UNI_FG - Prot. n. 0061943 - II/7 del 26/10/2026 - Delibera Consiglio di Amministrazione n. 353/2026

RIESAME DEL SISTEMA DI AQ

ANALISI DI DETTAGLIO DEI PROCESSI DI AQ

Allegato alla Relazione annuale del presidio della qualità di ateneo sullo stato del sistema di assicurazione della qualità - Anno 2025

Obiettivo del Documento

Riesame dei processi di Assicurazione della Qualità in essere presso l'Ateneo di Foggia per identificare aree di miglioramento.

Criteri metodologici

Il presente strumento analitico rappresenta la prima valutazione sistemica del Sistema di Assicurazione della Qualità Unifg, dopo l'introduzione del modello AVA3. In linea con le indicazioni formulate dall'ANVUR, la presente valutazione non si limita alla verifica della mera esistenza di procedure, Linee Guida o adempimenti formali, ma analizza la capacità del sistema di: pianificare adeguatamente i processi e gli strumenti di AQ; attuare le attività previste secondo le tempistiche stabilite; monitorare in modo sistematico i risultati e individuare tempestivamente eventuali criticità; attivare azioni correttive coerenti con le problematiche rilevate; verificare l'effettivo miglioramento dei processi e dei risultati.

A tal fine, per ciascuna area di intervento e per ciascun processo monitorato, è stata effettuata una lettura integrata secondo la logica del ciclo di miglioramento continuo PDCA (Plan-Do-Check-Act). La valutazione dell'efficacia è stata effettuata mediante l'utilizzo di cinque indicatori trasversali, applicabili a tutte le aree e ai processi del Sistema AQ, per i quali sono stati definiti parametri di valutazione, come di seguito descritti.

Fase	Significato
PLAN	Pianificazione delle attività, definizione di Linee Guida, procedure, strumenti e obiettivi.
DO	Attuazione dei processi, realizzazione delle attività previste e supporto agli attori coinvolti.
CHECK	Monitoraggio dei risultati, analisi degli indicatori, individuazione delle criticità e formulazione di raccomandazioni.
ACT	Attivazione di azioni correttive, interventi di miglioramento e revisione dei processi.

Indicatore	Finalità della valutazione
Disponibilità e aggiornamento dei documenti	Verificare l'esistenza di Linee Guida, regolamenti, procedure e strumenti aggiornati e coerenti con il modello AVA3 e con l'evoluzione del Sistema AQ.
Tempestività dei processi	Verificare il rispetto delle scadenze previste, la capacità di attivare i processi nei tempi programmati e la rapidità di risposta alle criticità rilevate.
Completezza dei monitoraggi e presenza di raccomandazioni	Verificare la capacità del sistema di descrivere l'andamento dei processi, la copertura dei monitoraggi previsti e la presenza di analisi critiche e raccomandazioni finalizzate al miglioramento.
Implementazione delle azioni correttive e delle raccomandazioni	Verificare la capacità del sistema di tradurre le criticità rilevate in interventi concreti, formalizzati e documentati, nonché il grado di recepimento delle raccomandazioni formulate dal PQA e dal NdV.
Evidenze di miglioramento osservabili	Verificare la presenza di risultati misurabili, cambiamenti organizzativi, miglioramenti degli indicatori o superamento delle criticità precedentemente rilevate.

Parametri di valutazione degli indicatori	Descrizione
Adeguato (A)	Sono presenti evidenze complete, documentate e coerenti. Il processo risulta attuato, monitorato e accompagnato da azioni di miglioramento o da risultati osservabili.
Parzialmente adeguato (PA)	Sono presenti evidenze significative ma ancora incomplete, oppure l'azione correttiva è stata

	implementata ma i relativi effetti non risultano ancora pienamente verificabili.
Non adeguato (NA)	Le evidenze risultano assenti, insufficienti o non consentono di dimostrare l'effettiva attuazione del processo o delle azioni di miglioramento.

Per ogni processo viene anche analizzato il livello di raggiungimento degli obiettivi fissati per l'anno 2025.

Criteri per la valutazione finale dei processi e delle aree

La valutazione finale di ciascun processo e, in forma aggregata, di ciascuna area è stata formulata attraverso una valutazione complessiva e integrata dei cinque indicatori, tenendo conto della maturità del processo, della capacità diagnostica dimostrata, della capacità di attivare azioni correttive, del livello di implementazione delle azioni previste e della presenza di evidenze oggettive di miglioramento. Particolare rilevanza è stata attribuita agli indicatori relativi all'implementazione delle azioni correttive e alle evidenze di miglioramento osservabili.

L'elaborazione delle raccomandazioni tiene conto di quali e quanti obiettivi fissati per l'anno precedente sono stati raggiunti.

Risultati

Matrice Analitica Integrata del Ciclo PDCA e Valutazione dell'Efficacia del Sistema di Assicurazione della Qualità

Legenda Raggiungimento degli obiettivi fissati per l'anno precedente:

✓ = obiettivo raggiunto;

◐ = obiettivo in corso di completamento;

✗ = obiettivo non raggiunto.

Legenda Indicatori:

A = Adeguato;

PA = Parzialmente adeguato;

NA = Non adeguato.

Area 1. AQ Ateneo e Sistema di Governo

L'area comprende i processi relativi alla governance del Sistema AQ, ai rapporti con gli Organi di Governo e il Nucleo di Valutazione, al riesame del Sistema di Governo, alla pianificazione strategica dipartimentale e al consolidamento dell'architettura organizzativa del SAQ.

Processo: Governo AQ Ateneo					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
Apparato documentale che definisce il SAQ Unifg • Revisione del Sistema AQ di Ateneo e del documento "Organizzazione e responsabilità per l'AQ". • Estensione del perimetro del SAQ a Dottorati, Master e Scuole di Specializzazione. • Regolamento PQA • Documento flussi • Ruolo degli studenti	• Approvazione della revisione SAQ da parte del PQA (22.09.2025), del SA (12.11.2025) e del CdA (26.11.2025).	• Analisi delle osservazioni del NdV sull'Ambito A.2 e verifica della coerenza tra assetto organizzativo, ruoli e responsabilità AQ. • Monitoraggio dello stato di aggiornamento delle Linee Guida e dei documenti SAQ nella Relazione PQA annuale. • Riesame SAQ 2025	• Formalizzazione del nuovo assetto SAQ e avvio monitoraggio e riesame interno del SAQ. • Verifica delle azioni raccomandante nel ciclo di monitoraggio precedente	• Sistema AQ aggiornato e allineato al modello AVA3; maggiore integrazione tra responsabilità, processi e flussi decisionali. • Perimetro SAQ ampliato; persistono alcuni documenti da finalizzare o aggiornare.	✓ Revisione Sistema AQ e documento "Organizzazione e responsabilità per l'AQ". ◐ Revisione Regolamento PQA, documento flussi da completare.
• Rafforzamento del raccordo stabile tra PQA, Organi di Governo e NdV.	• Partecipazione strutturata del Presidente PQA alle sedute di SA e CdA su temi AQ e condivisione sistematica di verbali e monitoraggi con il NdV e con i principali attori di AQ.	• Verifica della tracciabilità delle attività PQA e della presa in carico delle raccomandazioni NdV nella Relazione PQA annuale.	• Consolidamento del flusso di comunicazione PQA-OOGG-NdV	• Rafforzamento di interfaccia tra governance e AQ; • Maggiore capacità di trasformare le indicazioni valutative in atti di indirizzo.	✓ Raccordo PQA-OOGG-NdV consolidato.
Documenti di riferimento • Relazione annuale PQA 2025 sullo stato del SAQ • Revisione del Sistema AQ e del documento "Organizzazione e responsabilità per l'AQ": PQA 22.09.2025; SA 12.11.2025; CdA 26.11.2025. • Partecipazione stabile del Presidente PQA agli OOGG: Delibera CdA 29.04.2025 n. 160/2025, prot. n. 29193-II/7; Delibera SA 08.04.2025 n. 121/2025, prot. n. 25222-II/6 del 29.04.2025. • Relazione annuale PQA 2024: approvazione PQA 30.06.2025; SA 09.07.2025; CdA 30.07.2025. • Relazione annuale NVA 2025, approvata dal Nucleo di Valutazione il 28.10.2025.					
Indicatori • Documenti: PA; • Tempestività: A; • Monitoraggi: A; • Azioni correttive: A; • Miglioramenti osservabili: A. Valutazione complessiva: Adeguato					
Raccomandazioni • Completare la revisione del Regolamento sul funzionamento del PQA e del documento sui flussi informativi del SAQ. • Proseguire il monitoraggio dell'effettiva applicazione del nuovo assetto SAQ nei diversi ambiti.					

Processo: Sistema di Governo					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Elaborazione della Linea Guida per il Riesame del Sistema di Governo.	• Approvazione LG da PQA (17.03.2025), SA (08.04.2025) e CdA (29.04.2025). • Costituzione del Gruppo di Riesame del Sistema di Governo e del Gruppo di Lavoro Tecnico-Amministrativo. • Avvio formale del primo Riesame del Sistema di Governo e costituzione degli organismi di supporto.			• Formalizzazione del riesame	✓ LG Riesame Sistema di Governo approvata. ◐ Primo Riesame del Sistema di Governo in corso.
• Elaborazione della LG per la pianificazione e il monitoraggio dei Piani Strategici di Dipartimento.	• Recepimento del rilievo NdV sull'esigenza di un modello uniforme per la documentazione strategica dei Dipartimenti. • Predisposizione della LG e approvazione PQA 30.03.2026, SA 15.04.2026, CdA 29.04.2026.			• Adozione di un modello comune per la pianificazione strategica dipartimentale e raccordo con PSA e riesame.	✓ LG Piani Strategici di Dipartimento approvata.

Documenti di riferimento

• LG per il Riesame del Sistema di Governo: Verbale PQA 17.03.2025; Delibera SA 08.04.2025; Delibera CdA 29.04.2025.
• Costituzione GdR e GdLTA: Delibera SA 12.11.2025; Delibera CdA 26.11.2025; DDG n. 36/2026, prot. n. 10326-I/11 del 17.02.2026.
• LG per la pianificazione e il monitoraggio della programmazione dipartimentale: PQA 30.03.2026; SA 15.04.2026; CdA 29.04.2026.
• Relazione annuale NVA 2025, Ambiti A.4 ed E, approvata il 28.10.2025.
• Relazione annuale PQA 2025, parr. 8.1, 8.2 e Tabella 4.

Indicatori

- • Documenti: A;
- • Tempestività: A;
- • Monitoraggi: NA;
- • Azioni correttive: PA;
- • Miglioramenti osservabili: PA.

Valutazione complessiva: Parzialmente Adeguato

Raccomandazioni

- Completare il primo ciclo di riesame del Sistema di Governo e formalizzare le azioni conseguenti.
- Monitorare nel ciclo successivo l'effettiva applicazione della LG sui Piani Strategici di Dipartimento.
- Integrare stabilmente gli esiti del monitoraggio del PSA nel riesame del Sistema di Governo.

Processo: Accreditamento					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Pianificazione delle attività preparatorie alla visita di accreditamento periodico del dicembre 2025.	• Definizione nel mese di luglio 2025 del cronoprogramma delle attività fino all'arrivo della CEV.	• Monitoraggio costante dello stato di avanzamento dei materiali richiesti da ANVUR.	• Riorientamento delle attività di supporto in funzione delle scadenze e dei CdS/CdDR/Dipartimenti selezionati.	• Schede di autovalutazione caricate entro la scadenza ANVUR del 06.10.2025.	✓ Cronoprogramma e monitoraggio preparatorio attivati.
• Supporto alla compilazione e revisione delle Schede di Autovalutazione. • Organizzazione degli audit e delle audizioni simulate per Sede, CdS, CdDR e Dipartimenti.	• Audit, revisione delle schede e coinvolgimento di esperti interni ed esterni; incontro con prof. Fabio Fatiguso del 29.07.2025. • Realizzazione degli audit e delle audizioni simulate per Sede, CdS, CdDR e Dipartimenti.	• Verifica della completezza delle schede e dell'allineamento tra evidenze documentali e requisiti AVA3. • Verifica degli esiti degli audit e delle criticità emerse nelle attività di assessment da correggere prima della visita di accreditamento.	• Feedback di miglioramento su schede, siti web istituzionali e documentazione a supporto. • • Rafforzamento del supporto formativo e documentale in vista della visita CEV.	• Miglioramento della preparazione documentale e maggiore consapevolezza degli attori coinvolti. • Processo preparatorio strutturato e coerente con le richieste ANVUR.	✓ Schede di Autovalutazione revisionate e caricate. ✓ Audit e attività formative AVA3 realizzati.

Documenti di riferimento

• Relazione annuale PQA 2025, par. 3.3 e Tabella 5 "Calendario visita di accreditamento periodico - dicembre 2025".
• Schede di Autovalutazione: caricamento su piattaforma ANVUR entro il 06.10.2025.
• Attività di formazione e assessment AVA3: incontro con prof. Fabio Fatiguso del 29.07.2025; feedback su Ambiti C, D, E programmati tra fine agosto e inizio settembre 2025.
• Calendario visita CEV: audizioni da remoto 02-05.12.2025; visita in loco 16-19.12.2025.
• Relazione annuale NVA 2025, approvata il 28.10.2025.

Indicatori

- Documenti: A;
- Tempestività: A;
- Monitoraggi: A;
- Azioni correttive: A;
- Miglioramenti osservabili: PA.

Valutazione complessiva: Adeguato

Raccomandazioni

- Mantenere la tracciabilità degli esiti degli audit e dei feedback ricevuti.
- Collegare le criticità emerse in sede di preparazione CEV ai piani di miglioramento dei CdS, dei CdDR e dei Dipartimenti.
- Valutare gli esiti sostanziali del percorso a valle della visita di accreditamento.

Area 2. AQ Didattica e Servizi agli Studenti

L'area comprende i processi di progettazione, gestione, monitoraggio e riesame dei Corsi di Studio, la rilevazione delle opinioni degli studenti (didattica, servizi agli studenti, Good Practice, Reclami) e il monitoraggio delle relazioni CPDS.

Processo: Progettazione gestione, monitoraggio e riesame dei Corsi di Studio					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Aggiornamento delle LG per SUA-CdS e progettazione/revisione dei CdS.	• Aggiornamento approvato dal PQA il 23.02.2026 a seguito della modifica della struttura SUA-CdS e delle Linee Guida ANVUR CD n. 297 del 03.12.2025. • Corso "Nuova SUA-CdS 2026" realizzato il 26.03.2026.	• Verifica della completezza e della qualità delle SUA-CdS (monitoraggio a campione) • Invio di feedback analitici ai Coordinatori e aggiornamento delle azioni di	• Revisioni delle SUA-CdS • Attività di revisione mirata ai CdS con maggiore fabbisogno di supporto. • Riorganizzazione degli scadenzari e supporto ai Coordinatori mediante formazione dedicata.	• LG e format aggiornati	✓ LG SUA-CdS e progettazione CdS aggiornate. ✓ Audit e revisione CdS critici realizzati.
• Monitoraggio di SMA, RRC e indicatori ANVUR dei CdS.	• Revisione SMA (a campione) • Revisione RRC e utilizzo di indicatori ANVUR	• Analisi dei documenti di riesame e individuazione di scostamenti mediante indicatori soglia e trend (con attenzione ai CdS critici segnalati dal NdV)	• Progettazione di nota metodologica per il monitoraggio dei CdS e avvio di un sistema di early warning.		✓ Monitoraggio SMA/RRC e indicatori CdS attivato.

Documenti di riferimento
• Relazione annuale PQA 2025, parr. 4.1, 4.2, 4.3, 4.5 e Tabella 4.
• LG per la proposta di nuovi CdS e revisione dei CdS esistenti: approvazione PQA 23.02.2026.
• LG per la compilazione della SUA-CdS: approvazione PQA 23.02.2026.
• LG per la stesura del Rapporto di Riesame Ciclico: PQA 14.04.2025; SA 20.05.2025; CdA 28.05.2025.
• Corso "Nuova SUA-CdS 2026: struttura, tempistiche e indicazioni Linea Guida PQA", 26.03.2026.
• Nota metodologica e flussi informativi: Verbali PQA 22.01.2026 e 30.03.2026.

Indicatori
- Documenti: PA;
- Tempestività: PA;
- Monitoraggi: A;
- Azioni correttive: A;
- Miglioramenti osservabili: PA.

Valutazione complessiva: Parzialmente Adeguato

Raccomandazioni
- Fornire raccomandazioni sistematiche per i CdS a valle delle revisioni delle SUA e monitorare l'efficacia dei feedback inviati ai Coordinatori e la presa in carico da parte dei CdS
- Rendere stabile il monitoraggio degli indicatori a livello di Ateneo
- Monitorare l'attuazione di azioni correttive proposte nel processo di revisione annuale e periodico (SMA)

Processo: Partecipazione studentesca e servizi					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Pianificazione annuale della rilevazione OPIS e della Settimana dello Studente. • LG settimana dello studente	• Rilevazione OPIS a.a. 2024/2025 conclusa il 07.07.2025; risultati discussi nel PQA del 22.09.2025 e pubblicati sul sito di Ateneo.	• Analisi dei tassi di copertura e dei risultati per Ateneo, Dipartimenti e CdS; attenzione alla non obbligatorietà della compilazione.	• Rafforzamento delle azioni di sensibilizzazione e restituzione agli studenti degli esiti delle rilevazioni. • Riflessione di sistema sull'obbligatorietà della compilazione dei questionari. • Verifica delle azioni raccomandante nel ciclo di monitoraggio precedente	• Copertura OPIS in aumento dal 19,8% al 28,8%; questionari da 27.600 a 44.070.	✓ Rilevazione OPIS e monitoraggio tassi di compilazione realizzati.
• Monitoraggio di qualità dei servizi, Good Practice, reclami e segnalazioni.	• Partecipazione al progetto Good Practice e analisi dei reclami tramite procedura informatizzata Helpdesk.	• Analisi della partecipazione Good Practice e delle criticità sui servizi; confronto con Consiglio degli Studenti e Dipartimenti.	• Anticipazione della rilevazione Good Practice e monitoraggio puntuale dell'adesione degli stakeholder.	• Partecipazione Good Practice migliorata: studenti I anno da 115 a 190; anni successivi da 261 a 460.	✓ Good Practice, servizi e reclami monitorati.

Documenti di riferimento

• Relazione OPIS 2024/2025 del PQA, versione 24.05.2026; Relazione PQA 2025, cap. 6.
• Relazione sul processo di rilevazione delle opinioni degli studenti e dei laureati a.a. 2024/2025: SA 15.04.2026; CdA 27.05.2026.
• Monitoraggio Relazioni annuali CPDS 2025: Verbale PQA 18.05.2026; Delibera SA 10.06.2026.
• Good Practice: Delibera CdA n. 20/2025, prot. n. 4772-II/7 del 30.01.2025; Delibera CdA n. 139/2025, prot. n. 24691-II/7 del 24.04.2025.
• Linee Guida per ricezione e gestione segnalazioni e reclami: approvazione SA e CdA del 30.10.2023.

Indicatori

• Documenti: PA;
• Tempestività: A;
• Monitoraggi: A;
• Azioni correttive: A;
• Miglioramenti osservabili: A.
Valutazione complessiva: Adeguato

Raccomandazioni

- Aggiornare il format e le LG settimana dello studente
- Rafforzare la restituzione agli studenti degli esiti OPIS, CPDS, servizi e Good Practice.
- Concludere il processo sulla riflessione di sistema sull'obbligatorietà della compilazione dei questionari.
- Continuare il monitoraggio dei CdS e Dipartimenti con tassi OPIS sotto media.

Processo: Monitoraggio delle relazioni CPDS					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Pianificazione annuale Monitoraggio delle Relazioni CPDS e della presa in carico delle criticità.	• Verifica dell'avvenuta discussione della relazione in tutti i Dipartimenti. • Monitoraggio CPDS 2025 discusso dal PQA e trasmesso agli Organi.	• Analisi delle criticità trasversali: spazi, syllabus, tirocini, internazionalizzazione, servizi e partecipazione studentesca.	• Richiesta ai Dipartimenti di rendicontare le azioni intraprese. • Verifica delle azioni raccomandante nel ciclo di monitoraggio precedente • Avvio della revisione di format e LG CPDS	• Presa in carico delle criticità documentato in tutti i Dipartimenti.	✓ Monitoraggio CPDS 2025 completato.
Documenti di riferimento • da aggiungere					
Indicatori • Documenti: PA; • Tempestività: A; • Monitoraggi: A; • Azioni correttive: PA; • Miglioramenti osservabili: PA. Valutazione complessiva: Adeguato					
Raccomandazioni Aggiornare il format e le LG per la relazione CPDS Migliorare il monitoraggio delle azioni intraprese a livello centrale e periferico					

Area 3. AQ Ricerca

L'area comprende i processi di assicurazione della qualità della Ricerca, con riferimento alla SUA-RD, agli indicatori di performance, ai monitoraggi dipartimentali e al supporto ai Dipartimenti nel riesame delle attività di ricerca.

Processo: AQ Ricerca					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Aggiornamento della LG per l'Assicurazione della Qualità della Ricerca.	• Applicazione delle LG e esecuzione di monitoraggio dipartimentale e di Ateneo.	• Analisi KPI, benchmark nazionali/macroregionali e coerenza con obiettivi dipartimentali e PSA. • Individuazione di punti di forza, aree di miglioramento e fabbisogni di uniformazione.	• Presa in carico e discussione degli esiti in SA e CdA.	• LG AQ Ricerca aggiornata. • Elaborazione della Relazione di monitoraggio Ricerca 2025 e discussione in PQA il 20.10.2025. Trasmissione e discussione degli esiti negli Organi di Governo.	✓ LG AQ Ricerca aggiornata. ✓ Monitoraggio Ricerca completato. ◐ Verifica degli effetti sui risultati rinviata al ciclo successivo.
Documenti di riferimento • Relazione annuale PQA 2025, cap. 5, Tabella 3 e Tabella 4. • Relazione del Presidio sul monitoraggio e valutazione delle attività di Ricerca dell'Ateneo e dei Dipartimenti - 2025: Verbale PQA 20.10.2025; SA 12.11.2025; CdA 26.11.2025. • LG per l'Assicurazione della Qualità della Ricerca: approvazione PQA 23.02.2026. • LG per la pianificazione e il monitoraggio della programmazione dipartimentale: PQA 30.03.2026; SA 15.04.2026; CdA 29.04.2026. • Relazione annuale NVA 2025, Ambito C, PdA C1, approvata il 28.10.2025.					
Indicatori • Documenti: A; • Tempestività: A; • Monitoraggi: A; • Azioni correttive: A; • Miglioramenti osservabili: PA. Valutazione complessiva: Adeguato					
Raccomandazioni • Consolidare l'uso sistematico degli strumenti di monitoraggio nei riesami dipartimentali. • Verificare nel successivo ciclo l'efficacia delle azioni di miglioramento sui risultati della ricerca.					

Area 4. AQ Terza Missione e Impatto Sociale

L'area comprende il monitoraggio delle attività di Terza Missione e Impatto Sociale, incluse le attività di public engagement, trasferimento tecnologico, brevetti, spin-off e il raccordo con la pianificazione strategica.

Processo: AQ Terza Missione e Impatto Sociale					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Pianificazione del Monitoraggio delle attività di Terza Missione e Impatto Sociale, secondo LG	• Monitoraggio dipartimentale • Elaborazione della Relazione di monitoraggio TM/IS 2025 e discussione in PQA il 20.10.2025.	• Analisi di public engagement, trasferimento tecnologico, brevetti, spin-off e obiettivi strategici. • • Rilevazione di disomogeneità nei modelli di documentazione e pianificazione dipartimentale.	• Verifica delle azioni raccomandante nel ciclo di monitoraggio precedente • Presa in carico e discussione degli esiti in SA e CdA.	• Monitoraggio sistematico completato; dati disponibili per programmazione.	✓ Monitoraggio TM/IS completato. ◐ Uniformazione in consolidamento. ◐ Aggiornamento LG TM da completare.
Documenti di riferimento • Relazione annuale PQA 2025, cap. 5, Tabella 3 e Tabella 4. • Relazione del Presidio sul monitoraggio e valutazione delle attività di Terza Missione dell'Ateneo e dei Dipartimenti - 2025: Verbale PQA 20.10.2025; SA 12.11.2025; CdA 26.11.2025. • Linee Guida Terza Missione, ultimo aggiornamento 2022, indicate come da aggiornare nella Tabella 11 della Relazione PQA 2025. • LG per la pianificazione e il monitoraggio della programmazione dipartimentale: PQA 30.03.2026; SA 15.04.2026; CdA 29.04.2026. • Relazione annuale NVA 2025, Ambito E, approvata il 28.10.2025.					
Indicatori • Documenti: PA; • Tempestività: A; • Monitoraggi: A; • Azioni correttive: PA; • Miglioramenti osservabili: PA. Valutazione complessiva: Parzialmente Adeguato					
Raccomandazioni • Aggiornare la LG Terza Missione e Impatto Sociale. • Migliorare la verifica nel ciclo successivo l'efficacia delle azioni di miglioramento sui risultati di impatto.					

Area 5. AQ Dottorati di Ricerca

L'area comprende i processi di assicurazione della qualità dei Corsi di Dottorato di Ricerca, inclusi progettazione, gestione, monitoraggio, rilevazione delle opinioni, riesame e verifica dell'applicazione delle Linee Guida.

Processo: Progettazione e gestione dei Corsi					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Elaborazione della nuova LG per l'Assicurazione della Qualità dei Corsi di Dottorato di Ricerca.	• Applicazione di LG	• Riesame dei dottorati con analisi delle criticità per singolo CdDR • Somministrazione della checklist di applicazione delle LG.	• Individuazione di azioni per attrattività, internazionalizzazione, borse esterne, produttività e uso budget. • Programmazione di incontri con Coordinatori e rappresentanti dei dottorandi per la restituzione degli esiti.	• Sistema AQ Dottorati formalizzato e integrato nel SAQ di Ateneo.	✓ LG AQ Dottorati approvata e in uso.
Documenti di riferimento • LG per l'Assicurazione della Qualità dei Corsi di Dottorato di Ricerca: PQA 30.06.2025; SA 09.07.2025; CdA 30.07.2025. • Primo Rapporto di Riesame di Ateneo sull'attività di monitoraggio dei Corsi di Dottorato di Ricerca: approvazione PQA 30.03.2026; SA 15.04.2026; CdA 29.04.2026. • Verbali PQA del 30.06.2025, 30.03.2026 e 18.05.2026. • Relazione annuale PQA 2025, cap. 6.7, 6.8, 8.3 e Tabella 4. • Relazione annuale NVA 2025, D.PHD e rilevazione opinioni dottorandi/dottori, approvata il 28.10.2025.					
Indicatori • Documenti: A; • Tempestività: A; • Monitoraggi: A; • Azioni correttive: A; • Miglioramenti osservabili: PA. Valutazione complessiva: Adeguato					
Raccomandazioni • Riproporre annualmente il Riesame di Ateneo dei Corsi di Dottorato. • Monitorare l'attuazione delle azioni di miglioramento indicate dai GAQ.					

Processo: Partecipazione dei dottorandi					
PLAN	**DO**	**CHECK**	**ACT**	**Evidenze di efficacia**	**Raggiungimento Obiettivi 2025**
• Pianificazione della rilevazione delle opinioni dei dottorandi di I e II anno tramite ESSE3. • Utilizzo dei dati AlmaLaurea sui Dottori di Ricerca.	• Somministrazione informatizzata dal 10.07.2025 al 10.09.2025 e monitoraggio intermedio dei tassi di risposta il 28.08.2025. • Approvazione dei report AlmaLaurea nel PQA del 22.09.2025 e trasmissione ai Coordinatori.	• Analisi dei risultati e approvazione del documento finale sugli esiti della rilevazione nel PQA del 17.11.2025. • Individuazione di miglioramento su supporto, competenze trasversali e servizi. •	• Trasmissione delle schede disaggregate ai Coordinatori e integrazione degli esiti nel Riesame dei Dottorati.	• Tasso di risposta complessivo pari al 78%, utile a garantire solidità alle analisi. • Soddisfazione complessiva positiva; supervisione e attività di ricerca valutate favorevolmente.	✓ Rilevazione opinioni dottorandi completata. ✓ Analisi AlmaLaurea integrata nel monitoraggio.

Documenti di riferimento

- Questionari dottorandi I e II anno su ESSE3: somministrazione 10.07.2025-10.09.2025; monitoraggio intermedio 28.08.2025; Verbale PQA 17.11.2025.
- Report AlmaLaurea sui Dottori di Ricerca: approvazione PQA 22.09.2025;
- Primo Rapporto di Riesame di Ateneo sui Dottorati: PQA 30.03.2026; SA 15.04.2026; CdA 29.04.2026.
- LG AQ Dottorati: PQA 30.06.2025; SA 09.07.2025; CdA 30.07.2025.
- Relazione annuale NVA 2025, approvata il 28.10.2025.

Indicatori

- Documenti: A;
- Tempestività: A;
- Monitoraggi: A;
- Azioni correttive: A;
- Miglioramenti osservabili: A.

Valutazione complessiva: Adeguato

Raccomandazioni

- Valutare l'efficacia delle azioni di restituzione rivolte a Coordinatori, GAQ e dottorandi.

Area 6. Formazione, informazione e diffusione della cultura della qualità

L'area comprende le attività formative, informative e di sensibilizzazione rivolte a docenti, personale tecnico-amministrativo, studenti, Coordinatori di CdS, Coordinatori di Dottorato, CPDS, GAQ e altri attori coinvolti nei processi di AQ.

<table>
<tr><th colspan="6">Processo: Formazione, informazione e diffusione della cultura della qualità</th></tr>
<tr><th>PLAN</th><th>DO</th><th>CHECK</th><th>ACT</th><th>Evidenze di efficacia</th><th>Raggiungimento Obiettivi 2025</th></tr>
<tr>
<td>• Pianificazione approvata nella seduta SA 09.10.2024 e formalizzata con delibera SA n. 379/2024, prot. n. 63155-II/6 del 15.11.2024.</td>
<td>• Erogazione di attività su Ambiti AVA3, schede di autovalutazione, visita CEV, SUA-CdS, CPDS, GAQ e Dottorati.
• Produzione di video-pillole e iniziative DISTUM su CPDS, GAQ, PQA, NdV e ANVUR; attività per studenti e rappresentanti.</td>
<td>• Monitoraggio delle attività formative tramite scheda dedicata in relazione annuale.</td>
<td>• Verifica dei risultati raggiunti e aggiornamento della pianificazione sulla base dei fabbisogni emergenti e degli indicatori ANVUR.</td>
<td>• Piano formativo strutturato e collegato agli indicatori AVA3 B.1.1 e B.1.2.
• Nel periodo monitorato risultano 3743 ore di formazione e 650 partecipanti; Faculty Development: 10 corsi, 1544 ore, 70 docenti.</td>
<td>✓ Piano Formazione AQ attuato e monitorato.

✓ Formazione AVA3, CEV, SUA-CdS e Dottorati realizzata.
✓ Iniziative informative per studenti e rappresentanti realizzate.</td>
</tr>
<tr><td colspan="6">Documenti di riferimento
• Pianificazione della formazione nell'ambito dell'AQ - Triennio 2024-2026: seduta SA 09.10.2024; delibera SA n. 379/2024, prot. n. 63155-II/6 del 15.11.2024.
• Relazione annuale PQA 2025, cap. 7, Tabella 10 e par. 8.3.
• Relazione annuale PQA 2024, approvata PQA 30.06.2025; SA 09.07.2025; CdA 30.07.2025.
• Attività formative AVA3 e CEV 2025 (https://www.unifg.it/it/ateneo/identita-e-storia/assicurazione-della-qualita/promozione-della-qualita/formazione): corso "Nuova SUA-CdS 2026" del 26.03.2026; simulazione visita CEV del 27.11.2025; attività di assessment con esperti interni/esterni.
• Relazione annuale NVA 2025, Ambito C, PdA C1, approvata il 28.10.2025.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Indicatori
• Documenti: A;
• Tempestività: A;
• Monitoraggi: A;
• Azioni correttive: A;
• Miglioramenti osservabili: A.
Valutazione complessiva: Adeguato</td></tr>
<tr><td colspan="6">Raccomandazioni
• Stabilizzare il monitoraggio e verificare l'efficacia percepita delle attività formative.
• Prevedere formazione ricorrente per nuovi Coordinatori, componenti CPDS, GAQ e rappresentanti degli studenti.
• Collegare sistematicamente la programmazione formativa agli esiti dei monitoraggi di impatto della formazione sul miglioramento della qualità di processi e documenti e alle criticità ricorrenti.</td></tr>
</table>