



## Procedura generale 1.1

Riesame della Direzione

**Identificazione**

Nome file	GE PG 1.1 R0 Riesame della Direzione.docx		
Tipo	Documento Qualità		
Visibilità	<input type="checkbox"/> Riservato	<input checked="" type="checkbox"/> Interno	<input type="checkbox"/> Pubblico
Stato	<input checked="" type="checkbox"/> In lavorazione	<input type="checkbox"/> Bozza	<input type="checkbox"/> Pubblicato

**Approvazione**

Rev	Data	Motivo e descrizione della modifica	Redatta	Verificata	Approvata
0	05/06/2020	Introduzione della procedura di gestione dei documenti			

**Riservatezza**

Questo è un documento riservato. Secondo gli standard di condotta aziendale, questo documento non può essere condiviso al di fuori dell'Organizzazione, ma può essere pubblicato sulla rete dell'Organizzazione senza ulteriori restrizioni.

Questo documento può essere condiviso con il cliente o con altre parti interessate, se esiste un accordo adeguato.

**Dichiarazione di conformità**

Questo documento è stato redatto in conformità allo standard ISO 9001

## Sommario

1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE .....	4
2	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO .....	4
3	TERMINI E DEFINIZIONI .....	4
4	DOTAZIONI.....	4
5	MODALITA DI ESECUZIONE.....	4
5.1	Generalità .....	4
5.2	Il rapporto sullo stato del sistema .....	4
5.3	Elementi di ingresso per il riesame .....	5
5.4	Risultati del riesame .....	5
5.5	Registrazione del riesame .....	6
6	<b>RESPONSABILITÀ</b> .....	6

## 1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura descrive come la Direzione, ente responsabile della definizione, della diffusione e dell'attuazione della politica aziendale per la qualità, effettua il riesame del sistema di gestione per la qualità.

## 2 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale della qualità MQ ultima edizione e ultima revisione.

UNI EN ISO 9001 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"

UNI EN ISO 9001

Le normative sono riportate senza riferimento alla edizione in corso di validità.

Appendice A - Le procedure per il miglioramento collegate al riesame della Direzione

Appendice B - L'approccio per processi

Appendice C - Ciclo di miglioramento

Appendice D - La Politica della Qualità (ESEMPIO)

Appendice E - Indicatori della qualità (ESEMPIO)

## 3 TERMINI E DEFINIZIONI

Valgono le definizioni riportate nell'appendice B al MQ

Valgono le abbreviazioni riportate nell'appendice C al MQ

## 4 DOTAZIONI

La presente procedura non concerne dotazioni

## 5 MODALITÀ DI ESECUZIONE

### 5.1 Generalità

Il Riesame della Direzione è un processo di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione della qualità ed è strutturato come momento pianificato e formalizzato, finalizzato a valutare in particolare:

1. se l'organizzazione è in grado di realizzare quanto previsto nella dichiarazione della politica per la qualità;
2. se l'organizzazione ha analizzato i rischi, stimato i relativi impatti e adottato le azioni per mitigare gli effetti e ridurre le probabilità di accadimento;
3. se il sistema di gestione della qualità consente di promuovere il **miglioramento continuo (vedi appendice C)**.

Il Riesame della Direzione viene programmato e svolto con periodicità almeno annuale e può essere svolto anche in seduta straordinaria dopo le verifiche di parte seconda e terza (per es. verifiche ACCREDIA), se da queste sono emerse commenti, osservazioni, non conformità che determinano l'adozione di azioni correttive e di miglioramento oppure in caso di accadimenti che segnalino la necessità di presidiare maggiormente specifici punti di debolezza.

### 5.2 Il rapporto sullo stato del sistema

Preliminarmente al Riesame annuale, la Direzione Generale incarica il Responsabile della Qualità di raccogliere informazioni sui fattori interni ed esterni tenendo sotto controllo, dell'andamento del mercato (prezzo del petrolio, evoluzione della domanda di costruzioni per l'oil&gas e evoluzione dell'offerta di prove e controlli in Italia), l'andamento aziendale, la struttura dei costi, la composizione dei ricavi e l'andamento dei fattori critici di successo, nonché l'efficacia dei provvedimenti assunti per affrontare i rischi e per realizzare il miglioramento continuo.

La raccolta delle informazioni avviene da parte di RQ intervistando i clienti rilevanti e quelli che hanno avanzato reclami o ridotto il proprio volume di lavoro con il Laboratorio, interloquendo con le persone che lavorano nel laboratorio, e dunque non solo con i responsabili, incentivando la libera espressione delle opinioni e registrando le osservazioni, intervistando Enti di Collaudo, Banche, Fornitori, Consulenti.

Le informazioni raccolte vengono ordinate in un **rapporto annuale sullo stato del sistema aziendale (vedi appendice G)** articolato in maniera pedissequamente parallela al riesame della direzione, (come sotto descritto) in maniera che ogni lettera dell'elenco corrisponda ad un paragrafo del rapporto.

La prima parte del rapporto (INPUT) riguarda gli elementi in ingresso del futuro riesame, mentre la seconda parte del rapporto (OUTPUT) è dedicata alla valutazione dell'efficacia del sistema e alle proposte per il miglioramento che dovranno essere valutate in sede di esame.

Le parti di interesse vengono discusse con il personale, almeno una volta all'anno e se necessario anche per gruppi, in una riunione formativa e informativa.

Il rapporto viene presentato ai partecipanti del riesame della Direzione e ne costituisce l'ordine del giorno documentato. La discussione nel merito alle informazioni riportate e delle decisioni assunte viene riportata per iscritto nel "Verbale di riesame" che costituisce la formalizzazione e l'evidenza del riesame stesso e che viene redatto dal RQ o da altro delegato di AD.

L'organizzazione conserva copia delle informazioni documentate quale evidenza dei risultati dei riesami di direzione.

### 5.3 Elementi di ingresso per il riesame

Gli elementi di ingresso per il riesame da parte della direzione comprendono informazioni relative a:

1. cambiamenti, interni ed esterni, rilevanti per la Società
2. raggiungimento degli obiettivi;
3. idoneità delle politiche e delle procedure;
4. stato di attuazione delle azioni definite nei precedenti riesami;
5. esito degli audit interni recenti;
6. azioni correttive;
7. valutazioni da parte di organismi esterni;
8. variazioni del volume e del tipo di lavoro o del range delle attività di Laboratorio;
9. informazioni di ritorno da parte dei clienti e del personale;
10. reclami;
11. efficacia di eventuali miglioramenti attuati;
12. adeguatezza delle risorse;
13. risultati dell'analisi dei rischi;
14. esiti delle attività di assicurazione della validità dei risultati;
15. ogni altro fattore rilevante, quali le attività di monitoraggio e formazione.

Il rapporto sullo stato del sistema raccoglie tutti gli elementi d'ingresso (input) necessari al riesame della Direzione e l'organizzazione ne conserva copia.

Nel caso di riesami svolti dopo le verifiche di parte seconda e terzi, è considerato come prevalente elemento di ingresso del riesame quello relativo alla valutazione dei rilievi (osservazioni, non conformità, raccomandazioni) avanzati da parte degli organismi esterni. In quel caso RQ può valutare se è il caso di redigere un rapporto complessivo sullo stato del sistema o se è possibile limitare gli input ai soli elementi prevalenti.

### 5.4 Risultati del riesame

Gli elementi in uscita del Riesame da parte della Direzione comprendono azioni e decisioni in merito ad almeno i seguenti elementi:

1. l'efficacia del sistema di gestione e dei suoi processi;
2. il miglioramento delle attività di Laboratorio relative al soddisfacimento dei requisiti di questo documento;

3. l'erogazione delle risorse necessarie;
4. le esigenze di modifica.

Il rapporto sullo stato del sistema propone all'attenzione dei partecipanti al Riesame della Direzione tutti gli elementi in uscita (output) e l'organizzazione ne conserva copia.

Le decisioni assunte vengono registrate nel Verbale del Riesame della Direzione.

Le informazioni documentate che riportano quanto deciso in merito al miglioramento e al cambiamento sono almeno:

- I. politica per la qualità;
- II. obiettivi per la qualità;
- III. nomina dei responsabili del sistema di gestione e degli auditor;
- IV. piano di miglioramento;
- V. piano di marketing;
- VI. piano di formazione, addestramento e aggiornamento del personale;
- VII. piano degli audit interni e del successivo riesame della Direzione;
- VIII. piano dei confronti interlaboratorio;
- IX. registro della protezione dell'imparzialità
- X. registro per il monitoraggio dei rischi

Nel documento B gli "obiettivi per la qualità" sono indicati con propri indicatori di misurazione, affinché nel successivo riesame della Direzione si possa tener conto di tutti gli elementi utili per valutare il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e la misurazione dei relativi indicatori.

Al termine, in base anche a quanto emerso dalla verifica, viene stabilita una data per l'esecuzione del riesame successivo che è ordinariamente pianificato a periodi annuali.

Nel caso di riesami svolti dopo le verifiche di parte seconda e terza, è considerato come prevalente elemento in uscita del riesame quello relativo alla definizione dei trattamenti e delle azioni correttive per affrontare i rilievi (osservazioni, non conformità, raccomandazioni) avanzati dagli organismi esterni.

Nel caso di riesami svolti dopo le verifiche di parte seconda e terza, è considerato come prevalente elemento in uscita del riesame quello relativo alla definizione dei trattamenti e delle azioni correttive per affrontare i rilievi (osservazioni, non conformità, raccomandazioni) avanzati dagli organismi esterni.

## 5.5 Registrazione del riesame

Tutti i riesami del sistema qualità sono documentati e registrati.

La documentazione del riesame è costituita dal verbale della riunione in cui la Direzione riesamina il sistema e l'andamento aziendale e dai relativi documenti inerenti gli elementi in ingresso (informazioni) e in uscita (decisioni).

La registrazione del riesame consiste nell'inserire in un elenco dei riesami l'anno ed il numero progressivo del riesame svolto e nel conservare in apposito raccoglitore, sia cartaceo che digitale, il verbale e i relativi documenti allegati, garantendone la tracciabilità.

E' compito di RQ tenere sotto controllo le azioni susseguenti al riesame della direzione e aggiornare costantemente la Direzione Generale della loro attuazione ed efficacia, e di relazionare per iscritto, almeno una volta all'anno, sullo stato del sistema di gestione per la qualità.

## 6 RESPONSABILITÀ

Le responsabilità delle funzioni convocate sono riportate nella tabella che segue:

Direzione Generale	presiede l'assemblea approvando al termine i trattamenti e le azioni correttive per far fronte ad eventuali non conformità e le azioni di miglioramento per affrontare i rischi e cogliere le opportunità. per raggiungere gli obiettivi della politica per la qualità, per migliorare le prestazioni dell'azienda;
-----------------------	---

---

Responsabile Assicurazione della Qualità	è responsabile della fornitura delle documentazioni necessarie per poter soddisfare gli eventuali argomenti specifici all'ordine del giorno del riesame; ha inoltre il compito di redigere e conservare in apposito archivio i documenti di registrazione dell'avvenuto riesame e in particolare il verbale di riesame;
Direzione tecnica; Responsabili di area	i vari DT e Responsabili (amministrazione, commerciale, acquisti, ecc.) partecipano al riesame della direzione ed hanno la responsabilità di discutere i dati registrati dalle documentazioni del sistema qualità ognuno per la propria area di competenza.

**FINE DOCUMENTO**

## Appendice A

### Le procedure per il miglioramento collegate al riesame della Direzione

Il miglioramento consiste:

1. nella correzione dei processi, per affrontare non conformità e per evitare che si ripetano;
2. nelle azioni per ridurre gli effetti e la probabilità di accadimento delle minacce, per cogliere le opportunità, per affrontare i punti di debolezza e utilizzare i punti di forza;
3. nella innovazione dei processi, per accrescere la soddisfazione del cliente.

I tre aspetti sono tra loro intimamente connessi, ma è possibile distinguere i tratti distintivi essenziali: il primo (la correzione dei processi) riguarda la ripetizione critica (conservazione), il secondo ed il terzo la modifica creativa (innovazione).

In entrambi i casi il miglioramento è focalizzato sul cliente e le sue esigenze.

NB: Il concetto di “processo” è descritto nell’appendice B alla presente procedura

#### Focalizzazione sul cliente

L’attenzione per il miglioramento, sia nel suo aspetto di ripetizione critica e di conservazione, che nel suo aspetto di modifica creativa e di innovazione, ha come riferimento centrale il cliente, le sue esigenze, e la sua percezione del livello di qualità offerto.

Per questo la procedura **PG 2.2** “verifica della soddisfazione del cliente” è fonte per il miglioramento sia come ripetizione critica che come modifica creativa, in quanto le esigenze dei clienti possono essere relative sia al mantenimento della conformità ai requisiti stabiliti, che al cambiamento di impostazione o di requisiti.

Per lo stesso motivo il processo di determinazione del piano di marketing, tiene, a sua volta, conto dei processi di miglioramento innovativo, gestiti in base **PG 1.4** “risk analysis e miglioramento continuo” e dei processi di miglioramento conservativo, gestito in base alle **PG 1.2** “audit interni” e **PG 1.3** “non conformità e azioni correttive”.

#### Il mantenimento della conformità

Il miglioramento come mantenimento della conformità, manutenzione del sistema e ripetizione critica è gestita in accordo a:

1. la procedura **PG 1.2** degli audit interni che governa il processo di verifica delle prestazioni e dell’efficacia del sistema di gestione per la qualità;
2. la procedura **PG 1.3** di gestione delle non conformità e delle azioni correttive per individuare e implementare le azioni per la correzione, la prevenzione o la riduzione degli effetti indesiderati che governa le modalità del miglioramento come correzione.

I trattamenti per rimuovere gli effetti delle non conformità e le azioni correttive per affrontare le cause delle non conformità sono gli strumenti caratteristici del miglioramento come mantenimento e sono la reazione a problematiche esistenti.

#### Il cambiamento ed il risk-based thinking

Il miglioramento come modifica creativa è gestito dalla procedura **PG 1.4**.

In essa viene utilizzato il metodo del risk-based thinking (pensiero basato sull’incertezza) ossia delle analisi dei rischi e delle opportunità, per la definizione delle azioni di miglioramento.

Le azioni di miglioramento sono gli strumenti caratteristici del miglioramento innovativo e non sono reazioni a problematiche esistenti ma azioni per affrontare i rischi e le opportunità che hanno una significativa probabilità di accadimento.

NB: Il concetto di “risk-based thinking” e di miglioramento innovativo è descritto **nell’appendice A alla procedura PG 1.4**

## Appendice B

### L'approccio per processi

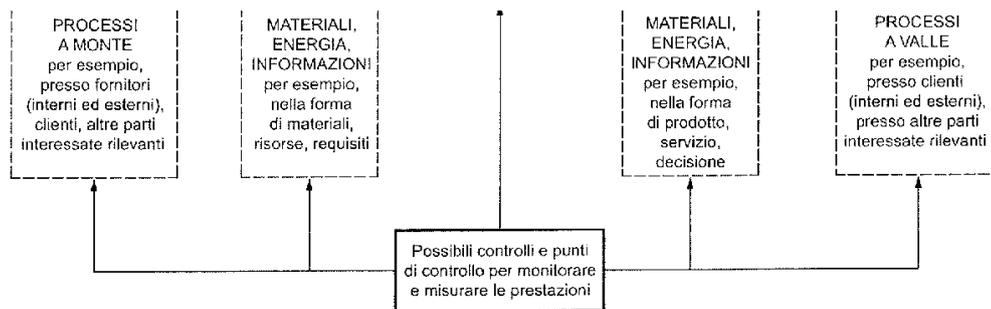
L'Organizzazione ha individuato i propri processi distinguendoli in processi generali e processi tecnici. I processi generali riguardano la gestione della organizzazione ed il supporto alle attività produttive e si distinguono in:

1. processi di gestione: direzione per la qualità, approvvigionamenti, vendite, amministrazione e controllo di gestione;
2. processi di supporto: persone, infrastrutture (apparecchiature, macchinari e ambiente di lavoro), controllo della qualità del dato, gestione della commessa.

I processi tecnici riguardano la realizzazione del servizio offerto e dunque le operazioni preliminari (lavorazioni meccaniche, trattamenti termici) e l'esecuzione delle attività di prove, controlli, misure e tarature.

I processi tecnici sono propriamente processi di business. Infatti in base ai risultati di prova o di taratura viene redatto il rapporto di prova o di taratura che contiene, in genere per ogni campione esaminato, uno o più moduli di espressione dei risultati delle prove, dei controlli, delle misure o delle tarature effettuate.

### **Rappresentazione schematica degli elementi di un singolo processo**



## Appendice C

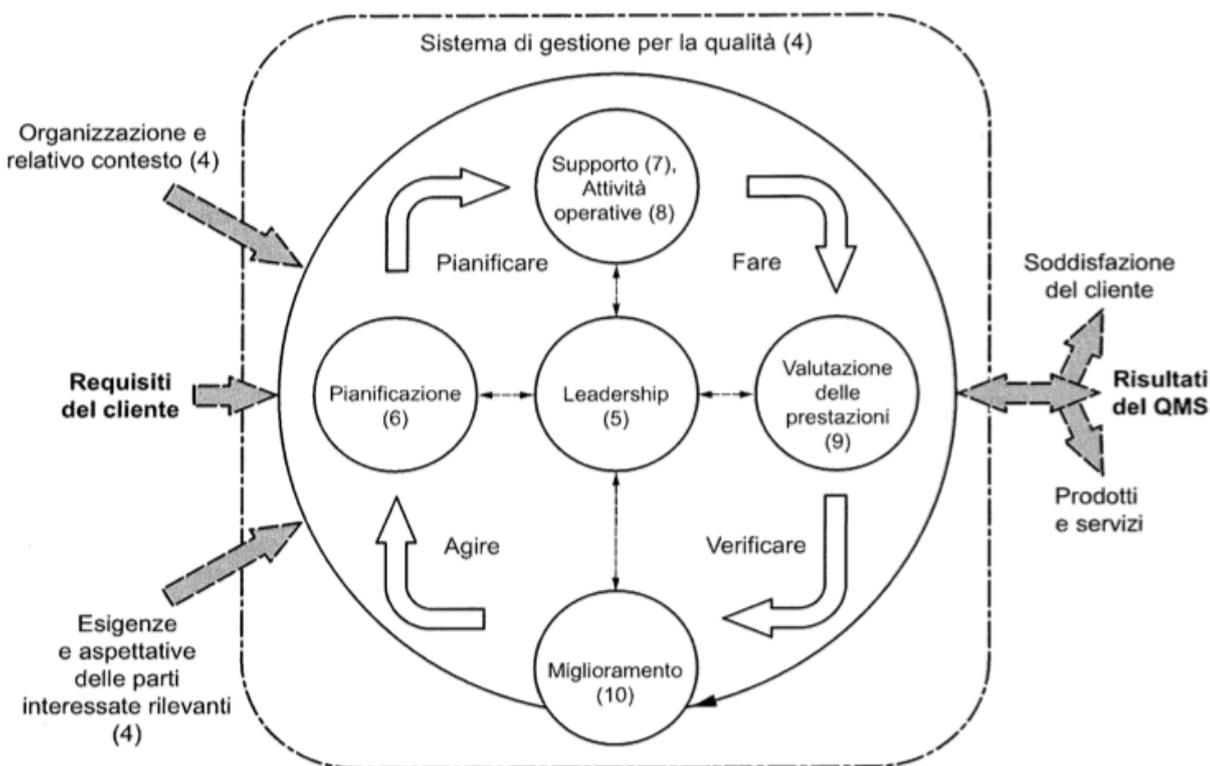
### Ciclo di miglioramento

Il ciclo di miglioramento PDCA è articolato in quattro fasi:

1. La pianificazione (P come plan, pianificare) consiste nello stabilire gli obiettivi del sistema e dei processi, individuando e definendo con la massima precisione possibile i requisiti dei clienti e delle parti interessate rilevanti, tenendo conto dei limiti dell'organizzazione e delle esigenze espresse dal contesto e dei miglioramenti determinati dalle azioni (A come act) implementate precedentemente per risolvere non conformità (trattamenti o azioni correttive) o per minimizzare rischi e cogliere opportunità (azioni di miglioramento).
2. L'implementazione del piano (D come do, fare) consiste nell'eseguire ciò che è stato pianificato.
3. Il controllo ed il monitoraggio dei processi e l'analisi dei rischi e delle opportunità (C come check, controllo) consiste nella misurazione (quando applicabile) della qualità dei processi, dei prodotti e dei servizi sulla base delle politiche, degli obiettivi, dei requisiti e delle attività pianificate, individuando non conformità e analizzando il contesto del processo, individuando rischi e opportunità. La sistematicità dell'attività di controllo è garantita per i processi tecnici, dalle attività di verifica preliminari, in corso e al termine del processo stesso in ogni singola commessa (autocontrollo) e dagli audit periodici sui processi tecnici, mentre per i processi gestionali e di supporto, dalle attività di audit periodici, e per l'analisi dei rischi e delle opportunità dal riesame della direzione.
4. Il miglioramento è l'azione (A come act, agire) conseguente alla fase di controllo finalizzata a minimizzare gli effetti delle non conformità (trattamenti) a rimuoverne le cause (azioni correttive) e ad affrontare i rischi e le opportunità (azioni di miglioramento).

La verifica di attuazione e di efficacia dei trattamenti, delle azioni correttive e delle azioni di miglioramento costituiscono la premessa per il successivo ciclo, garantendo la continuità del miglioramento.

**Fig. 2 Rappresentazione della struttura della ISO 9001:2015 del ciclo PDCA**



**Miglioramento continuo**

Il miglioramento è un processo ciclico continuo che parte dalla verifica di efficacia e dal riesame delle azioni intraprese nel ciclo precedente (siano esse trattamenti, azioni correttive o azioni di miglioramento) e aggiunge ai miglioramenti già ottenuti nuove possibilità

La continuità del miglioramento è basata sul principio che anche un processo che è conforme ai requisiti può essere fatto meglio e che l'esito di un ciclo di miglioramento costituisce la premessa per quello successivo.

**Appendice D - Politica della qualità (esempio)**

La Direzione Generale della Green Fuel Company spa considera strategico:

1. conseguire la soddisfazione dei clienti:
  - I. incrementando la capacità di erogazione dei servizi, sia in termini di prodotti che in termini di nuove attività;
  - II. migliorando la qualità dei servizi, in termini di conformità ai requisiti normativi e ai requisiti del cliente in termini di cortesia, attenzione e tempestività;
  - III. stabilendo, mantenendo, documentando e applicando, con il supporto di tutti i collaboratori, un sistema di Gestione Qualità in accordo alle normative UNI EN ISO 9001 ed effettuando l'insieme delle attività in conformità ai requisiti previsti dalla norma stessa;
  - IV. garantendo la trasparenza nei rapporti con i clienti al fine di dimostrare la correttezza della impostazione commerciale e della politica dei prezzi;
  - V. garantendo correttezza, riservatezza e imparzialità per incrementare la fiducia e la credibilità del Laboratorio;
2. conseguire la soddisfazione delle altre parti interessate:
  - VI. investendo in professionalità e promuovendo la formazione permanente del personale, affinché ogni dipendente e collaboratore sia competente, preparato, affidabile e impegnato nel portare a termine quanto gli compete;
  - VII. promuovendo lo spirito di collaborazione e di lavoro di gruppo nell'ambito aziendale, lavorando a superare tensioni e comportamenti che demotivino singoli o l'insieme dei dipendenti e collaboratori;
  - VIII. promuovendo forme di responsabilizzazione affinché ogni dipendente collabori al risparmio dell'azienda in ogni settore ed aspetto delle attività svolte;
  - IX. assicurando l'attenzione e la cura dell'ambiente di lavoro ed il rispetto di tutte le norme sulla sicurezza;
  - X. garantendo la massima attenzione all'ambiente, garantendo il rispetto delle normative e avviando una regolare comunicazione alle autorità e alla comunità locale in merito alla politica ambientale dell'azienda.

**Responsabilità della Direzione Generale**

E' responsabilità della Direzione stabilire, mantenere, documentare e far applicare, un sistema di Gestione Qualità in accordo alle normative UNI EN ISO 9001.

La Direzione si impegna a rispettare e a far rispettare i requisiti del sistema di gestione della qualità e a riesamarlo periodicamente per assicurare la sua continua adeguatezza ed efficacia e per mantenere elevata la soddisfazione dei clienti e delle altre parti interessate, analizzando i rischi derivanti dall'incertezza (minacce e opportunità), i punti di forza e di debolezza sia rispetto al processo generale di gestione aziendale, che rispetto ai singoli processi relativi all'imparzialità, alla riservatezza, alla indipendenza del laboratorio, alla sua correttezza e competenza.

Il riesame da parte della Direzione tiene conto dell'analisi dei rischi e dei rapporti periodici annuali sullo stato della qualità e del raggiungimento degli obiettivi della qualità, fissati e misurati con opportuni indicatori con periodicità annuale; effettua una valutazione sulla efficacia generale del sistema di gestione della qualità e sulla necessità di eventuali azioni correttive, preventive, dei miglioramenti e delle innovazioni procedurali o tecnologiche, stabilisce ulteriori traguardi concreti e misurabili in linea con la politica della qualità.

## Appendice E

## Indicatori della qualità (ESEMPIO)

Al fine di monitorare il soddisfacimento degli obiettivi della Qualità vengono individuati degli indicatori. La valutazione consiste nel confrontare il valore dell'indicatore dell'anno precedente e di quello in esame e verificare se c'è stato un miglioramento (+), un peggioramento (-), o se la situazione non è cambiata (=)

PROCESSI		Requisiti	Indicatore Esercizio precedente 2017	Indicatore Esercizio analizzato 2018	Valu- - tazio- ne	
1. DIREZIONE	Competenz a	Certificazione ISO 9001	SI	SI	+	
		Numero metodi accreditati	100	100	=	
		Qualità del dato	85	85	=	
		Precisione dei rapporti	98%	99%	+	
	Trasparenza	Rapporti con le banche	Media	Scarsa	-	
2. VENDITE	Convenienz a	Convenienza	Buona	Media	-	
	Servizi e cortesia	Servizi ai clienti	55%	50%	-	
		Cortesia e cordialità	Media	Media	=	
	Fidelizzazion e	Indice di fidelizzazione	50%	50%	=	
3. PERSONALE	Imparzialità	Imparzialità e indipendenza	100%	100%	=	
	Partecipazio ne e consapevol ezza	Coinvolgimento del personale	20%	20%	=	
		Formazione del personale	50%	50%	=	
		Dato sintetico partecipazione	35%	35%	=	
4. INFRASTRUTTURE		VEDI QUALITA' DEL DATO				
5. INFORMAZIONI	VEDI COMPETENZ A					
6. ACQUISTI		Tempi di attesa	n.r.	n.r.	n.r.	
		Conformità dei beni	n.r.	n.r.	n.r.	
7. COMMESSA	Tempestività	Puntualità	89%	90%	+	
	Affidabilità	VEDI PRECISIONE DEI RAPPORTI				
	Risultati	Fatturato	-6%	-2%	+	
	Efficienza	MOL		-10%	+10%	+
		Produttività oraria		52,9	53,7	+
Costo orario del lavoro			40,0 (+10 = 25%)	41,1 (+11,1=28%)	+	

		Dato sintetico efficienza	18	36	+
--	--	---------------------------	----	----	---

## 1. Processo di Direzione

### Indicatori di competenza

La competenza ha quattro indicatori:

1. Il mantenimento della certificazione ISO 9001 (si/no)
2. Il numero dei metodi accreditati
3. La qualità del dato che è funzione del livello di formazione, addestramento e qualifica del personale incaricato, del livello di funzionalità e dello stato di taratura delle apparecchiature, dell'adeguatezza del controllo della qualità del dato, dell'aggiornamento delle normative. Durante gli audit dei processi tecnici e di supporto e nel riesame della Direzione viene riesaminata la matrice della prova, verificando il mantenimento dei fattori di assicurazione della qualità (\*).

Data	Metodo	Perso- nale qualifi- cato	Apparec- -chiature funzionali e tarate	Control lo della Qualità del dato (* )	Aggior- nament o norma- tiva	Total e pote nziale	Tota le effe ttivo	Indic a-tore
30/10/17	ISO .....	10	10	8	10	40	38	95%
30/10/17	ISO ....	5	10	6	10	40	31	78%
30/10/17	ASTM ...	5	10	8	10	40	33	83%
30/10/17	TOT	20	30	22	30	120	102	85%

(\*) Il punteggio 10 indica che tutte le persone incaricate della esecuzione della prova sono qualificate e che è stato regolarmente verificato il mantenimento della qualifica. Se le persone incaricate fossero 2 e solo 1 avesse mantenuto la qualifica il punteggio sarebbe ridotto proporzionalmente a 5. Con logica simile è valutato lo stato delle apparecchiature e l'aggiornamento della normativa. Il controllo della qualità del dato è invece più complesso. Il punteggio è costituito dalla somma algebrica degli esiti del monitoraggio annuale delle attività di controllo del dato a periodicità annuale (incertezza, ripetibilità e affidabilità) e pluriennale (riproducibilità e compatibilità interlaboratorio), non inferiore al prodotto del numero di prove monitorate (PM) e del numero degli indicatori della qualità del dato con valutazione annuale (IA). Per le prove con risultati quantitativi per i quali è possibile realizzare carte di controllo (durezze, analisi chimiche) il valore IA è 3, per le altre prove con risultati quantitativi il valore IA è 2 mentre per le prove con risultati qualitativi il valore di IA è inferiore a 2

### Indicatore di trasparenza

Il grado di soddisfacimento del requisito di **trasparenza** con gli istituti bancari e le altre parti interessate viene stimato dal responsabile del controllo di gestione che verifica, attraverso interviste alle parti interessate, la percezione della trasparenza relativa alle comunicazioni. La stima è, però, necessariamente "qualitativa" e viene espressa con un giudizio emesso dal responsabile: scarsa, insufficiente, sufficiente, buona, ottima,.

### 2. Processo vendite

#### Indicatore di convenienza

Il grado di soddisfacimento del requisito di **convenienza** viene stimato dal responsabile commerciale che monitora le strategie commerciali dei concorrenti, raccogliendo listini, informazioni sulla scontistica, e partecipando a tutte le trattative e gare possibili in maniera non solo di cercare nuovi clienti e nuovi ordini ma anche di ottenere informazioni quanto più dettagliate possibili sui prezzi della concorrenza. La stima della convenienza dei prezzi è, però, necessariamente "sintetica" e "qualitativa" e viene espressa con un giudizio emesso dal responsabile commerciale: scarsa, insufficiente, sufficiente, buona, ottima.

#### Indicatore di disponibilità e cortesia

Il grado di soddisfacimento del requisito di disponibilità (**servizi complementari ai clienti**) è verificato sulla base dell'incidenza percentuale delle commesse in cui il trasporto è organizzato a carico del Laboratorio sul totale delle commesse.

Il grado di soddisfacimento del requisito di **cortesia e cordialità** con i clienti e le altre parti interessate) viene stimato dal responsabile commerciale che verifica, attraverso interviste a clienti, la percezione della cortesia, cordialità e collaborazione a loro riservata dai dipendenti del Laboratorio. La stima è, però, necessariamente "qualitativa" e viene espressa con un giudizio emesso dal responsabile commerciale: scarsa, insufficiente, sufficiente, buona, ottima.

**Indicatore di soddisfazione dei clienti (fidelizzazione)**

Tale indice è ottenuto ordinando per fatturato decrescente i primi 30 clienti del Laboratorio principale (10 per i laboratori secondari) dell'anno precedente e conteggiando il numero dei clienti "fedeli" il cui rapporto tra fatturato specifico dell'anno in esame e fatturato specifico dell'anno precedente è superiore al rapporto tra fatturato generale dell'anno in esame e fatturato generale dell'anno precedente dell'intera azienda.

L'indice è espresso come rapporto % tra il numero dei clienti che hanno un tasso di variazione migliore di quello aziendale e il numero dei clienti preso in considerazione.

### 3. Processi di gestione del personale

**Indicatore di imparzialità**

Il grado di soddisfacimento del requisito di **imparzialità e indipendenza** viene stimato sulla base dell'incidenza del numero di tecnici che nel corso dell'esercizio NON hanno subito sospensioni dell'incarico di commessa, sospensioni del lavoro o un licenziamento a causa del mancato rispetto del codice deontologico.

**Indicatore di partecipazione e consapevolezza**

Il grado di soddisfacimento del requisito di partecipazione attiva del personale viene stimato sulla base della somma di due valori relativi (indicatori):

Indicatore A: l'incidenza % del numero di persone coinvolte nell'analisi dei rischi e delle opportunità e il totale del personale dell'azienda: per esempio 8 su 40 è pari al 20%

Indicatore B : Il rapporto % tra la quota ottimale di ore/uomo dedicate alla formazione (calcolata considerando il requisito in termini percentuali sul monte ore nominale definito moltiplicando le Unità Lavorative Annue medie x 1750) e le ore/uomo di formazione effettivamente erogate nel corso del periodo considerato: per esempio su 40 persone il monte ore è 70.000, la quota ottimale di formazione è il 2%, per cui il requisito è 1.400 ore/uomo. Si sono svolte invece azioni formative per un totale di 700 ore, per cui l'indicatore è 50%.

La somma dei due fattori è riportata in termini percentuali: indicatore A=20% + indicatore B=50% = totale 35%

### 6. Processi di approvvigionamento

**Indicatore di efficienza degli approvvigionamenti**

Tempi di messa a disposizione del bene necessario (dalla richiesta di approvvigionamento alla ricezione). I tempi vengono stimati sulla base del registro delle richieste di approvvigionamento, compilato sulla base delle richieste formalizzate mediante moduli o mail.

Corrispondenza del bene necessario ai requisiti del richiedente. L'indicatore viene stimato sulla base del numero delle non conformità rilevate del bene acquisito rispetto ai requisiti espressi dal richiedente sul totale degli approvvigionamenti effettuati.

### 7. Processo di gestione della commessa

**Indicatore di tempestività**

Il soddisfacimento del requisito di **puntualità** è verificato sulla base dell'incidenza percentuale, sul numero dei totale dei rapporti, del numero dei rapporti emessi in ritardo rispetto alle richieste del Cliente.

Nota 1: per rapporto si intende l'insieme dei risultati di prova relativi ad un campione.

Nota 2: una commessa (lavoro ordinato da un Cliente) può essere relativa a uno o più campioni e dunque contenere uno o più rapporti. Ogni campione può essere sottoposto ad una singola tipologia di prova o a più tipologie di prove (per es. trazioni, pieghe, macro e durezza), cosicché il rapporto, a sua volta, può contenere uno o più moduli di espressione dei risultati di prova a secondo di quante tipologie di prova siano state effettuate sul campione in oggetto. A sua volta ogni modulo può contenere una o più prove della medesima tipologia (per esempio nel modulo per espressione dei risultati di prova della resilienza vi possono essere riportati i risultati di 3 terne di resilienze prelevate in diverse posizioni dal medesimo campione).

#### Indicatori di risultato

Il grado di soddisfacimento del requisito di risultato economico viene stimato sulla base della somma percentuale di due valori relativi (indicatori):

Indicatore A = incremento % di fatturato Per esempio nel 2017 l'incremento di fatturato è stato del -6% ( $3950-3700=250/3950=-6\%$ )

Indicatore B = incremento % del numero di campioni (nel 2017 questo dato non è stato monitorato. Nel 2018 si prevede la sperimentazione del monitoraggio nel Laboratorio di Chieti)

La somma dei due fattori è riportata in termini percentuali: indicatore A=-6% + indicatore B=-4% = totale -5%

#### Indicatori di efficienza

Il grado di soddisfacimento del requisito di risultato economico viene stimato sulla base della somma percentuale di tre valori relativi (indicatori):

Indicatore A = MOL: rapporto del MOL dell'anno in esame e fatturato totale (nel 2017 il MOL è stato di -360 mila su 3.600 mila euro di fatturato con una incidenza negativa del -10%)

Indicatore B = produttività oraria rapportata ad un valore ottimale: rapporto fatturato dell'anno in esame e monte ore nominale (calcolato moltiplicando le Unità Lavorative Annue medie x 1750): per es. se il fatturato fosse di 3,7 milioni di euro e il monte ore 70 mila ( $1.750 \times 40$ ) avremmo una produttività oraria media di 52,9 euro/ora, pari al 52,9% del risultato ottimale di 100 euro/ora

Indicatore C = Costo orario del lavoro rapportata ad un valore ottimale: rapporto costi del lavoro e monte ore nominale (calcolato moltiplicando le Unità Lavorative Annue medie x 1750). Per es. se i costi del lavoro nel 2017 sono stati 2,8 milioni e le ore lavorate 70 mila, il costo orario di funzionamento sarà pari a 40 euro/ora, 10 euro in più del risultato ottimale (30 euro/ora), con una incidenza % negativa del -25% (10 su 40).

Considerando in termini assoluti i valori 2018 avremo: A= -10; B= 53; C= -25. Il totale sarà 18 e indica una efficienza bassa (fino a 30). L'efficienza media va da 30 a 60 mentre è alta l'efficienza sopra i 60.