

UNIVERSITÀ MAGNA GRÆCIA DI CATANZARO
SISTEMA DI ASSICURAZIONE DELLA QUALITÀ
- ATTIVITÀ SCIENTIFICA -

Indice

SEZ. A - Sistema di Assicurazione della Qualità (SAQ) e responsabilità della Direzione

Cap. A1 – Responsabilità della Governance di Ateneo

SEZ. B - Gestione delle Risorse

Cap. B1 – Gestione delle risorse umane dell’Ateneo

Cap. B2 – Gestione e manutenzione delle infrastrutture e dell’ambiente di lavoro

SEZ. C – Processi per l’erogazione dei servizi finalizzati alla ricerca

Cap. C1 – Analisi dei fabbisogni del personale addetto alla ricerca

Cap. C2 – Progettazione dell’attività di ricerca

Cap. C3 – Monitoraggio dei risultati

SEZ. D – Misurazioni, analisi e miglioramento della attività di ricerca

Cap. D1 – Misura e monitoraggio della soddisfazione del personale addetto alla ricerca

Cap. D2 – Audit

Cap. D3 –Azioni correttive/preventive

SEZ. E – Gestione dei documenti e delle registrazioni

Cap. E1 – Gestione dei documenti, delle registrazioni e delle comunicazioni

ELENCO ALLEGATI

TITOLO	CAPITOLO DI RIFERIMENTO
CHECK LIST SCHEDA UNICA ANNUALE DELLA RICERCA DIPARTIMENTALE (SUA-RD) PRESIDIO	A1
ESTRAPOLAZIONE DATI	A1
RIESAME SAQ	A1
DEFINIZIONE SUA-RD	C2
DEFINIZIONE SUA-CIS/CR	C2
QUESTIONARIO PERSONALE ADDETTO ALLA RICERCA	D1

SEZIONE A

SCOPO

Il presente documento descrive l'organizzazione dell'Università di Catanzaro ed il Sistema di Gestione per la Qualità di cui l'Ateneo si è dotato per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nella Politica per la Qualità di Ateneo e volto ad ottenere il pieno soddisfacimento delle esigenze del personale addetto alla ricerca. Il documento descrive, inoltre, le modalità e le procedure che l'Ateneo adotta per valutare il raggiungimento dei risultati previsti nella Politica per la Qualità, nell'ottica di un continuo miglioramento.

Esso, insieme alle Procedure di Assicurazione di Qualità richiamate nei singoli Capitoli, costituisce il riferimento per tutti gli organi e le strutture dell'Ateneo, affinché essi applichino correttamente il Sistema di Assicurazione della Qualità ed portino a termine altrettanto correttamente tutti i servizi e le attività loro assegnate. Il documento fa riferimento alle attività necessarie per la pianificazione, la progettazione, la realizzazione dei servizi offerti dall'Ateneo, descrivendo altresì le responsabilità di ciascun attore coinvolto nel processo. In particolare, esso descrive le modalità con le quali i Dipartimenti supportano l'attività scientifica che serve a mantenere, sviluppare ed incrementare le conoscenze ed a promuovere lo sviluppo.

Il presente documento è stato approvato da:

Organo/Struttura di Ateneo	data
CONSIGLIO di AMMINISTRAZIONE	
SENATO ACCADEMICO	
NUCLEO di VALUTAZIONE	
DIPARTIMENTI:	
DMSC	
DSGSES	
DSMC	
DSS	

POLITICA PER LA QUALITÀ

L'Ateneo considera il miglioramento continuo come strumento strategico attraverso il quale conseguire obiettivi di eccellenza nell'attività di ricerca e nella attività di formazione destinata a dottorandi ed eventualmente a specializzandi.

A tale scopo gli organi di governo dell'Ateneo progettano, implementano e gestiscono i propri processi garantendone la conformità ai requisiti di legge, individuando azioni di possibile miglioramento, tenendo conto dei seguenti elementi fondamentali:

- La presenza di una eccellente capacità e spinta motivazionale di tutto il personale addetto alla ricerca nella considerazione che l'attività scientifica sia di preminente importanza;

- l'impegno da parte del Presidio di Qualità nel diffondere all'interno dell'Ateneo la cultura della Qualità attraverso azioni informative e formative nei confronti dei componenti gli organi di governo, dei docenti, del personale tecnico-amministrativo;
- la promozione e il sostenimento della attività di produzione delle conoscenze e del trasferimento delle stesse alla comunità scientifica da parte dei Dipartimenti;
- la definizione periodica di obiettivi per la assicurazione della Qualità della attività scientifica, garantendone il monitoraggio ed il loro riesame.

In particolare gli obiettivi che l'Ateneo si pone sono rivolti a:

- migliorare l'attività scientifica svolta dai professori, dai ricercatori, e dagli assegnisti e i dottorandi dell'Ateneo;
- ampliare, migliorare, aggiornare in modo continuo e moderno il personale addetto alla ricerca che afferisce all'Ateneo;
- rendere più idonei e funzionali gli spazi e le strutture dedicate alla ricerca;
- incentivare l'attività di ricerca di dottorandi, assegnisti ed eventualmente specializzandi;
- prevedere sistemi di valutazione e revisione critica di tutti gli elementi che compongono i progetti formativi dei dottorati: bisogni, finalità, adeguatezza, competenza, comunicazione, controllo e valutazione;
- favorire lo sviluppo di collaborazioni con istituzioni nazionali ed internazionali di ricerca;
- garantire uno adeguato livello di risorse tecniche ed economiche adeguate agli obiettivi di attività scientifica dell'Ateneo.

L'ATENEO

L'Università degli Studi «Magna Græcia» di Catanzaro è un'istituzione di alta cultura con personalità giuridica propria e autonomia scientifica, didattica, organizzativa, finanziaria e contabile avente come fine lo sviluppo della ricerca scientifica e la trasmissione della conoscenza.

L'Università ispira la propria azione all'efficienza, l'efficacia, l'imparzialità e la democraticità, promuove il diritto allo studio, la crescita culturale, professionale e sociale degli studenti anche mediante il rafforzamento dell'internazionalizzazione con conseguente maggiore mobilità dei docenti e degli studenti, e lo sviluppo di programmi e iniziative di studio e ricerca.

L'Università predisporre e realizza progetti di attività e sviluppo annuali e pluriennali, concorrendo alla determinazione dei piani pluriennali di sviluppo del sistema universitario regionale e nazionale. Per raggiungere tali scopi l'Ateneo collabora costantemente con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), le Regioni, e gli altri organismi ed istituzioni di alta formazione pubbliche. L'Ateneo collabora altresì con altre Università ed organismi scientifici.

GLI ORGANI

Gli Organi di Ateneo sono i seguenti:

- Rettore;
- Senato Accademico;
- Consiglio di Amministrazione;
- Collegio dei revisori dei conti;
- Nucleo di valutazione;
- Direttore Generale;

GESTIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è redatto dal Presidio della Qualità di Ateneo (PQA) ed approvato dal Senato Accademico (SA) e dal Consiglio di Amministrazione (CdA), previo parere dei Dipartimenti. Esso è aggiornato periodicamente per tenere conto di eventuali modifiche normative e dell'assetto organizzativo dell'Ateneo, nonché di eventuali osservazioni da parte del Nucleo di Valutazione e dei Dipartimenti, con lo scopo di conservarne l'adeguatezza e l'efficacia nel tempo.

Il documento è emesso dal Rettore dopo la sua approvazione da parte del SA e del CdA. Ai fini della più ampia diffusione, il documento sarà anche valutato dal Nucleo di Valutazione ed inviato alla Direzione Generale per i provvedimenti di competenza, nonché pubblicato sul sito d'Ateneo.

Il PQA è incaricato della gestione del documento ed ha il compito di avanzare proposte di modifica da portare all'attenzione degli organi competenti.

Cap. A1 Responsabilità della governance di Ateneo

1- ATTENZIONE AI FRUITORI DEI SERVIZI PER L'ATTIVITÀ DI RICERCA

Allo scopo di assicurare la soddisfazione dei docenti e degli altri fruitori dei servizi finalizzati all'attività di ricerca scientifica, i Dipartimenti nominano al loro interno uno o più responsabili della promozione dell'attività scientifica che, nell'ambito di incontri programmatici tra il personale del Dipartimento addetto alla ricerca, indirizzano l'attività di supporto dell'Ateneo tenendo conto delle esigenze e delle aspettative di quanti in Ateneo fanno attività di ricerca.

In particolare, nella specifica Sezione C del presente documento, dedicata alla definizione della programmazione dell'attività scientifica, si descrive come si individuano i bisogni formativi dei dottorandi, ed i bisogni di attività di supporto da parte dei Professori e Ricercatori afferenti al Dipartimento, come si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere, come si prevedono i risultati da ottenere, come si valuta il raggiungimento di tali risultati, e come si monitora la soddisfazione dei docenti e dottorandi.

Nel caso in cui riportassero criticità, gli aspetti riguardanti la soddisfazione dei docenti sono inoltre esaminati nei riesami di direzione, la cui gestione è descritta nella sezione C.

2. POLITICA PER LA QUALITÀ

Le strategie e gli obiettivi per la qualità sono definiti formalmente nel presente documento che è portato all'attenzione di tutti gli organi.

La Politica per la Qualità, descritta nel presente documento, rappresenta il mezzo per raggiungere e perseguire la qualità dei servizi per l'attività scientifica offerti dall'Ateneo, in modo da garantire la soddisfazione dei propri fruitori e intervenire in modo significativo nel miglioramento delle prestazioni.

3. PIANIFICAZIONE

L'Ateneo pianifica, anche per il tramite del Presidio di Qualità (PQA), l'attività di propria competenza sulla base di obiettivi stabiliti in coerenza con la politica della qualità.

Per raggiungere gli obiettivi e per un efficace coordinamento tra PQA e soggetti interessati, si svolgeranno incontri ai quali possono essere invitati i Direttori dei Dipartimenti, i Coordinatori dei Dottorati, i referenti per la qualità dei Dipartimenti, i funzionari amministrativi dei Dipartimenti.

Per il conseguimento di detti obiettivi il Rettore, il CdA ed il Direttore Generale, ciascuno per la propria competenza, assicurano ai Dipartimenti la disponibilità delle necessarie risorse.

Per consentire il miglioramento continuo della qualità delle attività scientifiche, il PQA monitora, per ogni Dipartimento, l'eventuale stato di avanzamento delle azioni necessarie a risolvere le criticità.

Per garantire l'adeguatezza dei processi di assicurazione di qualità, il PQA pianifica sistematicamente Audit come meglio specificato nel Cap. D2.

4 CONDUZIONE

Il Sistema di Assicurazione di qualità coinvolge l'intero Ateneo e prevede la definizione delle responsabilità delle varie Strutture interessate.

4.1 RESPONSABILITÀ DEL RETTORE, DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E DEL SENATO ACCADEMICO

Il *Rettore*:

- Definisce e propone al Senato accademico ed al Consiglio di Amministrazione le linee strategiche e gli obiettivi della ricerca;
- approva e diffonde la politica per la qualità;
- approva e diffonde il documento relativo al sistema di assicurazione della qualità;
- nomina il Coordinatore e gli altri componenti del Presidio di Qualità;
- emana gli obiettivi per l'Assicurazione di qualità approvati dal Senato accademico e dal Consiglio di Amministrazione;
- fornisce risorse ed infrastrutture adeguate al raggiungimento degli obiettivi conformi alla politica della qualità.

La costituzione e le funzioni del *Senato Accademico* sono previste dallo Statuto.

In particolare, ai fini della assicurazione della qualità, al SA sono attribuite le seguenti funzioni:

- approvare su proposta del Rettore, le linee strategiche e gli obiettivi della ricerca
- formulare proposte e pareri obbligatori in materia di ricerca e di servizi al personale addetto alla ricerca, nonché di attivazione, modifica o soppressione di dipartimenti e altre Strutture;
- approvare, previo parere favorevole del Consiglio di Amministrazione, i regolamenti in materia di ricerca, compresi quelli di competenza dei Dipartimenti e delle altre Strutture;
- svolgere funzioni di coordinamento e di raccordo tra i Dipartimenti
- approvare, previo parere del Presidio di Qualità, le Schede Uniche Annuali e i rapporti di Riesame predisposti dai Dipartimenti;
- approvare il documento relativo al sistema di assicurazione della qualità;
- mettere in atto tutte le azioni finalizzate al miglioramento della qualità.

La costituzione e le funzioni del *Consiglio di Amministrazione* sono previste dallo Statuto.

In particolare, ai fini della assicurazione della qualità, il CdA ha le seguenti funzioni:

- approvare la programmazione finanziaria annuale e triennale e quella annuale e triennale del personale attribuendo le risorse ai Dipartimenti;
- approvare, su proposta del Rettore, previa approvazione del Senato Accademico, le linee strategiche e gli obiettivi della ricerca
- deliberare, sentito il SA, sulla distribuzione di spazi e risorse a servizio dell'attività scientifica, secondo il principio di equa e proporzionale distribuzione;
- adottare il regolamento di amministrazione e contabilità, nonché, su proposta del Rettore e previo parere del SA per gli aspetti di sua competenza, approvare il bilancio di previsione annuale e triennale, il conto consuntivo e il documento di programmazione triennale;
- approvare i programmi e la gestione della edilizia tenendo conto delle linee di sviluppo indicate nel piano triennale;
- deliberare sulla partecipazione dell'Università a Società o altre forme associative di diritto privato nonché sulla dismissione di quote di partecipazione societarie, sentito il Senato Accademico;
- approvare i contratti e le convenzioni non affidati alle competenze delle singole strutture o del Direttore Generale;

- approvare la proposta di chiamata da parte dei Dipartimenti, ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera e), e dell'articolo 24, comma 2, lettera d) della legge 240/2010;
- determinare l'importo delle tasse e dei contributi dovuti per l'iscrizione alle scuole ed ai corsi;
- approvare su proposta del Senato Accademico le Schede Uniche Annuali e i rapporti di Riesame della Ricerca Dipartimentale

4.2 Responsabilità del Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione ha il compito di svolgere, in raccordo con l'attività dell'ANVUR, le funzioni previste dal art.14 del DL n. 150/2009, relative alle procedure di valutazione delle strutture e del personale, al fine di promuovere nelle università, in piena autonomia e con modalità organizzative proprie, il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale. Il NdV verifica l'attività di ricerca svolta dai dipartimenti.

4.3 Responsabilità della gestione del processo di assicurazione della qualità e del Presidio di Qualità (PQA)

La responsabilità della gestione del processo di assicurazione di qualità è affidata al Coordinatore del PQA, coadiuvato dagli altri componenti il Presidio di Qualità. Egli assicura l'efficacia e l'efficienza del sistema di Assicurazione di Qualità (SAQ).

Il PQA è nominato dal Rettore, ed è composto oltre che dal coordinatore scelto tra i docenti dell'Ateneo con comprovata esperienza di gestione della qualità, da quattro componenti per come previsto dall'apposito regolamento.

Il *Presidio di Qualità* ha il compito di:

- assicurare che i requisiti e le procedure del Sistema di Assicurazione della Qualità siano applicati e conformi alle normative vigenti;
- effettuare il controllo della documentazione del SAQ descritta alla sezione E;
- sovrintendere allo svolgimento adeguato e uniforme delle procedure di AQ di tutto l'Ateneo e proporre strumenti comuni per l'AQ;
- essere di supporto ai Direttori di Dipartimento per le attività comuni;
- organizzare e verificare il continuo aggiornamento delle informazioni contenute nelle SUA-RD di ciascun Dipartimento, avvalendosi anche dell'apposita check list allegata;
- sovrintendere al regolare svolgimento delle procedure di AQ per le attività di ricerca in conformità a quanto programmato e dichiarato;
- organizzare e monitorare le rilevazioni dell'opinione del personale addetto alla ricerca
- regolamentare e verificare le attività periodiche di Riesame dei Dipartimenti,
- valutare l'efficacia degli interventi di miglioramento e le loro effettive conseguenze;
- assicurare il corretto flusso informativo da e verso il Nucleo di Valutazione e i Dipartimenti
- definire il piano di formazione del personale sulle tematiche di Assicurazione di Qualità;
- approvare il piano degli Audit, nominare i responsabili dell'esecuzione degli Audit (Auditors interni) e promuovere, pianificare ed eventualmente realizzare i corsi per gli auditors.
- cura, con il supporto della Amministrazione Centrale, la pubblicazione sul portale della intera documentazione per renderla accessibile al pubblico.

4.4 Responsabilità dei Direttori e dei Consigli di Dipartimento inerenti la Ricerca

- Predisporre ed approvare la SUA-RD entro i termini stabiliti

- Predisporre ed approvare il rapporto di riesame

Responsabilità dei Centri interdipartimentali di servizio e dei Centri di Ricerca

L'Università, per implementare l'attività di ricerca, può istituire Centri interdipartimentali di servizio (CIS) e Centri di Ricerca (CR) in base all'apposito regolamento consultabile all'indirizzo http://www.unicz.it/portale/normativa_ateneo/20120517_disp_organ_i_aus.pdf.

Le finalità dei CIS sono le seguenti: a) promuovere lo sviluppo della ricerca e la diffusione dei suoi risultati nel mondo accademico e in Enti pubblici e privati di ricerca; b) promuovere l'integrazione dell'attività di ricerca favorendo la collaborazione tra Dipartimenti dell'Ateneo, tra questi e altre Università o Enti di Ricerca pubblici e privati e con il mondo imprenditoriale; c) fornire specifici servizi a Enti pubblici e privati che ne facciano richiesta secondo modalità stabilite da apposite convenzioni; d) contribuire alla formazione di personale altamente specializzato nell'uso di particolari attrezzature scientifiche e nell'applicazione di nuove tecnologie; e) promuovere l'innovazione tecnologica nel settore biomedico.

I CR rappresentano istituzioni a carattere scientifico e di ricerca, con il compito di promuovere, organizzare e svolgere attività di ricerca, anche nell'ambito di progetti a carattere interdisciplinare, interterritoriale e di durata pluriennale, su tematiche di interesse dell'Ateneo.

I CIS ed i CR hanno la responsabilità di:

Predisporre ed approvare una Scheda Unica Annuale entro i termini stabiliti

Predisporre ed approvare un rapporto di riesame.

4.5 Responsabilità dei Docenti

I Docenti:

- forniscono al Dipartimento di afferenza ed aggiornano annualmente il proprio CV;
- compilano gli appositi questionari predisposti e distribuiti dal Presidio di Qualità;
- partecipano ai corsi di formazione e di aggiornamento a loro destinati sugli aspetti metodologici
- Tengono aggiornate le informazioni contenute nella loro area riservata del sito web del MIUR.

4.6 Responsabilità del Direttore Generale

Il Direttore Generale, nominato secondo quanto previsto dallo Statuto, garantisce le risorse ed i mezzi per l'assicurazione della qualità ed assicura la tempestiva disponibilità dei dati sui quali basare la SUA-RD ed i Rapporti di riesame della ricerca dipartimentale (Procedura "Estrapolazione dati").

Assicura, infine, il necessario supporto per la pubblicazione dei documenti da parte del Presidio di Qualità.

5 RIESAME DEL SISTEMA DI ASSICURAZIONE DI QUALITÀ

Il Presidio di Qualità effettua, almeno una volta l'anno, il riesame del sistema di AQ per accertarsi della sua idoneità, adeguatezza ed efficacia secondo la Procedura "Riesame SAQ".

Nel corso delle riunioni vengono esaminati aspetti di particolare rilevanza riguardanti le strategie, gli obiettivi e l'andamento complessivo delle attività e il livello di implementazione del Sistema di Assicurazione per la Qualità.

L'attività di Riesame è attestata dal verbale delle riunioni del PQA contenente la sintesi degli argomenti trattati, l'indicazione delle criticità identificate e la pianificazione delle azioni correttive/preventive individuate.

Sezione B

Cap. B1 Gestione delle risorse umane dell'Ateneo

Il personale che opera all'interno dell'Ateneo interessato al presente sistema di assicurazione di qualità è costituito da Professori, Ricercatori, Assegnisti, Dottorandi e da personale tecnico-amministrativo.

Informazione e formazione Docenti e Personale Tecnico-amministrativo

Il Presidio di Qualità informa tutto il personale interessato dell'esistenza di un Sistema di Assicurazione Qualità (SAQ) e di procedure relative attraverso incontri o altre iniziative.

Inoltre è responsabilità del Direttore di Dipartimento informare adeguatamente tutti i colleghi sulla politica della qualità e gli obiettivi che sono stati fissati per perseguirla attraverso incontri o altre iniziative utili.

Per rendere consapevole tutto il personale della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come queste contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la qualità saranno organizzati, dal PQA, appositi corsi.

Cap. B2 - Gestione delle infrastrutture

Spazi dedicati ad attività di ricerca e impianti tecnologici

L'Ateneo per svolgere la propria attività ha a disposizione oltre 3.000 mq di laboratori di ricerca, 2 biblioteche, e 2270 mq adibiti a studio

Per tutti i Dipartimenti istituiti presso l'Ateneo il CdA individua e attribuisce gli spazi necessari allo svolgimento dell'attività scientifica. Nei suddetti spazi sussistono tutte le caratteristiche di sicurezza per gli accessi agli stabili, verificate preventivamente. Per tali spazi l'ufficio tecnico dell'Ateneo garantisce:

- piano per le emergenze all'esterno;
- standard di sicurezza;
- esercizio impianti di sicurezza.

L'Ateneo elabora con il coordinamento del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) opportune strategie per il mantenimento dei livelli di sicurezza necessarie previste dalla legge.

Manutenzione ordinaria

Consiste nella effettuazione degli interventi di riparazione programmati in base alle segnalazioni di guasti da parte degli interessati. Gli interventi sono curati dall'ufficio tecnico che si avvale di figure professionali con competenze tecniche.

Il prodotto dell'attività è il ripristino della infrastruttura o dello strumento.

Ergonomia del Posto di Lavoro

La valutazione dell'ergonomia del posto di lavoro è stata effettuata tramite una preventiva analisi dei progetti di sistemazione dei posti di lavoro.

Il rispetto dei criteri di ergonomia del posto di lavoro individuati viene garantito per le attrezzature e per gli arredi.

Hardware e Software

L'individuazione, fornitura e manutenzione dell'hardware e del software di Office Automation viene effettuata ricorrendo a specifici fornitori che ne garantiscono la conformità tramite appositi contratti di manutenzione.

Servizi di Supporto

Tutte le sedi sono collegate tramite la rete pubblica di internet e tutti gli edifici garantiscono agli utenti abilitati l'accesso alla rete Wifi tramite autenticazione che permette la piena e tempestiva diffusione e condivisione di tutte le informazioni disponibili/utili per il corretto svolgimento delle attività lavorative di competenza dell'Ateneo.

Inoltre, per rendere note le attività ad un pubblico più esteso possibile nel sito web dell'Ateneo vengono rappresentate tempestivamente tutte le principali attività dell'Ateneo stesso.

Tutte le postazioni di lavoro (PC) corrispondenti a uffici, docenti e personale tecnico-amministrativo hanno un proprio indirizzo e-mail.

Sono infine presenti 10 monitor che informano i frequentatori del Campus sulle principali attività formative svolte nell'Ateneo.

SEZIONE C - Processi per la erogazione del servizio rivolta al personale addetto alla ricerca

Cap. C1 - Analisi dei fabbisogni

I Dipartimenti, basandosi sulle consultazioni con il personale addetto alla ricerca, nonché su documenti nazionali o internazionali, pianificano i Servizi avendo cura di determinare preliminarmente gli elementi fondamentali (dati di input) attraverso una o più delle seguenti metodologie

- invio di specifici questionari;
- focus group;
- consultazione studi di settore
- consultazione documenti europei

Per un'analisi delle esigenze dei Docenti e Dottorandi si deve tener conto che l'offerta di servizi può essere ricondotta alle seguenti aree:

- biblioteca e banche dati
- attività seminariale
- internazionalizzazione
- formativa
- amministrativa
- infrastrutture
- finanziamenti

L'analisi delle richieste mirerà ad individuare i reali bisogni integrativi rispetto a quelli già previsti dal Dipartimento, al fine di giungere alla progettazione di massima dell'azione che definisca le caratteristiche principali del servizio in termini di:

- risorse professionali;
- materiale richiesto;
- servizi di supporto;
- organizzazione della attività di supporto della ricerca;

Tali caratteristiche costituiranno per il Direttore i dati e i requisiti di base su cui verrà sviluppata la progettazione esecutiva e di dettaglio della suddetta attività.

Cap. C2 PROGETTAZIONE ATTIVITÀ SCIENTIFICA

Preliminarmente, su proposta del Rettore o di suo delegato, il Senato Accademico e il Consiglio di Amministrazione approvano un documento contenente le linee strategiche, gli obiettivi della ricerca e le strategie sulle attività di terza missione tenendo conto dei propri punti di forza e di debolezza e del contesto accademico e sociale. L'Ateneo mette in atto la programmazione coerente alle suddette strategie per il tramite dei Dipartimenti e dei Centri di Ricerca e controlla che tali programmi siano attuati per il tramite del Presidio di Qualità. Nello stesso documento ed in coerenza a Statuto e regolamenti è indicata la ripartizione della attività della ricerca tra Dipartimenti e centri di ricerca o di servizi, i criteri e le modalità di distribuzione delle risorse e gli eventuali criteri premiali basati sulla valutazione dei risultati della ricerca tenendo conto della SUA-RD edella VQR.

La progettazione dell'Attività scientifica, da parte del Dipartimento, e dei CIS e CR prevede la definizione degli obiettivi da raggiungere e la pianificazione delle azioni per il raggiungimento dei suddetti obiettivi in coerenza alle linee strategiche definite dall'Ateneo.

Il Direttore del Dipartimento, e i Direttori di CIS e CR, in base ai risultati dell'analisi dei fabbisogni, definisce gli obiettivi, valuta la disponibilità e la coerenza di tutte le informazioni necessarie e procede alla progettazione delle attività.

La base di partenza della progettazione è rappresentata dalla raccolta delle seguenti informazioni (dati di input):

- risultati dell'analisi dei fabbisogni;
- risultati di eventuali valutazioni esterne (es VQR)
- risultati delle valutazioni interne (audit) effettuate relative alla qualità della ricerca;
- documenti di precedenti progetti simili (ove applicabili).

- qualità e quantità degli articoli pubblicati nell'anno e nel triennio precedente da parte dei Professori, Ricercatori, Assegnisti e Dottorandi afferenti al Dipartimento;
- collaborazione con altre strutture nazionali ed internazionali
- presenza dei docenti nei board delle riviste scientifiche internazionali;
- attività conto terzi;
- stato di avanzamento e/o i risultati delle azioni (preventive e correttive) pianificate in incontri precedenti;

Nel progettare i servizi deve essere attentamente curata la coerenza dei servizi con il fabbisogno espresso dai Docenti e Dottorandi. I servizi dovranno essere descritti in modo adeguato.

Il Direttore, sulla base dei dati input, sviluppa un piano progettuale che prevede come dati di output:

- gli obiettivi
- **le modalità operative e di monitoraggio con le quali raggiungere gli obiettivi;**
- le relative responsabilità;
- le interfacce tra i differenti gruppi coinvolti nella progettazione e nello sviluppo per assicurare comunicazioni efficaci;
- le fasi da sottoporre a verifiche di riesame;
- le risorse tecniche, materiali e umane per la realizzazione del progetto.
- la richiesta di assegnazione di risorse.

Gli output sono definiti in modo da:

- soddisfare i requisiti in ingresso alla progettazione e allo sviluppo;
- fornire informazioni adeguate per la produzione e l'erogazione dei servizi;

Gli output sono definiti nella SUA-RD secondo la procedura "Definizione SUA-RD", e per quanto riguarda i CIS e i CR nella SUA-CIS/CR secondo la procedura "Definizione SUA-CIS/CR".

Il Consiglio di Dipartimento, i CIS ed i CR approvano la SUA.

Cap. C3 Monitoraggio dei risultati

Per ottenere un servizio in linea con i requisiti prefissati, in fasi opportune, il Consiglio di Dipartimento e, per quanto riguarda i CIS ed i CR il Direttore, effettua riesami sistematici della progettazione, in accordo con quanto pianificato al fine di individuare tutti le criticità e proporre le necessarie azioni correttive.

Il Riesame è garantito dalle riunioni del Gruppo di Qualità (GQ) di ogni Dipartimento che si svolgono con regolarità a secondo delle esigenze e comunque con frequenza almeno semestrale.

Nel corso delle riunioni vengono esaminati aspetti di particolare rilevanza riguardanti le strategie, gli obiettivi e l'andamento complessivo delle attività e il livello di implementazione del Sistema di Assicurazione per la Qualità.

L'evidenza dei rapporti di Riesame si concretizza in un verbale delle riunioni del GQ contenente la sintesi degli argomenti trattati, l'indicazione delle criticità identificate e la pianificazione delle azioni correttive/preventive individuate.

I direttori dei Dipartimenti sottopongono i rapporti di riesame ad approvazione da parte dei rispettivi Consigli e successivamente provvedono ad inoltrare i rapporti al PQA. **Il PQA approva i rapporti e li trasmette al Senato accademico ed al Consiglio di Amministrazione.**

Il PQA effettua ulteriori attività di monitoraggio finalizzate a valutare le eventuali aree critiche nella attività di ricerca e la realizzazione da parte di Dipartimenti e Centri di ricerca delle strategie dell'Ateneo ed informa di tali attività il Senato accademico ed il Consiglio di Amministrazione.

SEZIONE D

Cap. D1 MISURAZIONE SODDISFAZIONE DOCENTI E DOTTORANDI

L'Ateneo, ed ogni Dipartimento, relativamente ai servizi erogati, monitorano le informazioni riguardanti le attese e la qualità percepita dai propri Docenti e dottorandi. Il processo di misura e controllo della soddisfazione dei docenti e dottorandi avviene secondo le seguenti modalità:

- esecuzione della rilevazione (a cura del PQA);
- elaborazione e analisi dei dati (a cura del PQA);
- predisposizione dei piani di miglioramento (Dipartimento);
- approvazione dei piani di miglioramento (PQA, CdA, SA)
- attuazione e monitoraggio dei piani di miglioramento (Dipartimento).

L'esecuzione della rilevazione viene svolta utilizzando appropriati strumenti (interviste face to face, questionari (allegato) , focus group, ecc.), analogamente a quanto avviene nella ricerca sociale e di mercato.

La rilevazione del grado di soddisfazione viene svolta attraverso gli strumenti sopra menzionati e i risultati sono registrati e conservati almeno fino alla definizione e/o attuazione dei piani di miglioramento ed alla verifica della loro efficacia.

I dati inerenti la soddisfazione dei docenti e dottorandi vengono esaminati nelle riunioni del GQ del Dipartimento. I risultati di tali analisi e le relative azioni di miglioramento vengono documentati e diffusi attraverso il sito internet predisposto dall'Ateneo.

Nella definizione delle azioni di miglioramento si tiene conto delle relative responsabilità, delle priorità e degli obiettivi prefissati (target di miglioramento).

Cap. D2 - Audit

Il Piano Generale degli Audit Interni dell'Ateneo viene prodotto periodicamente dal Responsabile del Sistema di Assicurazione di Qualità (di norma ogni anno).

Il piano indica le aree o attività ed i nominativi dei responsabili oggetto di verifica, e i periodi in cui, sulla base di frequenze prestabilite per ciascuna area o attività, ne è prevista l'esecuzione.

Le verifiche vengono condotte dal Responsabile del Sistema di Assicurazione di Qualità e/o da Docenti o Personale tecnico adeguatamente preparati ed incaricati dal Responsabile del Sistema di Assicurazione di Qualità, in grado di effettuare la valutazione con la necessaria professionalità, imparzialità e obiettività; la scelta del valutatore deve comunque rispettare il requisito di indipendenza.

Gli Auditors incaricati hanno la responsabilità di eseguire gli Audit fornendo, durante il loro svolgimento, suggerimenti per la definizione delle eventuali azioni correttive necessarie.

Le verifiche avvengono sulla base di liste di controllo prestabilite. Il personale incaricato di effettuare le verifiche non è mai personalmente coinvolto nelle aree o nelle attività da ispezionare.

I risultati delle verifiche sono verbalizzate su appositi moduli, che riportano le anomalie riscontrate e le azioni correttive da svolgere. I moduli sono firmati da chi effettua le verifiche e controfirmati da chi ne è oggetto, a conferma e impegno delle azioni da svolgere e sono trasmessi ad organi di governo e ai Dipartimenti per gli opportuni provvedimenti. Essi sono periodicamente esaminati dal PQA e costituiscono la base dei riesami del sistema qualità.

Cap. D3 –Azioni correttive/preventive

Azioni Correttive

Le Strutture/Organi di Ateneo (Dipartimenti, Senato Accademico, Consiglio di Amministrazione) sulla base delle criticità rilevate nella fase di gestione di un qualsiasi processo, mediante misurazioni e monitoraggi, e nel corso degli Audit Interni, provvedono a individuare, pianificare ed attuare le necessarie azioni correttive e di miglioramento continuo.

Azioni Preventive

Le Strutture/Organi di Ateneo (Dipartimenti, Senato Accademico, Consiglio di Amministrazione), utilizzando le informazioni e le registrazioni circa i processi che riguardano il servizio erogato, i risultati degli Audit e le segnalazioni del **personale addetto alla Ricerca**, hanno a propria disposizione alcuni elementi significativi dei processi interni e caratteristici dei servizi erogati.

Qualora si rilevi dall'analisi di tali dati un peggioramento dei livelli standard qualitativi delle prestazioni delle risorse/servizi e/o dei processi operativi, vengono attivate specifiche azioni preventive di miglioramento.

Per la formulazione di azioni preventive l'Ateneo si avvale anche delle analisi svolte nell'ambito dei riesami da parte dei GQ dei **Dipartimenti**.

SEZIONE E

Cap. E1 – Gestione documenti

L'Università di Catanzaro si è dotata di criteri di gestione della documentazione del SAQ al fine di garantire supporto per il conseguimento, il mantenimento e il miglioramento della qualità dell'Ateneo.

I documenti possono avere origine interna, emessi dall'Ateneo, ovvero origine esterna e sono così classificati:

- Documenti di origine interna del SAQ (la politica per la qualità e gli obiettivi della qualità, il Documento del SAQ, le procedure);
- Documenti di origine esterna del SAQ (norme, regolamenti, circolari e disposizioni di riferimento per lo svolgimento dell'attività relativa all'organizzazione degli eventi formativi).

Tutti i documenti del SAQ sono identificati, codificati e gestiti assicurando che:

- l'adeguatezza dei documenti sia approvata da personale autorizzato prima della loro emissione;
- i documenti siano riesaminati, aggiornati quando necessario e riapprovati dalle stesse Strutture che hanno eseguito la prima verifica e dato la loro approvazione;
- le modifiche apportate ai documenti e lo stato di revisione degli stessi siano identificati, verificati ed approvati;
- i documenti aggiornati siano disponibili nei luoghi dove si svolgono le attività essenziali per la corretta applicazione del Sistema Qualità;
- i documenti di origine esterna siano identificati e distribuiti in modo controllato;
- i documenti non validi e/o superati siano eliminati da ogni centro di emissione e di utilizzazione per evitare un loro uso indesiderato.

Tenuta sotto controllo dei documenti SAQ

I documenti SAQ costituiscono un'importante fonte d'informazione nella valutazione dell'andamento della qualità (Responsabile SAQ) e, allo scopo di poter verificare il livello di conformità delle attività e di attuazione delle politiche (Responsabili delle Strutture/Orgnai di Ateneo).

I documenti SAQ sono conservati ed archiviati, in forma cartacea e/o informatica, per tipologia e devono essere rintracciabili. Inoltre per evitare possibile perdita delle registrazioni informatiche il Responsabile del SAQ è tenuto ad effettuare back up della documentazione.