

SMART WORKING PER LA PA



veloce | leggero | agile

SURVEY DI VALUTAZIONE

Dopo 1 anno



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo  
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Agencia per la  
Coesione Territoriale



GOVERNANCE  
E CAPACITÀ  
ISTITUZIONALE  
2014-2020

Dopo 1 anno dall'avvio della sperimentazione: survey rivolta anche a chi non è Smart Worker (rivolta a **Smart Worker, loro responsabili, colleghi di Smart Worker, coloro non coinvolti nella sperimentazione**).

Le **survey di valutazione** del progetto Smart Working **durante e post-sperimentazione** hanno l'obiettivo di rilevare:

- livello e caratteristiche di adozione dello Smart Working
- benefici conseguiti dal punto di vista dell'organizzazione, delle persone e della sostenibilità ambientale
- principali criticità emerse durante le giornate di Smart Working
- motivi alla base della non adozione allo Smart Working
- possibili sviluppi futuri dello Smart Working (commenti e/o suggerimenti per migliorare l'iniziativa)

## ANAGRAFICA

*In caso di survey di valutazione somministrata in modalità non anonima è possibile eliminare la sezione "anagrafica".*

1. Il mio genere:

- Maschio
- Femmina

2. La mia età:

- Meno di 30 anni
- 31-35 anni
- 36-45 anni
- 46-55 anni
- Oltre 55 anni

3. Il mio livello *(da personalizzare in base alle Direzioni dell'Amministrazione):*

- A - Operatore
- B - Collaboratore
- C - Funzionario
- D - Dirigente

4. La mia Direzione *(da personalizzare in base alle Direzioni dell'Amministrazione):*

- ...
- ...

5. Hai il/la coordinamento/gestione di persone o di un team di lavoro?

Sì

No

### SEZIONE DEDICATA AGLI SMART WORKER

6. Qual è la distanza indicativa tra la tua abitazione e la sede di lavoro abituale?  
(arrotondare all'intero superiore nel caso di valori intermedi tra le diverse fasce)

Meno di 6 Km

6-10 Km

11-20 Km

21-30 Km

31-40 Km

41-50 Km

Più di 50 Km (specificare nel commento)

*Eventuale commento:*

7. Come raggiungi la sede di lavoro abituale? (nel caso utilizzi diversi mezzi di trasporto indica quello su cui passi più tempo?)

Automobile

Moto

Treno

Bus/Metro

A piedi

Bicicletta

Altro (specificare nel commento):

*Eventuale commento:*

8. Quanto tempo impieghi mediamente per raggiungere la sede di lavoro abituale (solo andata)?

- Meno di 16 minuti
- 16-30 minuti
- 31-45 minuti
- 46-60 minuti
- 61-90 minuti
- Più di 90 minuti (specificare nel commento)

*Eventuale commento:*

9. Hai colto l'opportunità offerta dallo Smart Working di lavorare da remoto?

*La frequenza da inserire tra () è da personalizzare sulla base del modello di Smart Working adottato dall'amministrazione*

- Sì, sempre (1 giorno/settimana)
- Sì, spesso (2/3 volte al mese)
- Sì, ma sporadicamente (circa 1 giorno al mese)
- No, non ho ancora usufruito dello Smart Working

*Eventuale commento:*

10. In che modo pianifichi la giornata di Smart Working?

*N.B. Seleziona l'opzione di risposta che rispecchia maggiormente la tua situazione.*

- Pianifico la giornata di Smart Working sistematicamente ogni settimana in base alle esigenze di lavoro



- Lavoro da remoto sempre gli stessi giorni della settimana
- Non pianifico la giornata di lavoro da remoto e la richiedo esclusivamente per emergenze/necessità

**Eventuale commento:**

**11. Per quale motivo utilizzi lo Smart Working?**

*N.B. Selezionare massimo 3 opzioni di risposta.*

- Per risparmiare tempi di spostamento casa-lavoro
- Per risparmiare costi di spostamento casa-lavoro
- Per conciliare vita lavorativa/personale
- Per svolgere meglio alcune attività specifiche
- Per lavorare con maggiore concentrazione per la riduzione delle interruzioni
- Per gestire meglio le giornate lavorative a ridosso di una trasferta
- Per poter dedicare tempo ad altre attività o impegni personali (sport, cultura, associazionismo, etc.)
- Altro (specificare nel commento)

**Eventuale commento:**

**12. Relativamente al tuo lavoro ed in seguito all'introduzione dello Smart Working quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?**

*N.B. Da 1: "Totalmente disaccordo" a 10: "Totalmente d'accordo".*

	Totalmente disaccordo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente d'accordo 10
Gli obiettivi del mio lavoro sono chiaramente definiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi viene concesso un adeguato livello di autonomia nello svolgimento del mio lavoro	<input type="checkbox"/>									
La programmazione/organizzazione delle attività lavorative è chiara e ben definita	<input type="checkbox"/>									
Le informazioni vengono condivise sistematicamente e in modo chiaro	<input type="checkbox"/>									
Sono motivato e soddisfatto del mio lavoro	<input type="checkbox"/>									
Riesco a conciliare la vita lavorativa con quella personale/familiare	<input type="checkbox"/>									
Il clima lavorativo è positivo	<input type="checkbox"/>									
Sono posto nelle condizioni di poter svolgere il mio lavoro efficacemente	<input type="checkbox"/>									
Il rapporto con il mio responsabile è positivo	<input type="checkbox"/>									
Le relazioni con i miei colleghi sono positive	<input type="checkbox"/>									

**Eventuale commento:**

**13. In che misura ritieni che i seguenti aspetti, se riscontrati sino ad oggi, rappresentino dei benefici della sperimentazione dello Smart Working?**

*N.B. Indica eventuali ulteriori aspetti che ritieni potranno essere dei benefici nel campo commento.*

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Maggiore autonomia nel lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore responsabilizzazione su obiettivi e risultati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migliore concentrazione sul lavoro nelle giornate di Smart Working	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore efficienza nel lavoro (velocità nello svolgere l'attività, quantità di output a parità di tempo, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore efficacia nel lavoro (maggiore concentrazione, qualità delle attività svolte, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Miglioramento della capacità di pianificare e organizzare il proprio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiori possibilità di conciliazione vita-lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore disponibilità di tempo per interessi ed impegni extra-lavorativi (famiglia, figli, tempo libero, sport, attività sociali, attività di volontariato, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risparmio economico personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risparmio di tempo negli spostamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riduzione dello stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eventuale commento:**

**14. In che misura** ritieni che i seguenti aspetti siano migliorati in seguito all'avvio della sperimentazione dello Smart Working?

	Per niente 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Molto 10
Competenze digitali	<input type="checkbox"/>									
Digitalizzazione dei processi (es. dematerializzazione del cartaceo)	<input type="checkbox"/>									

**Eventuale commento:**

**15. In che misura** ritieni che i seguenti aspetti, se riscontrati sino ad oggi, rappresentino delle **criticità** della sperimentazione dello Smart Working?

*N.B. Indica eventuali ulteriori aspetti che ritieni potranno essere critici nel campo commento.*

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
<b>CRITICITA' ORGANIZZATIVE</b>				
Comunicazione/coordinamento con altri colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmazione delle attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione incontri/riunioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Distribuzione dei carichi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro in team/gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adeguatezza della strumentazione tecnologica fornita dall'amministrazione rispetto alle proprie esigenze lavorative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CRITICITA' PERSONALI</b>				
Percezione di discriminazione in termini di opportunità di carriera e crescita professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percezione di giudizio negativo da parte del proprio responsabile e/o dei propri colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita del senso di appartenenza al proprio team/ufficio/amministrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolamento e minori informazioni su cosa avviene in ufficio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eventuale commento:**

**16. In che misura sei soddisfatto dei seguenti strumenti forniti dalla tua amministrazione?**

**Da personalizzare in base agli strumenti tecnologici forniti dall'amministrazione.**

	Per niente 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Molto 10
PC Portatile	<input type="checkbox"/>									
Cellulare/Smartphone	<input type="checkbox"/>									
Auricolari/cuffie	<input type="checkbox"/>									
Instant messaging (es. Skype for Business)	<input type="checkbox"/>									
...	<input type="checkbox"/>									
...	<input type="checkbox"/>									

**Eventuale commento:**

17. Su quali dei seguenti aspetti tecnologici hai riscontrato criticità durante la sperimentazione dello Smart Working?

*N.B. Selezionare massimo 2 opzioni di risposta.*

**Da personalizzare in base agli strumenti tecnologici dell'amministrazione**

- PC portatile
- Accesso a Software di supporto dell'attività lavorativa
- Connessione alla rete internet
- Connessione telefonica
- Difficoltà ad accedere a risorse, informazioni e documenti
- Non ho avuto problemi ad usare la tecnologia
- Altro (specificare nel commento)

**Eventuale commento:**

18. Continuerai a fare Smart Working in futuro?

*N.B. Indicare le motivazioni di questa scelta nel campo commento.*

- Sì, assolutamente
- Probabilmente sì
- Probabilmente no (motivare nel commento)
- No (motivare nel commento)

**Eventuale commento:**

19. A quale dei seguenti ambiti extra-lavorativi hai potuto dedicare più tempo a seguito dell'introduzione dello Smart Working?

*N.B. Selezionare massimo 2 opzioni di risposta.*

- Famiglia
- Cura e benessere personale
- Altri impegni extra-lavorativi (tempo libero, sport etc.)
- Attività sociali e di volontariato
- Altro (specificare nel commento)

**Eventuale commento:**

20. Ad oggi, quanto sei soddisfatto/a della tua esperienza di Smart Working intrapresa?

- 1 – Per niente
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – Molto

**Eventuale commento:**

21. Hai ulteriori commenti o suggerimenti per migliorare l'iniziativa di Smart Working?

**Commenti/Suggerimenti:**

## SEZIONE DEDICATA AI RESPONSABILI DI SMART WORKER

### Sezione abilitata in caso di risposta affermativa alla domanda 5

22. In riferimento alle persone da te gestite, **in che misura** ritieni che i seguenti aspetti, se riscontrati sino ad oggi, rappresentino dei **benefici** della sperimentazione dello Smart Working?

*N.B. Indica eventuali ulteriori aspetti che ritieni potranno essere dei benefici nel campo commento.*

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Maggiore autonomia nel lavoro dei propri collaboratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore responsabilizzazione su obiettivi e risultati dei propri collaboratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore efficienza nel lavoro dei propri collaboratori (velocità nello svolgere l'attività, quantità di output a parità di tempo, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maggiore efficacia nel lavoro dei propri collaboratori (maggiore concentrazione, qualità delle attività svolte, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miglioramento della capacità dei propri collaboratori di pianificare e organizzare il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riduzione delle assenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miglioramento del clima lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento motivazione e soddisfazione dei propri collaboratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eventuale commento:**

23. In riferimento alle persone da te gestite, **in che misura** ritieni che i seguenti aspetti, se riscontrati sino ad oggi, rappresentino delle **criticità** della sperimentazione dello Smart Working?

*N.B. Indica eventuali ulteriori aspetti che ritieni potranno essere critici nel campo commento.*

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Difficoltà nella gestione degli Smart Workers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Aspetti legati alla sicurezza dei dati e/o alla privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicazione/coordinamento dei propri collaboratori con altri colleghi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmazione delle attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione incontri/riunioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribuzione dei carichi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavoro in team/gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita del senso di appartenenza al proprio team/ufficio/amministrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà nell'utilizzo della tecnologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eventuale commento:**

24. Come giudichi la partecipazione allo Smart Working delle persone del tuo team?

- Molto positiva
- Abbastanza positiva
- Non molto positiva (motivare nel commento)
- Negativa (motivare nel commento)

**Eventuale commento:**

## SEZIONE DEDICATA AI DIPENDENTI NON COINVOLTI NELLA SPERIMENTAZIONE

**Tale sezione sarà rivolta a tutti i dipendenti dell'Amministrazione non coinvolti nella sperimentazione.**

25. Hai avuto contatti/interagito con colleghi che erano in Smart Working mentre tu eri in ufficio?

- Sì
- No



26. **(Se No a domanda 25)** Se No, per quale motivo non hai avuto contatti/interagito con colleghi che erano in Smart Working?

- Non mi è mai capitato di dover contattare una persona in Smart Working
- Non credo sia efficace l'interazione da remoto e preferisco aspettare che il collega torni in ufficio il giorno seguente
- Perché preferisco non disturbare un collega in Smart Working

**Eventuale commento:**

27. **(Se Si a domanda 25)** In riferimento al rapporto con colleghi che fanno Smart Working, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?

N.B. Da 1: "Totalmente disaccordo" a 10: "Totalmente d'accordo".

	Totalmente disaccordo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente d'accordo 10
Le relazioni con i miei colleghi sono state buone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono riuscito a contattare i miei colleghi senza particolari problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le modalità di comunicazione/interazione sono state efficaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I rapporti interpersonali con i miei colleghi sono migliorati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eventuale commento:**

28. **(Se Si a domanda 25)** A tuo parere quale è stato l'impatto sul TUO lavoro quando hai dovuto interagire con colleghi in Smart Working?

- Molto migliorato

- Migliorato
- Invariato
- Peggiorato

**Eventuale commento:**

29. Alla luce dell'esperienza dei tuoi colleghi ti piacerebbe provare questa nuova modalità di lavoro nel prossimo futuro?

- Sì, sicuramente
- Sì, probabilmente
- Al momento non sono interessato (motivare nel commento)

**Eventuale commento:**

## SEZIONE DEDICATA AGLI SPAZI FISICI

### Opzionale – in caso di intervento su spazi di lavoro

30. A tuo parere, qual è stato l'impatto della rivisitazione degli spazi fisici su ciascuno degli aspetti elencati?

	Impatto				
	Molto peggiorato	Peggiorato	Invariato	Migliorato	Molto migliorato
Efficacia nel lavoro (qualità dell'output, accuratezza, rispetto delle scadenze, ...)	<input type="checkbox"/>				
Efficienza nel lavoro (velocità nello svolgere l'attività, quantità di output a parità di tempo, ...)	<input type="checkbox"/>				

Comfort e benessere della persona	<input type="checkbox"/>				
Supporto all'innovazione	<input type="checkbox"/>				
Efficacia del coordinamento con responsabile, colleghi, clienti interni/esterni	<input type="checkbox"/>				
Condivisione delle informazioni	<input type="checkbox"/>				

**Eventuale commento:**

31. Seleziona le 3 affermazioni che secondo te meglio rappresentano i nuovi spazi fisici.

- Favorisce la collaborazione tra la persone e la condivisione di conoscenze
- Incentiva la socializzazione tra le persone
- Facilita il coordinamento delle attività
- Fa comprendere che l'amministrazione tiene ai propri dipendenti
- Rende le persone orgogliose di lavorare in questa amministrazione
- Rispetta l'ambiente (riciclaggio, efficienza energetica, materiali ecologici, ...)
- Influisce positivamente sulla motivazione e soddisfazione sul lavoro
- Aumenta la responsabilizzazione e l'autonomia nel lavoro

**Eventuale commento:**

32. Qual è la tua opinione complessiva sulla rivisitazione degli spazi fisici?

- Negativa
- In parte negativa



Positiva

Molto positiva

**Eventuale commento:**

33. Hai suggerimenti per migliorare la gestione degli spazi?

**Suggerimenti:**

## OPINIONE COMPLESSIVA

***N.B Domanda per tutti***

34. Qual è la tua opinione in relazione all'introduzione dello Smart Working nell'amministrazione?

*N.B. Da 1: "Decisamente negativa" a 10: "Decisamente positiva".*

*In caso di opinione negativa ti chiediamo di commentare esplicitando i motivi alla base di questa considerazione.*

- 1 – Decisamente negativa
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – Decisamente positiva

**Eventuale commento:**