

**Istruzione operativa per la  
verifica dell'efficacia delle  
Azioni Correttive e di  
*compliance* del Riesame**

**2022**



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DELLA  
TUSCIA**

## **INDICE**

1. Scopo
2. Riferimenti
3. Acronimi
4. Responsabilità e calendario
5. Indicazioni operative per la verifica dell'efficacia delle azioni correttive
6. Indicazioni operative per la verifica della *compliance* delle SMA
7. Indicazioni operative per la verifica della *compliance* dei RCR
8. Allegati

### **1. SCOPO**

Scopo dell'istruzione operativa è fornire indicazioni per la verifica dell'efficacia delle azioni correttive riportate nei Rapporti di riesame ciclico dei CdS, nonché della conformità (*compliance*) dei commenti alle schede di monitoraggio annuale e dei rapporti di riesame ciclico alle istruzioni operative e al format.

Il principale obiettivo della verifica dell'efficacia è evidenziare ai Direttori di Dipartimento e ai Responsabili dei CdS gli eventuali casi in cui le azioni correttive non risultano efficaci, oppure non risultano essere implementate, e allo stesso tempo tale monitoraggio consente di enucleare le *best practice* dei CdS da condividere in Ateneo.

Il principale obiettivo della verifica di *compliance* dei documenti è evidenziare al gruppo di riesame le eventuali difformità rispetto a quanto prescritto nelle procedure e istruzioni operative in modo da poter intervenire prima della stesura definitiva del rapporto.

### **2. RIFERIMENTI**

- D.M. 14 ottobre 2021, n. 1154
- Linee Guida ANVUR per l'Accreditamento periodico delle Sedi e dei Corsi di Studio universitari - Versione del 10/08/2017
- P03\_Procedura di gestione degli *audit* interni
- P02\_IO02\_Istruzione operativa per la redazione del Rapporto di Riesame ciclico
- P02\_IO05\_Istruzione operativa per la redazione della Scheda di Monitoraggio annuale

### 3. ACRONIMI

- AP: Accredimento Periodico
- AVA: Accredimento Valutazione Autovalutazione
- AQ: Assicurazione Qualità
- PQA: Presidio di Qualità di Ateneo
- SMA: Scheda di monitoraggio annuale
- RCR: Rapporto di Riesame ciclico
- CdS: Corso di Studio
- CPDS: Commissioni Paritetiche Docenti-Studenti
- AC: azione correttiva
- NdV: Nucleo di Valutazione

### 4. RESPONSABILITÀ E CALENDARIO

La responsabilità in merito all'attuazione e quindi dell'efficacia delle AC proposte nei Rapporti di Riesame ciclico è in capo al Responsabile del CdS. Per quanto concerne la redazione delle SMA e dei RCR, la responsabilità è del Gruppo di riesame del CdS.

La struttura decentrata di AQ del Dipartimento ha il compito di verificare l'efficacia delle AC e la *compliance* delle SMA e dei RCR seguendo le indicazioni riportate nei successivi paragrafi.

Attività	Responsabile
Stesura bozza SMA e RCR	Presidente CdS
Controllo <i>compliance</i> SMA e RCR e invio di eventuali rilievi al Gruppo di riesame	Presidio di Qualità e strutture AQ dei Dipartimenti
Adeguamento SMA e RCR	Presidente CdS
Approvazione SMA/RCR definitivo	Consiglio di Dipartimento su proposta del Consiglio del CdS
Caricamento nella banca dati	Presidente CdS
Verifica dell'efficacia delle Azioni Correttive (AC)	Presidio di Qualità e strutture AQ dei Dipartimenti

Per il calendario delle attività si può far riferimento allo Scadenziario AVA presente nella Sezione "Procedure e istruzioni operative - Sistema Assicurazione Qualità Ateneo" del sito di Unitus.

## **5. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VERIFICA DELL'EFFICACIA DELLE AZIONI CORRETTIVE**

Prendendo in esame l'ultimo RCR del CdS, compilare la griglia allegata all'istruzione operativa (P03\_IO01\_M01).

In particolare:

1. indicare gli obiettivi e le relative azioni correttive (NB: per ogni obiettivo possono essere state indicate più AC).
2. Riportare le specifiche relative alle modalità, risorse e responsabilità per lo svolgimento dell'AC.
3. Indicare se al momento della verifica, l'AC risulti:
  - non avviata (abbandonata);
  - ancora da avviare;
  - avviata e ancora in corso;
  - avviata e conclusa.
4. Nella colonna "Indicatore" segnalare l'indicatore utilizzato per la misurazione dell'efficacia, quantitativo oppure qualitativo (SI/NO).
5. Il valore di partenza dell'indicatore consiste nel dato riportato nel RCR e che, rappresentando una criticità, ha richiesto uno o più interventi correttivi.
6. Il valore programmato (target) è il risultato che l'indicatore deve raggiungere attraverso la messa in atto dell'AC.
7. Riportare il valore assunto dall'indicatore al momento della verifica dell'efficacia e in base al risultato esprimere un parere sull'efficacia dell'AC, segnalando gli eventuali casi critici o le *best practice*.
8. In aggiunta, è opportuno anche esaminare se gli obiettivi e le AC derivino da quanto emerso dalla Relazione delle CPDS. Questa verifica è utile per accertarsi che il Gruppo di Riesame abbia preso in considerazione le criticità evidenziate dalla CPDS.

## **6. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VERIFICA DELLA COMPLIANCE DELLE SMA**

Prendendo in esame la bozza di SMA inviata, compilare la griglia allegata all'istruzione operativa (P03\_IO01\_M02) verificando che per ciascun indicatore commentato siano individuate e analizzate le criticità e che siano riportate le azioni che si intendono implementare per il suo miglioramento.

## **7. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VERIFICA DELLA COMPLIANCE DEI RCR**

Prendendo in esame il RCR, compilare la griglia allegata all'istruzione operativa (P03\_IO01\_M03). In particolare, per ogni sezione del RCR verificare che siano stati esaminati i punti riportati nella griglia.

Verificare, altresì:

1. che siano stati analizzati gli interventi correttivi segnalati nel riesame precedente e che, nel caso in cui gli interventi non siano stati realizzati/completati o si siano rivelati inefficaci, le nuove azioni proposte siano state rimodulate;

2. che siano stati riportati i maggiori problemi, le sfide, i punti di forza e le aree da migliorare sulla base dell'analisi dei dati con riferimento ai "Punti di riflessione raccomandati" dall'ANVUR (per le prime quattro sezioni) e agli indicatori delle SMA (per la quinta sezione), nonché sulla base di osservazioni/segnalazioni;
3. che si sia tenuto conto della Relazione della CPDS e del NdV;
4. che siano individuate le cause dei problemi individuati;
5. che per ogni area da migliorare identificata nell'analisi, sia stata proposta almeno una azione correttiva/di miglioramento o motivato perché non se ne propongono;
6. che le soluzioni adottate siano adeguate ai problemi;
7. che per ogni intervento correttivo siano indicate le modalità, le risorse, le scadenze e le responsabilità;
8. che gli indicatori siano funzionali alla descrizione del processo in analisi anche in termini di risposta;
9. che sia stato indicato un target (valore programmato);
10. che venga rispettato il format (P02\_IO 02\_M2).

## **8. ALLEGATI**

- Griglia per la verifica dell'efficacia delle AC (P03\_IO 01\_M01)
- Griglia per la verifica della *compliance* dei RAR (P03\_IO 01\_M02)
- Griglia per la verifica della *compliance* dei RCR (P03\_IO 01\_M03)