

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 il questionario facendo riferimento all'esperienza relativa all'ultima **ispezione di Farmacovigilanza** ricevuta di recente, selezionando il giudizio ritenuto più appropriato.

1. Con riferimento all'ispezione di farmacovigilanza ricevuta di recente, 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. Con riferimento all'ispezione di farmacovigilanza ricevuta di recente, esprima un giudizio sulla **chiarezza, completezza e adeguatezza delle informazioni** (procedura da seguire, modulistica da utilizzare, personale da contattare, tempistiche) **ricevute/ottenute tramite:**

	Per nulla soddisfatto			Completamente soddisfatto		
	1	2	3	4	5	6
Personale dell' Ufficio (nel corso delle giornate di ricevimento, telefono, 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

3. Con riferimento all'ispezione di farmacovigilanza ricevuta di recente, esprima un giudizio sulla:

	Per nulla soddisfatto				Completamente soddisfatto	
	1	2	3	4	5	6
Disponibilità e la collaborazione del personale con cui è venuto in contatto durante la richiesta di informazioni e l'erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competenza e la professionalità del personale con cui è venuto in contatto durante l'erogazione del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempistica di rilascio/invio degli atti e delle comunicazioni ricevute dall'Ufficio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità dell'Ufficio di far fronte ad eventuali problematiche e/o reclami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Velocità di risposta dell'Ufficio di fronte ad eventuali problematiche e/o reclami	<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. Con riferimento all'ispezione di farmacovigilanza ricevuta di recente, esprima un giudizio sulla capacità degli ispettori di minimizzare l'**impatto dell'ispezione** sul normale svolgimento dell'attività della sua Azienda.

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"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

5. Con riferimento all'ispezione di farmacovigilanza ricevuta di recente, esprima un giudizio sulla **appropriatezza delle tempistiche** delle attività svolte dagli ispettori nel corso dell'ispezione e sull'adeguatezza della durata complessiva del sopralluogo ispettivo

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"/>

Inserisca qui eventuali osservazioni sul giudizio espresso

--

6. Con riferimento all'ispezione di farmacovigilanza ricevuta di recente, esprima un giudizio sulla **comprensibilità** della documentazione ricevuta da parte dell'Ufficio nel corso della fase di:

	Per nulla soddisfatto			Completamente soddisfatto		
	1	2	3	4	5	6
Pre-ispezione (richiesta documentazione aggiornata, richiesta integrazioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ispezione (Rapporto di Non Conformità)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-ispezione/follow-up (rapporto di ispezione, richiesta di integrazioni)	<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 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