

**UNIVERSITÀ MAGNA GRÆCIA DI CATANZARO**  
**SISTEMA DI ASSICURAZIONE DELLA QUALITÀ**

**- RICERCA -**

*Indice*

<b>SEZIONE A - Assicurazione della Qualità nella ricerca scientifica e responsabilità...3</b>	
SCOPO.....	3
POLITICA PER L'ASSICURAZIONE DELLA QUALITÀ.....	3
L'ATENEO.....	5
GLI ORGANI .....	5
GESTIONE DEL DOCUMENTO.....	5
RESPONSABILITÀ DELLA GOVERNANCE DI ATENEO.....	6
POLITICA PER LA QUALITÀ.....	6
PIANIFICAZIONE.....	7
CONDUZIONE .....	7
RESPONSABILITÀ DEL RETTORE, DEL SENATO ACCADEMICO E DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE.....	7
RESPONSABILITÀ DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE.....	9
RESPONSABILITÀ DEL PRESIDIO DI QUALITÀ.....	9
RESPONSABILITÀ DEL DIRETTORE E DEL CONSIGLIO DI DIPARTIMENTO .....	10
RESPONSABILITÀ DEI CENTRI INTERDIPARTIMENTALI DI SERVIZIO E DEI CENTRI DI RICERCA.....	11
RESPONSABILITÀ DEI DOCENTI.....	11
RESPONSABILITÀ DEL DIRETTORE GENERALE.....	12
RIESAME DEL SISTEMA DI ASSICURAZIONE DI QUALITÀ.....	12
<b>SEZIONE B - Gestione delle risorse ..... 13</b>	
GESTIONE DELLE RISORSE UMANE .....	13

GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE .....	13
<b>SEZIONE C - Processi per l'erogazione del servizio rivolta ai docenti.....</b>	<b>15</b>
ANALISI DEI FABBISOGNI.....	15
PROGETTAZIONE ATTIVITÀ SCIENTIFICA.....	16
MONITORAGGIO DEI RISULTATI.....	18
<b>SEZIONE D - Misurazioni, analisi e miglioramento della attività di ricerca .....</b>	<b>19</b>
MISURAZIONE SODDISFAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA RICERCA .....	19
AZIONI CORRETTIVE/PREVENTIVE .....	19
<b>SEZIONE E - Gestione dei documenti e delle registrazioni .....</b>	<b>21</b>
GESTIONE DOCUMENTI.....	21

## **SEZIONE A - Assicurazione della Qualità nella ricerca scientifica e responsabilità**

### *SCOPO*

Il presente documento descrive l'organizzazione dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro ed il suo Sistema di Assicurazione della Qualità (SAQ) nella RICERCA. Quest'ultimo mira al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nella Politica per la Qualità, quali la piena soddisfazione delle esigenze, esplicite ed implicite, degli studenti, dei dottorandi, degli assegnisti di ricerca e dei docenti, consentendo di controllare i risultati raggiunti nell'ottica di un continuo miglioramento.

Il documento è il riferimento per tutti gli Organi, Organismi e Strutture per una corretta applicazione del SAQ e per tutti i servizi ed attività svolte dall'Ateneo, internamente ed esternamente ad esso; fa riferimento alle attività necessarie per la pianificazione, progettazione, la realizzazione dei servizi offerti, descrivendo le relative responsabilità nell'ambito dell'Ateneo.

In particolare, sono riportate le modalità con cui l'Ateneo espleta l'attività di ricerca e serve a mantenere, sviluppare ed incrementare le conoscenze e le competenze.

Il SAQ adottato è implementato nel rispetto dei requisiti previsti dalle Norme vigenti.

### *POLITICA PER L'ASSICURAZIONE DELLA QUALITÀ*

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

A tale scopo l'Ateneo progetta, implementa e gestisce i propri processi, garantendone la conformità ai requisiti di legge, individuando azioni preventive e di possibile miglioramento, tenendo conto dei seguenti elementi fondamentali:

- la presenza di una eccellente capacità e spinta motivazionale di tutti i docenti nella considerazione che l'attività scientifica sia di preminente importanza;
- l'impegno da parte del PQA 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, e 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 promozione della attività di ricerca ed il suo continuo miglioramento;
- la definizione periodica di obiettivi per l'AQ, 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 docenti, dagli assegnisti e dai 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 attività di ricerca di dottorandi, assegnisti e, 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 un adeguato livello di risorse tecniche ed economiche agli obiettivi dell'Ateneo.

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.

### *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 predispone 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), la Regione 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 (PQA) ed approvato dal Senato Accademico (SA) e dal Consiglio di Amministrazione (CdA). Esso è aggiornato periodicamente, ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, 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 l'approvazione da parte del SA e del CdA. Ai fini della più ampia diffusione, il documento sarà anche ratificato dal Nucleo di Valutazione e dai Dipartimenti ed inviato alla Direzione Generale per i provvedimenti di competenza, nonché reso disponibile alla consultazione mediante pubblicazione sul sito internet del PQA.

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

#### *RESPONSABILITÀ DELLA GOVERNANCE DI ATENEO*

Allo scopo di assicurare la soddisfazione dei docenti e dei fruitori dei servizi finalizzati alla attività di ricerca scientifica, i Dipartimenti nominano al loro interno i responsabili della attività scientifica che, nell'ambito di incontri programmatici, indirizzano l'attività della Ateneo tenendo conto delle esigenze e delle aspettative dei fruitori stessi.

In particolare, nella specifica Sezione C del presente documento, dedicata alla definizione della programmazione della attività scientifica, si descrive come si individuano i bisogni formativi, come si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere, come si prevedono i risultati da ottenere, come si valuta la acquisizione di tali risultati, e come si monitora la soddisfazione del personale coinvolto in attività di ricerca.

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.

#### *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.

### *PIANIFICAZIONE*

L'Ateneo pianifica 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 potranno essere invitati i Direttori dei Dipartimenti, i Coordinatori dei Dottorati, i referenti di 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 può pianificare sistematicamente audizioni.

### *CONDUZIONE*

Il SAQ, implementato dall'Ateneo, coinvolge l'intera struttura e prevede la definizione delle responsabilità delle varie Strutture interessate.

### *RESPONSABILITÀ DEL RETTORE, DEL SENATO ACCADEMICO E DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE*

Il Rettore:

- Definisce e propone al SA ed al CdA le linee strategiche e gli obiettivi della ricerca;
- approva e diffonde la politica per la qualità;
- approva e diffonde il documento relativo al SAQ;
- nomina il Coordinatore ed i componenti del PQA;

- emana gli obiettivi per l'AQ approvati dal SA e dal CdA;
- fornisce risorse ed infrastrutture adeguate al raggiungimento degli obiettivi conformi alla politica della qualità.

La costituzione e le funzioni del SA 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 o altre Strutture;
- approvare, previo parere favorevole del CdA, i regolamenti in materia di didattica e di ricerca, compresi quelli di competenza dei Dipartimenti e delle Strutture;
- svolgere funzioni di coordinamento e di raccordo tra i Dipartimenti;
- approvare, previo parere del PQA le Schede Uniche Annuali e i rapporti di Riesame predisposti dai Dipartimenti;
- approvare il documento relativo al SAQ;
- mettere in atto tutte le azioni finalizzate al miglioramento della qualità.

La costituzione e le funzioni del Consiglio di Amministrazione (CdA) sono previste dallo Statuto.

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

- approvare, su proposta del Rettore, previa approvazione del SA, le linee strategiche e gli obiettivi della ricerca;
- approvare la programmazione finanziaria annuale e triennale e quella annuale e triennale del personale attribuendo le risorse ai Dipartimenti;
- 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, approva 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 SA;
- 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 e corsi;
- approva su proposta del SA le Schede Uniche Annuali e i rapporti di Riesame della Ricerca Dipartimentale.

#### *RESPONSABILITÀ DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE*

Il Nucleo di Valutazione (NdV) 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.

#### *RESPONSABILITÀ DEL PRESIDIO DI QUALITÀ*

La responsabilità della gestione dei processi di AQ è affidata al Coordinatore del PQA, coadiuvato dagli altri componenti del PQA. 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 PQA ha il compito di:

- assicurare che i requisiti e le procedure di AQ 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 ai Direttori di Dipartimento per le attività comuni;
- organizzare e verificare il continuo aggiornamento delle informazioni contenute nelle SUA-RD di ciascun Dipartimento;
- 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 NdV e i Dipartimenti;
- definire il piano di formazione del personale sulle tematiche di AQ;
- 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.
- Curare, con il supporto dell'Amministrazione centrale, la pubblicazione InterNet dell'intera documentazione rendendola accessibile al pubblico.

#### *RESPONSABILITÀ DEL DIRETTORE E DEL CONSIGLIO DI DIPARTIMENTO*

- 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).

Le finalità dei CIS sono le seguenti:

- promuovere lo sviluppo della ricerca e la diffusione dei suoi risultati nel mondo accademico e in Enti pubblici e privati di ricerca;
- 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;
- fornire specifici servizi a Enti pubblici e privati che ne facciano richiesta secondo modalità stabilite da apposite convenzioni;
- contribuire alla formazione di personale altamente specializzato nell'uso di particolari attrezzature scientifiche e nell'applicazione di nuove tecnologie;
- 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.

### *RESPONSABILITÀ DEI DOCENTI*

- forniscono ed aggiornano annualmente il proprio CV;
- compilano gli appositi questionari predisposti e distribuiti dal PQA;
- partecipano ai corsi di formazione e di aggiornamento a loro destinati sugli aspetti metodologici;
- mantengono aggiornate le informazioni contenute nella propria area riservata del sito Internet del MIUR.

### *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 le attività di rendicontazione e pianificazione delle attività di ricerca. Assicura, infine, il necessario supporto per la pubblicazione dei documenti da parte del PQA.

### *RIESAME DEL SISTEMA DI ASSICURAZIONE DI QUALITÀ*

Il PQA effettua, ogni qualvolta si renda necessario, il riesame del sistema di AQ per accertarsi della sua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

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 SAQ.

L'evidenza dell'attività di Riesame si concretizza in un 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 - Gestione delle risorse**

### *GESTIONE DELLE RISORSE UMANE*

Il personale che opera all'interno dell'Ateneo interessato al presente sistema di assicurazione di qualità è costituito da docenti, assegnisti, dottorandi e da personale tecnico-amministrativo.

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..

### *GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE*

#### *Spazi dedicati ad attività di ricerca e impianti tecnologici*

L'Ateneo, per svolgere la propria attività, dispone di oltre 3.000 mq di laboratori di ricerca, 2 biblioteche, e 2270 spazi per 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 necessari previste dalla legge 81/2008.

#### *Manutenzione ordinaria*

Consiste nella realizzazione sia degli interventi di riparazione programmati in base alle segnalazioni di guasti da parte degli interessati, sia delle operazioni di routine e di prevenzione del guasto. Gli interventi sono curati dall'ufficio tecnico che si avvale di figure professionali con competenze tecniche. I prodotti dell'attività sono la prevenzione dei guasti

e il ripristino della infrastruttura o dello strumento dopo il guasto, con l'obiettivo di minimizzare sia i guasti che i tempi medi di riparazione.

#### *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 vengono effettuate ricorrendo a specifici fornitori che ne garantiscono la conformità tramite appositi contratti di manutenzione.

#### *Servizi di supporto*

Il Campus e le sedi esterne sono collegati alla rete InterNet. 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 altresì presenti 10 monitor che informano delle principali attività formative svolte nell'Ateneo.

## **SEZIONE C - Processi per l'erogazione del servizio rivolta ai docenti**

### *ANALISI DEI FABBISOGNI*

I Dipartimenti, basandosi sulle consultazioni con i Docenti e Dottorandi, 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;
- studi di settore;
- documenti europei.

Per un'analisi delle esigenze del personale addetto alla ricerca si deve tener conto che l'offerta di servizi può essere ricondotta a diverse tipologie:

- area biblioteca;
- area attività seminariale;
- area internazionalizzazione;
- area formativa;
- area amministrativa;
- infrastrutture;
- finanziamenti;

L'analisi delle richieste mirerà ad individuare i reali bisogni integrativi rispetto a quelli già previsti dai Dipartimenti, 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.

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.

### *PROGETTAZIONE ATTIVITÀ SCIENTIFICA*

Preliminarmente, su proposta del Rettore o di un suo delegato, il SA e il CdA 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, dei Centri di Ricerca (CR) e dei Centri Interdipartimentali di Servizio (CIS) e controlla che tali programmi siano attuati per il tramite del PQA. Nello stesso documento, 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 e della VQR.

La progettazione della Attività scientifica, da parte dei Dipartimenti, dei CR e dei CIS, 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 CR e CIS, in base ai risultati dell'analisi dei fabbisogni, definiscono gli obiettivi, valutano la disponibilità e la coerenza di tutte le informazioni necessarie e procedono 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 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 degli addetti alla ricerca afferenti al Dipartimento:



- collaborazione con altre strutture nazionali ed internazionali;
- presenza dei docenti nei comitati editoriali 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 degli stessi con il fabbisogno espresso dal personale addetto alla ricerca. 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 dei Dipartimenti saranno definiti nella SUA-RD. Per quanto riguarda i CIS ed i CR, questi ultimi presenteranno una relazione annuale al Dipartimento cui afferiscono. Il Consiglio di Dipartimento approva la SUA-RD e la relazione annuale dei CIS e dei CR.

### *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 loro Direttore, effettua riesami sistematici della progettazione, in accordo con quanto pianificato al fine di individuare tutte le criticità e proporre le necessarie azioni correttive. Il Riesame è garantito dalle riunioni della Giunta di Dipartimento e/o di una o più Commissioni che il Dipartimento può istituire al fine di garantire l'AQ.

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.

L'evidenza dei rapporti di Riesame si concretizza in un verbale delle riunioni 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 a inoltrare i rapporti al PQA. Il PQA approva i rapporti e li trasmette al SA ed al CdA. Il PQA effettua ulteriori attività di monitoraggio su eventuali aree critiche nell'attività di ricerca e nella realizzazione, da parte dei Dipartimenti, dei CIS e dei CR, delle strategie dell'Ateneo, informandone il SA ed il CdA.

## **SEZIONE D - Misurazioni, analisi e miglioramento della attività di ricerca**

### *MISURAZIONE SODDISFAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA RICERCA*

Ogni Dipartimento, relativamente ai servizi erogati dall'Ateneo, monitora le informazioni riguardanti le attese e la qualità percepita dal proprio personale adetto alla ricerca. Il processo di misura e controllo della soddisfazione dei docenti e dottorandi avviene secondo le seguenti modalità:

- esecuzione della rilevazione (PQA);
- elaborazione e analisi dei dati (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, questionari, 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 alla soddisfazione del personale adetto alla ricerca vengono esaminati dal Consiglio di 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).

### *AZIONI CORRETTIVE/PREVENTIVE*

#### *Azioni Correttive*

Le Strutture/Organi di Ateneo sulla base delle criticità rilevate nella fase di gestione di un qualsiasi processo, mediante misurazioni e monitoraggi, e nel corso di audit interni,

provvedono a individuare, pianificare ed attuare le necessarie azioni correttive e di miglioramento continuo.

#### *Azioni Preventive*

Le Strutture/Organi di Ateneo, utilizzando le informazioni e le registrazioni circa i processi che riguardano il servizio erogato, i risultati di 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 segnalazioni provenienti dai Consigli di Dipartimento.

## **SEZIONE E - Gestione dei documenti e delle registrazioni**

### *GESTIONE DOCUMENTI*

L'Università "Magna Græcia" di Catanzaro si è dotata di criteri di gestione della documentazione del SAQ al fine di garantire il 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 (la politica per la qualità e gli obiettivi della qualità, i documenti del SAQ, le procedure);
- documenti di origine esterna (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.

I documenti SAQ costituiscono un'importante fonte d'informazione nella valutazione dell'andamento della qualità e consentono, ai responsabili delle strutture e degli Organi, di poter verificare il livello di conformità delle attività e di attuazione delle politiche. I

documenti SAQ sono conservati ed archiviati, in forma cartacea e/o informatica, per tipologia e devono essere rintracciabili.