello che Ateneo/Dipartimento/CdS/PhD fanno per ... migliorare sia l'approccio che la sua attuazione e diffusione</p>	<p>L'approccio è migliorato quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- i risultati del monitoraggio sono utilizzati per identificare, pianificare e attuare i miglioramenti

Schema per l'autovalutazione dei risultati

Attributi dei risultati da valutare	Come devono essere valutati
Andamento I risultati devono mostrare trend positivi e/o buone prestazioni mantenute nel tempo.	I risultati sono positivi quando: <ul style="list-style-type: none">○ l'andamento (il 'trend') è positivo e/o○ sono di livello costantemente buono.
Obiettivi Gli obiettivi vanno definiti con particolare riferimento ai risultati attesi per i processi e le attività chiave, devono essere adeguati al contesto e alle risorse e devono essere raggiunti o superati.	I risultati sono positivi quando gli obiettivi definiti vengono raggiunti o superati.
Confronti Le prestazioni relative ai risultati chiave devono essere confrontate con quelle di altri Atenei/Dipartimenti/CdS/PhD e i confronti devono risultare positivi.	I risultati sono positivi quando: <ul style="list-style-type: none">○ si evidenziano confronti positivi all'interno dell'Ateneo; e/o○ i risultati reggono bene il confronto con altri Atenei della stessa tipologia e/o appartenenti alla stessa area territoriale;○ i risultati reggono bene il confronto con altri Atenei a livello nazionale.
Relazione Causa-Effetto. L'individuazione e la comprensione delle relazioni esistenti tra risultati chiave e gli approcci relativi ai processi/attività chiave che li generano assicurano che le prestazioni positive possano essere mantenute nel tempo.	I risultati sono positivi quando si evidenziano relazioni di causa-effetto tra gli approcci adottati e i risultati conseguiti ovvero i risultati conseguiti sono la diretta conseguenza delle attività sviluppate.

Ai fini dell'autovalutazione degli indicatori per i quali sono disponibili sia i dati in serie storica ('Andamento'), relativi cioè ad almeno 3 anni accademici/coorti, sia i dati di altri CdS della stessa classe ('Confronto') nell'area geografica in cui insiste il CdS e in Italia, in aggiunta alle indicazioni dell'ANVUR per un'autovalutazione dei Risultati, il Presidio aggiunge quanto segue.

Di norma, si suggerisce:

- di valutare il ***trend*** come '**crecente**' ('decrecente') se la differenza percentuale tra i valori calcolati alla fine del periodo rispetto a quelli calcolati all'inizio è superiore (inferiore) al 10%.
- di valutare il ***benchmarking*** '**superiore**' ('inferiore') alla **media regionale o nazionale** se la differenza tra il valore dell'indicatore stimato per l'Ateneo e quello stimato nell'area geografica di riferimento o nazionale è superiore (inferiore) al 10%.

Per ogni indicatore si suggerisce di fare riferimento alle seguenti, possibili casistiche:

- **Trend crescente e *benchmarking* superiore** alla media regionale (nazionale): l'indicatore può essere considerato un punto di forza del CdS.
- **Trend crescente e *benchmarking* simile** alla media regionale (nazionale): indicatore soddisfacente in via di miglioramento. Possono essere assunte iniziative finalizzate al miglioramento o consolidamento
- **Trend crescente e *benchmarking* inferiore** alla media regionale (nazionale): indicatore non soddisfacente ma in via di miglioramento. Possono essere assunte iniziative finalizzate al miglioramento o consolidamento.

- **Trend stabile e *benchmarking* superiore o simile** alla media regionale (nazionale): indicatore soddisfacente stabile. Possono essere assunte iniziative finalizzate al miglioramento o consolidamento.
- **Trend stabile e *benchmarking* inferiore** alla media regionale (nazionale): l'indicatore è da considerare critico. La valutazione deve, se possibile, evidenziare le possibili cause del *benchmarking* inferiore alla media regionale (nazionale) e proporre opportune azioni correttive o di miglioramento. In alternativa, evidenziare perché non si ritiene di poter proporre opportune azioni correttive o di miglioramento.

- **Trend decrescente e *benchmarking* superiore** alla media regionale (nazionale): l'indicatore evidenzia una situazione da tenere sotto attento controllo. La valutazione potrebbe comunque evidenziare le possibili cause del trend decrescente e proporre opportune azioni correttive o di miglioramento.
- **Trend decrescente e *benchmarking* simile** alla media regionale (nazionale) oppure **trend stabile e *benchmarking* inferiore** alla media regionale (nazionale): l'indicatore è da considerare critico. La valutazione deve, se possibile, evidenziare le possibili cause del trend decrescente e proporre opportune azioni correttive o di miglioramento. In alternativa, evidenziare perché non si ritiene di poter proporre opportune azioni correttive o di miglioramento.
- **Trend decrescente e *benchmarking* inferiore** alla media regionale (nazionale): l'indicatore è da considerare fortemente critico. La valutazione deve, se possibile, evidenziare le possibili cause del trend decrescente e del *benchmarking* inferiore alla media regionale (nazionale) e proporre opportune azioni correttive o di miglioramento. In alternativa, evidenziare perché non si ritiene di poter proporre opportune azioni correttive o di miglioramento.

e) Attività e Scadenze

Attività	Scadenza
Monitoraggio dell'Efficacia del Sistema di AQ a livello Dipartimento	Dicembre 2023
Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento prendendo in considerazione tutti gli AdC dei PdA dei Requisiti dei Dipartimenti	Dicembre 2023
Compilazione della Documentazione per l'AQ del Dipartimento	Dicembre - Marzo 2024

Si ritiene che il Monitoraggio dell'Efficacia del Sistema di AQ a livello Dipartimento possa essere effettuato contestualmente al Riesame del Funzionamento del Sistema di AQ a livello Dipartimento e documentato nel rapporto di riesame.



The End

