

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

Gentile Utente,

nell'ambito del nostro Sistema di Gestione per la Qualità e in accordo alla norma UNI EN ISO 9001:2015, desideriamo sottoporle un questionario relativo ai servizi da noi erogati.

Il questionario costituisce uno strumento molto importante per ottenere informazioni sul grado di soddisfazione dell'utenza e per individuare gli aspetti che necessitano di azioni di miglioramento.

La ringraziamo fin da subito per il contributo che vorrà fornire attraverso le sue risposte ed i suoi suggerimenti.

Il questionario compilato potrà essere restituito al Ministero della Salute – Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari, utilizzando una delle seguenti modalità:

- posta elettronica, all'indirizzo qualitavet@sanita.it;
- consegna in busta chiusa al banco accettazione del Ministero, destinatario "Settore Qualità, Ufficio 4 - 5 DGSAF";
- posta ordinaria all'indirizzo: *Ministero della Salute, DGSAF - Ufficio 5, Via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma*
- consegna alle Associazioni di Settore.

Per ulteriori informazioni può consultare il portale web del Ministero della Salute >Temi e professioni > Animali > Medicinali e dispositivi veterinari > Sistema qualità o scrivere alla casella di posta: qualitavet@sanita.it.

I dati raccolti nel presente questionario saranno gestiti e custoditi nel rispetto della privacy e per le finalità strettamente connesse al servizio al quale si riferiscono.

Ministero della Salute, DGSAF – Ufficio 5, Via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

NOME E COGNOME*:
FUNZIONE RICOPERTA*:
NOME DELL'AZIENDA*:
DATA:

* Il questionario può essere compilato anche in forma anonima.

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE – Ufficio 4 DGSAF

La invitiamo a completare le sezioni relative ai **servizi** di cui ha usufruito nel corso di quest'anno selezionando il giudizio ritenuto più appropriato.

1. Esprima un giudizio sulla **facilità** e la **velocità di accesso** alle informazioni riguardanti i servizi erogati dall'Ufficio, relativamente ai seguenti canali di comunicazione:

	Per nulla soddisfatto			Completamente soddisfatto		
	1	2	3	4	5	6
Telefono (reperibilità dei funzionari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sito web del Ministero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

2. Esprima un giudizio sulla **chiarezza, completezza e adeguatezza delle informazioni** riguardanti i servizi erogati dall'Ufficio (procedura da seguire, modulistica da utilizzare, personale da contattare, tempistiche) **ricevute/ottenute tramite:**

- **personale dell'Ufficio** (nel corso delle giornate di ricevimento, via telefono, via e-mail):

	Per nulla soddisfatto			Completamente soddisfatto		
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- sito web del Ministero:

	Per nulla soddisfatto				Completamente soddisfatto	
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

3. Esprima un giudizio sulla **disponibilità** e la **collaborazione del personale** con cui è venuto in contatto durante la richiesta di informazioni e l'erogazione dei seguenti servizi:

	Per nulla soddisfatto				Completamente soddisfatto	
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

4. Esprima un giudizio sulla **competenza** e la **professionalità del personale** con cui è venuto in contatto durante l'erogazione dei seguenti servizi:

	Per nulla soddisfatto			Completamente soddisfatto		
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

5. Esprima un giudizio sulla **comprensibilità delle richieste di integrazioni** (sia in termini amministrativi che tecnici) ricevute da parte dell'Ufficio per i seguenti servizi:

	Per nulla soddisfatto			Completamente soddisfatto		
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

6. Esprima un giudizio sulle **tempistiche di rilascio/invio** degli atti e delle comunicazioni ricevute dall'Ufficio per i seguenti servizi:

	Per nulla soddisfatto				Completamente soddisfatto	
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

7. Esprima un giudizio sulla **capacità dell'Ufficio di far fronte ad eventuali problematiche e/o reclami** per i seguenti servizi:

	Per nulla soddisfatto				Completamente soddisfatto	
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

8. Esprima un giudizio sulla **velocità di risposta** dell'Ufficio di fronte ad eventuali problematiche e/o reclami per i seguenti servizi:

	Per nulla soddisfatto				Completamente soddisfatto	
	1	2	3	4	5	6
Procedura Nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedura Comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Nazionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnovi Comunitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacovigilanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pubblicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sperimentazione Clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

9. Esprima il Suo **livello Globale di soddisfazione** nei confronti della nostra Amministrazione, relativamente alle attività di competenza dell'Ufficio 4 della DGSAF

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tale livello di soddisfazione è in linea con le Sue aspettative iniziali?

Sì, è in linea

No, è maggiore

No, è minore

Se desidera esprimere qualsiasi altro commento aggiuntivo La invitiamo a farlo con la massima libertà, terremo conto delle Sue osservazioni

--

La ringraziamo per la cortese collaborazione