Relazione sul processo di aggiornamento dei piani triennali di dipartimento (PTD 2024-2026) - anno 2026

Procedura

Il Riesame annuale del Sistema di assicurazione della qualità – 2022 (Senato accademico 14 marzo 2023 e Consiglio di amministrazione 24 marzo 2023) ha individuato tra gli obiettivi la formalizzazione completa della programmazione triennale dei dipartimenti, la semplificazione delle procedure di AQ dei dipartimenti e la redazione di un'unica scheda di riesame dipartimentale.
Al fine di perseguire tali obiettivi, il PQA ha redatto, nella seduta del 4 luglio 2023, e aggiornato (sedute 24 gennaio, 7 maggio e 8 ottobre 2024, 8 luglio e 6 ottobre 2025, 7 luglio 2026) apposite Linee guida per la redazione e il monitoraggio/aggiornamento del piano triennale di dipartimento (PTD) e i corrispondenti modelli, elaborando una struttura di piano triennale di dipartimento (PTD) che tiene conto dei quattro punti di attenzione e degli indicatori previsti per i dipartimenti dal modello AVA3.
Entro novembre 2024 ciascun dipartimento ha approvato il proprio piano triennale e i PTD sono stati allegati all'aggiornamento della "programmazione strategica triennale 2024-2026", del quale costituiscono parte integrante e sostanziale (Senato accademico 10 dicembre 2024 e Consiglio di amministrazione 20 dicembre 2024).
Il documento "Il Sistema di Assicurazione della qualità dell'Università di Siena" adottato a novembre 2025 (Senato accademico 11 novembre 2025 e Consiglio di amministrazione 21 novembre 2025), integrato e aggiornato a luglio 2026 (Senato accademico 14 luglio 2026 e Consiglio di amministrazione 24 luglio 2026), ha inquadrato i diversi documenti di assicurazione della qualità in quattro ambiti: Sede, Didattica, Dipartimento e Dottorato, e nelle quattro fasi della logica PDCA (plan, do, check, act).
La procedura per la redazione dell'aggiornamento del PTD è articolata nelle fasi descritte nello scadenzario AQ dipartimento.

Esito

Entro la scadenza prevista, 31 ottobre 2026, i dipartimenti hanno adottato e trasmesso alla Segreteria del Rettore e all'Ufficio AQ, tramite il sistema di gestione documentale di Ateneo (*Titulus*), l'aggiornamento dei loro PTD, fatta eccezione per DGIUR, DISPOC, DISAG e DSFTA; DGIUR ha approvato con disposizione del Direttore, trasmessa entro il termine previsto; DISPOC ha approvato entro il termine previsto e trasmesso il 3 novembre 2026; DISAG ha approvato nella seduta del Consiglio di dipartimento dell'11 novembre 2026 e trasmesso il 12 novembre 2026; DSFTA ha trasmesso una bozza semi-definitiva e ne ha prevista l'approvazione nella seduta del Consiglio di dipartimento del 16 novembre 2026, come riportato di seguito:

DPT	Approvazione
DBCF	Delibera n. 127/2026 del 29/10/2026 (prot n. 192748 del 30/10/2026)
DBM	Delibera n. 121/2026 del 22/10/2026 (prot n. 190622 del 27/10/2026)
DEPS	Delibera n. 108/2026 del 20/10/2026 (prot. n. 188898 del 22/10/2026)

DFCLAM	Delibera n. 136/2026 del 21/10/2026 (prot n. 189457 del 23/10/2026)
DGIUR	Disposizione Direttore n. 26/2026 (prot n. 192145 del 29/10/2026)
DIISM	Delibera n. 189/2026 del 23/10/2026 (prot n. 189700 del 23/10/2026)
DISAG	Delibera n. 144/2026 dell'11/11/2026 (prot n. 200008 del 12/11/2026)
DISPI	Delibera n. 133/2026 del 29/10/2026 (prot n. 192710 del 30/10/2026)
DISPOC	Delibera n. 290/2026 del 21/10/2026 (prot n. 194523 del 03/11/2026)
DMMS	Delibera n. 108/2026 del 27/10/2026 (prot n. 192124 del 29/10/2026)
DSFTA	*prevista approvazione seduta del CdD del 18/11/2026*
DSMCN	Delibera n. 204/2026 del 28/10/2026 (prot n. 191705 del 28/10/2026)
DSSBC	Delibera n. 238/2026 del 28/10/2026 (prot n. 192428 del 29/10/2026)
DSV	Delibera n. 117/2026 del 27/10/2026 (prot n. 192557 del 29/10/2026)

Analisi

Il gruppo di lavoro del PQA per i dipartimenti ha analizzato gli aggiornamenti dei PTD, la cui analisi di dettaglio è presentata nella tabella allegata.

Complessivamente, il PQA evidenzia un buon livello di redazione degli aggiornamenti del PTD. Diversi aggiornamenti del PTD, in presenza di scostamenti tra i risultati conseguiti e i rispettivi target, contengono commenti approfonditi volti a illustrare le motivazioni delle criticità e le azioni correttive da attivare.

Per quanto riguarda l'uso degli indicatori, in alcuni aggiornamenti del PTD, sono stati presi in considerazione i valori inseriti come iniziali del PTD, e non quelli relativi al 2025. Data la natura annuale dell'aggiornamento del PTD, il valore iniziale da considerare è sempre quello raggiunto nell'anno precedente.

Per quanto riguarda le azioni di miglioramento proposte a seguito della relazione della CPDS, nella gran parte dei dipartimenti le CPDS hanno anticipato le risultanze della loro relazione e consentito una piena integrazione delle azioni di miglioramento all'interno dell'aggiornamento del PTD. Ai dipartimenti dell'area medica non è stata anticipata la relazione della CPDS in tempo utile per la redazione del nuovo piano delle azioni di miglioramento a livello di dipartimento. Il DSMCN ha comunque redatto il piano delle azioni di miglioramento, ripromettendosi di aggiornarlo con i suggerimenti della CPDS.

Per quanto riguarda il monitoraggio delle attività di terza missione, si evidenzia una generale tendenza a utilizzare unicamente i relativi indicatori ANVUR.

Apprezzabile la copertura dei monitoraggi dei centri di ricerca interuniversitari e interdipartimentali e dei laboratori congiunti con soggetti esterni, che sono stati integrati da quest'anno nell'aggiornamento del PTD. Tale passaggio ha consentito una maggiore copertura di centri e laboratori congiunti monitorati, nonché una maggior presa di coscienza del loro ruolo all'interno dei dipartimenti di afferenza.

Durante l'analisi è anche emersa la necessità di migliorare il supporto ai dipartimenti già nella fase di prima redazione del PTD, in modo da garantire la selezione di obiettivi chiari e misurabili.

Suggerimenti e raccomandazioni

Il PQA raccomanda che i dipartimenti coinvolgano nell'aggiornamento del PTD tutto il loro

personale.
Il PQA raccomanda altresì che i dipartimenti dedichino una seduta monotematica, alla fine di ottobre, dei loro consigli per la presentazione, la discussione e l'approvazione dell'aggiornamento annuale del PTD.
Il PQA raccomanda, infine, che i dipartimenti continuino ad attuare un monitoraggio regolare e sistematico dei loro indicatori e a dedicare particolare attenzione alla scadenza annuale, in modo da garantire un processo di autovalutazione finalizzato al miglioramento continuo.
Il PQA si propone di aggiornare le Linee guida per la redazione del PTD, dando indicazioni più puntuali ed esempi di buone prassi.
Il PQA, inoltre, considerata la concomitanza delle scadenze di diverse procedure al 31 ottobre, che, in alcuni casi, non ha consentito una visione di tutti i documenti in tempo utile per la redazione consequenziale dei documenti stessi, si propone di rivedere le scadenze dei vari processi.

Siena, 12 novembre 2026

Allegato:
- Scheda di sintesi dei riscontri ai dipartimenti

DPT	Riscontro PQA
DBCF	Il dipartimento ha analizzato in modo chiaro ed esaustivo i dati comparandoli con gli obiettivi prefissati e ha proposto commenti e azioni di miglioramento ragionevoli anche se l'efficacia come nel caso dei CFU maturati all'estero dagli studenti potrà essere valutata in modo concreto solo nei prossimi anni. Sicuramente emerge una solida cultura della qualità e una spiccata propensione per la ricerca. I punti di debolezza sono ben chiari e sono oggetto di monitoraggio costante con il coinvolgimento sempre più stretto degli studenti.
DBM	Il rapporto mette in chiaro una serie di criticità, come per esempio la non totale compilazione dei syllabi o la presenza di idonei spazi per gli studenti, senza però individuare percorsi e azioni di miglioramento concreti. Si segnalano due punti su cui forse merita aprire un confronto con il dipartimento: il primo riguarda la segnalazione di tempistiche che non consentirebbero di analizzare i dati e produrre adeguata documentazione, il secondo l'internazionalizzazione. La sezione dei commenti è molto scarna e non sempre appropriata. Inoltre, non ci sono proposte di miglioramento. Nel complesso il documento non appare redatto con cura. Si segnala, infine, che la sezione relativa al piano delle azioni di miglioramento a seguito della relazione della CPDS non è stata compilata perché la relazione della CPDS 2026 non è pervenuta entro le scadenze previste.
DEPS	Il dipartimento ha analizzato in modo analitico gli indicatori e nel monitoraggio ha messo in chiaro ciò che è stato fatto e ciò che non è stato fatto. Pertanto, al di là dei risultati ottenuti, il documento mostra una chiara presa di coscienza dei processi e della loro gestione. Sia in fase di elenco degli indicatori, che poi nei commenti viene tuttavia fatto esplicito riferimento a dati erronei contenuti nel cruscotto che avrebbero indotto a proporre stime non realistiche, senza però esplicitare quali altre fonti sono state consultate per affermare che i valori erano sbagliati. Si segnala nel complesso una riflessione approfondita sugli indicatori e una dettagliata lista di azioni di miglioramento.
DFCLAM	Il documento è ben strutturato, articolato e mostra una piena partecipazione di tutto il dipartimento alla riflessione che genera la revisione del PTD. Anche la sezione sulle azioni di miglioramento è molto dettagliata e mostra una chiara coscienza dei temi e delle soluzioni che non appaiono generiche, ma molto puntuali. **Può essere segnalato come esempio da seguire.**
DGIUR	Il Dipartimento ha condotto un'analisi approfondita dei dati in rapporto agli obiettivi previsti, elaborando una sezione di commenti ben articolata che individua con chiarezza criticità e relative azioni di miglioramento, incluse quelle proposte in autonomia. Pur avendo adottato il modello PQA, si segnalano i seguenti aspetti da revisionare: - Nomenclatura ed evidenziatori cromatici: Obiettivi e Indicatori sono riportati tramite numerazione progressiva anziché con la nomenclatura condivisa, rendendone difficoltoso il riscontro sul cruscotto. Inoltre, manca la codifica cromatica (rosso/verde) prevista per un'immediata lettura dei target raggiunti. - Discrepanza nei dati: L'indicatore citato nel documento come Did.f corrisponde in realtà al codice D.a; il valore 2026 riportato (0,006) non coincide con quello presente a cruscotto (0,004). - Struttura della Sezione Ricerca: La tabella di monitoraggio presenta un errore di compilazione: il dato 2025 deve essere posizionato come target iniziale, mentre attualmente i dati 2025 e 2026 compaiono entrambi nella colonna del target raggiunto.

DIISM	Il Dipartimento ha adottato il modello PQA in modo completo e ordinato, con azioni dipartimentali concrete e distinte dalle proposte della CPDS. La sezione dei commenti è approfondita e di buona qualità. Per ogni indicatore non raggiunto viene analizzata la causa, vengono segnalate con trasparenza le discrepanze tra fonti dati (ANS, cruscotto, segreteria) e vengono proposte azioni di miglioramento ragionevoli (tutorato di area matematica, finanziamento anticipato delle borse di dottorato). Gli indicatori ANVUR sono riportati per entrambe le annualità e risultano tutti in crescita; i quattro laboratori congiunti sono allegati con il modello previsto. Aspetti da verificare: nel documento non compare la tabella della sezione Terza Missione del modello (la Terza Missione è monitorata solo tramite l'indicatore ANVUR); per l'indicatore B.a il Dipartimento dichiara che il target 0,28 non è più realisticamente raggiungibile ma non propone una ridefinizione formale del target, come consentito dalle LG; per l'indicatore E.a permane l'incoerenza tra il target espresso in valore assoluto nel PTD (1 unità) e il valore raggiunto espresso come rapporto (0,091); nella colonna "Monitoraggio" del Piano precedente alcune voci sono formulate come raccomandazioni (es. "si raccomanda di monitorare", "i CpD devono attivarsi") più che come rendiconto di quanto fatto o non fatto. Nel complesso il documento appare redatto con cura e testimonia una cultura della qualità consolidata.
DISAG	Il documento è ben strutturato e articolato e mostra un processo di aggiornamento del PTD pienamente consapevole. Anche la sezione sulle azioni di miglioramento è molto dettagliata e mostra una chiara coscienza dei temi e delle soluzioni che non appaiono generiche, ma molto puntuali. **Può essere segnalato come esempio da seguire.**
DISPI	Il Dipartimento ha compilato tutte le sezioni, compreso il monitoraggio del Piano azioni di miglioramento dell'anno precedente, documentato con buon dettaglio (date, iniziative, Matricola Day, giornata di restituzione dei questionari) e il nuovo Piano con azioni dipartimentali per tutti i quadri. La sezione dei commenti è presente ma piuttosto sintetica e in più punti si limita a giustificare lo scostamento senza individuare azioni di miglioramento concrete. Infatti diversi target sono espressi come "incremento"/"riduzione" anziché con un valore numerico, come richiesto dalle LG, e per l'indicatore "n. incontri della Commissione ricerca e TM" il target previsto manca. Codifica cromatica incoerente: B.b non è evidenziato in rosso pur non avendo raggiunto il target, mentre il rapporto ore di formazione didattica innovativa (1,026 vs 0,995) e le ore di docenza a tempo indeterminato (0,873 vs 0,800) sono in rosso pur avendolo raggiunto; manca il verde per i target conseguiti. Discrepanza nei dati di Terza Missione: la tabella riporta 132 attività (valore raggiunto) mentre il commento indica 146 iniziative inserite a ottobre 2026 e un dato iniziale 2025 di 185 eventi. Centri di ricerca: la scheda CIRDUIS riporta "Non disponibile" nella colonna Indicatore, non ha target quantitativi né rendicontazione economica e il Centro risulta scaduto il 25/5/2026; la scheda CISEC è invece completa e ben compilata. Nel complesso il documento è conforme nella struttura ma meriterebbe una sezione di commenti più articolata e orientata alle azioni.
DISPOC	Il Dipartimento ha adottato il modello PQA con la nomenclatura condivisa e ha operato con trasparenza una revisione dei valori iniziali e dei relativi target per allinearli al cruscotto (note 1-8), scelta documentata e coerente con le LG. La sezione dei commenti è ben scritta per gli indicatori trattati (A.a, B.a, C.a, C.b, E.a, E.b), ma copre solo una parte degli scostamenti: non sono commentati D.b (0,118 contro 0,3), d.a (0,016 vs 0,018), TM2.1 (0,66 vs 0,77) e TM3.3 (125 vs 130); inoltre le azioni di miglioramento proposte sono per lo più

	generiche (“sarà importante lavorare al rinnovo degli accordi”, “esaminare i risultati dei questionari”) e si affidano in larga parte al reclutamento futuro. Il monitoraggio del Piano azioni precedente è compilato, anche se la colonna “Monitoraggio” descrive la situazione più che indicare cosa è stato fatto e cosa no e per quali motivi (es. quadro F). Aspetti da revisionare: Nuovo Piano azioni di miglioramento incompleto: la tabella riporta solo la “Sintesi delle proposte” della CPDS e manca la colonna “Piano delle Azioni di miglioramento a livello di Dipartimento/Scuola”, che è la parte obbligatoria del modello; mancano anche le voci “Altre azioni per la Didattica” e “Altre azioni di miglioramento”. Codifica cromatica incoerente: il rosso è applicato solo in alcune sezioni (Servizi, TM, Personale) e non a A.a, d.a, B.a, D.b e TM3.3, pur non raggiunti; manca il verde. Possibili refusi: richiami a note “c” e “d” (B.a e C.b) privi di nota corrispondente e il valore TM2.1 richiama la nota 1 che riguarda un altro indicatore; il target di B.b (700.000) è inferiore al valore iniziale (2.721.614), in contrasto con il requisito di miglioramento del valore iniziale. Centri di ricerca: la scheda CIRCaP è esemplare (target quantitativi, evidenze, rendicontazione economica); le schede DIRV, Cisnareto e CISCL hanno invece target in larga parte qualitativi, sono prive di rendicontazione economica e, per Cisnareto, il periodo di riferimento indicato è “a.a. 2026-27”; la tabella Terza Missione di CISCL è vuota. Nel complesso il documento mostra un buon livello di analisi, ma la parte relativa alle azioni di miglioramento a livello dipartimentale va integrata.
DMMS	L’analisi dei dati condotta dal Dipartimento presenta diverse criticità e non risulta pienamente soddisfacente. In particolare, si rilevano i seguenti aspetti: Incoerenza dei dati. In diversi casi i valori iniziali e/o i target di riferimento non trovano riscontro con i dati ufficiali del cruscotto (es. valore iniziale dell'indicatore A.a; valore iniziale e target dell'indicatore D.a). Commenti e analisi correttiva. I commenti a corredo risultano carenti, in quanto non individuano le motivazioni sottostanti alle criticità né propongono adeguate ed effettive azioni di miglioramento. Si segnala, infine, che la sezione relativa al piano delle azioni di miglioramento a seguito della relazione della CPDS non è stata compilata perché la relazione della CPDS 2026 non è pervenuta entro le scadenze previste.
DSFTA	L’analisi degli indicatori presenta alcuni problemi. Anzitutto, negli indicatori, vengono usati i valori iniziali al 2024 e 2025, al posto del valore iniziale 2025 e del target 2025. Secondariamente, manca una discussione dei valori di tali indicatori e delle motivazioni alla base di risultati non in linea con i target previsti. Questo impedisce un utilizzo degli indicatori per individuare possibili azioni correttive rispetto al PTD originario. Il monitoraggio delle azioni di miglioramento è molto dettagliato e contiene utili indicazioni per il Dipartimento e per gli altri organi coinvolti nei processi AQ. Bene anche le nuove azioni di miglioramento proposte sulla base della Relazione CPDS.
DSMCN	Il monitoraggio delle azioni di miglioramento presenta alcune lacune informative e disallineamenti strutturali. Nello specifico, si evidenzia che non sempre risultano chiarite le modalità esecutive e gli esiti ottenuti, lasciando talvolta le proposte di miglioramento prive di riscontro (cfr. Sezione D, punti 2-4). Nella Sezione E si registra un disallineamento nei riferimenti: manca la risposta all'azione 2 e le risposte 2 e 3 corrispondono in realtà alle azioni 3 e 4. Si segnalano infine la mancata compilazione della tabella sulla Terza Missione

	e l'inesatta collocazione dei commenti agli indicatori negativi, inseriti erroneamente dopo le nuove azioni di miglioramento.
DSSBC	Il Dipartimento ha condotto un'analisi dettagliata dei dati in rapporto agli obiettivi previsti, formulando commenti e proposte di miglioramento. Tuttavia, diverse azioni correttive risultano differite, principalmente a causa della loro complessità o della dipendenza da interventi a livello di Ateneo e di piattaforma Sisvaldidat. Per le azioni implementate dalla CPDS, si evidenzia la mancanza di dettagli relativi alle modalità operative adottate. Relativamente agli indicatori, i commenti si presentano eccessivamente sintetici e privi di indicazioni concrete sulle strategie per superare le criticità emerse. Infine, si segnala che il monitoraggio del CISRSM si discosta dal modello di riferimento, presentando un'ampia premessa a fronte di un'analisi parziale (con particolare riferimento all'assenza della rendicontazione economica) e mantenendo un'impostazione incerta nella sezione dedicata ai commenti e alla riprogrammazione degli obiettivi.
DSV	In generale, il documento risulta completo e corretto Negli indicatori utilizzano la Misurazione 2024 come Valore iniziale. Trattandosi di un monitoraggio annuale, sarebbe stato meglio usare quello del 2025. I commenti sugli indicatori sono limitati ai soli indicatori critici, ossia con un valore finale inferiore al target. Le azioni indicate nella colonna "Piano delle Azioni di miglioramento a livello di Dipartimento" appaiono un po' troppo generiche e standardizzate.