

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 5 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 |
| Rilascio copie certificati NBF/Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variatione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 |
| Rilascio copie certificati NBF/Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variatione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 del servizio:

| | Per nulla soddisfatto | | | Completamente soddisfatto | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Rilascio copie certificati NBF /Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variatione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 del servizio:

| | Per nulla soddisfatto | | | Completamente soddisfatto | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Rilascio copie certificati NBF /Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Riconoscimento/Variazione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 |
| Rilascio copie certificati NBF /Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variazione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 |
| Rilascio copie certificati NBF /Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variazione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 |
| Rilascio copie certificati NBF /Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variazione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 |
| Rilascio copie certificati NBF /Decreti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riconoscimento/Variazione Persona Qualificata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Modifiche all'autorizzazione o al certificato NBF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificati di Prodotto Farmaceutico | <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 5 della DGSAF

| Per nulla soddisfatto | | | | | Completamente soddisfatto |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 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