

# POL Politica del sistema di gestione

## Storia della versione

| Versione | Data       | Autore            | Approvato da      |
|----------|------------|-------------------|-------------------|
| 1        | 24/03/2026 | Roberto Cicchetti | Roberto Cicchetti |

## Indice

- Scopo
- Campo di applicazione
- Riferimenti normativi
- Termini e definizioni
- Ruoli e responsabilità
- Impegno e obiettivi del sistema di gestione
- Archiviazione e aggiornamento
- Documenti di riferimento

## Scopo

Laboratorio Materano Srl riconosce nella presente Politica per la Qualità l'espressione formale della propria visione strategica e dei valori che guidano l'erogazione dei servizi di medicina di laboratorio e di analisi cliniche. Attraverso questo documento, l'organizzazione dichiara il proprio orientamento verso l'eccellenza diagnostica, la soddisfazione delle esigenze dei pazienti e dei committenti istituzionali, e il perseguimento del miglioramento continuo in ogni processo del Sistema di Gestione per la Qualità.

La Politica costituisce il quadro di riferimento entro il quale l' **Amministratore Unico** definisce gli obiettivi per la qualità, assicura la coerenza tra gli indirizzi strategici e le attività operative, e promuove una cultura organizzativa incentrata sulla conformità ai requisiti applicabili, sulla competenza del personale e sulla fiducia delle parti interessate.

## Campo di applicazione

La presente Politica si applica a tutti i processi del Sistema di Gestione per la Qualità di Laboratorio Materano Srl relativi all'erogazione di servizi di medicina di laboratorio e di analisi cliniche — chimica clinica di base e specializzata, ematologia, sieroimmunologia e microbiologia — nonché all'attività di raccolta campioni (prelievo) presso la sede operativa di Via Nazionale, 158/d – 75100 Matera e il punto prelievi di Marconia (Pisticci). Coinvolge tutto il personale dell'organizzazione, i collaboratori esterni operanti nell'ambito dei processi coperti dal SGQ, e si estende, per quanto appropriato, alle parti interessate esterne quali pazienti, aziende ospedaliere, clienti aziendali, fornitori, medici di base e specialisti. Sono escluse dal campo di applicazione le attività di progettazione e sviluppo e le attività post-consegna.

## Riferimenti normativi

- ISO 9001
- ISO 9000

## Termini e definizioni

- **Qualità** : grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche di un oggetto soddisfa i requisiti.
- **Sistema di gestione per la qualità** : parte di un sistema di gestione con riferimento alla qualità.
- **Politica per la qualità** : politica relativa alla qualità, generalmente coerente con la politica complessiva dell'organizzazione, che può essere allineata con la visione e la missione dell'organizzazione e fornisce un quadro di riferimento per fissare gli obiettivi per la qualità.
- **Obiettivo per la qualità** : obiettivo relativo alla qualità, generalmente basato sulla politica per la qualità dell'organizzazione.

- **Miglioramento continuo** : attività ricorrente finalizzata ad accrescere le prestazioni.
- **Requisito** : esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.
- **Parte interessata** : persona o organizzazione che può influenzare, essere influenzata da, o percepire se stessa come influenzata da una decisione o attività.
- **Alta direzione** : persona o gruppo di persone che, al più alto livello, guidano e controllano un'organizzazione.
- **Contesto dell'organizzazione** : combinazione di fattori interni ed esterni che possono avere un effetto sull'approccio dell'organizzazione allo sviluppo e al raggiungimento dei propri obiettivi.

## Ruoli e responsabilità

- **Amministratore Unico** : stabilisce, approva e riesamina la Politica per la Qualità, garantendone l'adeguatezza agli indirizzi strategici e al contesto dell'organizzazione.
- **Responsabile del sistema di gestione** : coordina la predisposizione e l'aggiornamento della Politica, ne cura la comunicazione interna a tutto il personale e ne monitora la comprensione e l'applicazione.
- **Direttore Tecnico e Responsabile Sanitario** : fornisce gli elementi tecnico-scientifici necessari a garantire che la Politica rifletta le esigenze dei processi analitici e i requisiti del settore diagnostico.

## Impegno e obiettivi del sistema di gestione

Laboratorio Materano Srl si impegna a garantire che il proprio Sistema di Gestione per la Qualità sia appropriato alle finalità dell'organizzazione, al contesto in cui opera e ai propri indirizzi strategici, sostenendo la continuità aziendale, il mantenimento dell'accreditamento regionale e la partecipazione ai bandi del Servizio Sanitario Nazionale.

L'organizzazione promuove una gestione orientata ai risultati, fondata sull'approccio per processi e sul pensiero basato sul rischio, nella quale ogni decisione operativa e strategica tiene conto dei fattori interni ed esterni, delle aspettative delle parti interessate e delle opportunità di sviluppo del servizio diagnostico.

## Impegno verso le parti interessate

Laboratorio Materano Srl riconosce il ruolo centrale dei propri interlocutori — pazienti privati, aziende ospedaliere, clienti aziendali per la sorveglianza sanitaria, medici di base e specialisti, fornitori di reagenti e strumentazione, ente accreditatore regionale — e si impegna a comprenderne le esigenze e ad operare affinché le prestazioni erogate rispondano costantemente alle loro attese in termini di accuratezza diagnostica, tempestività della refertazione, competenza del personale e affidabilità del servizio.

## Impegno al rispetto dei requisiti applicabili

L'organizzazione si impegna a soddisfare i requisiti cogenti e volontari applicabili alla propria attività, incluse le disposizioni normative di settore, gli standard di accreditamento regionale, i requisiti contrattuali verso le aziende ospedaliere e i committenti, e le prescrizioni derivanti dal Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma ISO 9001. Ogni processo è condotto nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti, promuovendo la diffusione di una cultura della conformità a tutti i livelli dell'organizzazione.

## Impegno per il miglioramento continuo

Laboratorio Materano Srl persegue il miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità attraverso la definizione di obiettivi misurabili, coerenti con la presente Politica e derivati dall'analisi delle prestazioni dei processi, dagli esiti degli audit interni, dalla valutazione della soddisfazione dei pazienti e dei clienti, e dalle risultanze del riesame della direzione. L'organizzazione adotta il ciclo di pianificazione, attuazione, verifica e azione correttiva per garantire che ogni attività contribuisca in modo verificabile all'innalzamento della qualità dei servizi di laboratorio.

## Obiettivi per la qualità

La Politica fornisce il quadro di riferimento per la definizione degli obiettivi per la qualità, che l' **Amministratore Unico** stabilisce almeno annualmente in sede di riesame della direzione, con il supporto del **Responsabile del sistema di gestione** e del **Direttore Tecnico e Responsabile Sanitario**. Gli obiettivi sono documentati in un programma di miglioramento che ne specifica tempi, risorse, responsabilità, indicatori di prestazione e modalità di verifica dell'efficacia, e tengono conto delle esigenze delle parti interessate, dell'analisi dei rischi e delle opportunità, e delle prestazioni operative del laboratorio.

## Comunicazione della Politica

La presente Politica è comunicata a tutto il personale tramite posta elettronica aziendale ed è affissa nei locali del laboratorio, affinché sia compresa e applicata nell'operatività quotidiana. Al personale neoassunto viene illustrata durante la fase di inserimento iniziale. All'esterno, la Politica è resa disponibile ai pazienti, ai committenti istituzionali e ai fornitori attraverso il sito web del laboratorio e, su richiesta, in formato cartaceo o digitale.

## Archiviazione e aggiornamento

La presente Politica è conservata in formato digitale all'interno del sistema documentale del Sistema di Gestione per la Qualità ed è accessibile a tutto il personale interessato. Il **Responsabile del sistema di gestione** ne verifica l'adeguatezza almeno una volta l'anno, in occasione del riesame della direzione, oppure a fronte di cambiamenti significativi del contesto organizzativo, degli indirizzi strategici o dei requisiti applicabili. Ogni revisione è approvata dall' **Amministratore Unico** prima della diffusione; le versioni superate sono archiviate con indicazione della data di sostituzione, secondo le modalità definite nella *PRO Procedura di gestione delle informazioni documentate*.

## Documenti di riferimento

- PRO Processi direzionali
- PRO Obiettivi e pianificazione per il loro raggiungimento
- PRO Procedura di gestione delle informazioni documentate
- PRO Gestione riesame della direzione