



*Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività
dei servizi e delle strutture per il trattamento del
disturbo da gioco di azzardo*

SOMMARIO

Introduzione	4
La costruzione della scheda d'indagine	5
Risultati	6
Distribuzione centri per area geografica e regione	6
Disponibilità di attività cliniche dedicate	7
La diagnosi di DGA	8
Analisi delle prestazioni e dei tempi di attesa	9
Offerta assistenziale	10
Registrazione dei dati	10
Analisi del carico di lavoro	11
L'organigramma dei Centri	13
Valutazione d'esito e valutazione multidisciplinare	13
Valutazione di qualità del servizio	14
Altre informazioni	14

INTRODUZIONE

Durante l'ultimo decennio, la costante estensione del fenomeno del gioco d'azzardo e della sua visibilità sociale hanno raggiunto proporzioni mai viste prima. Una pari visibilità hanno cominciato ad avere anche i risvolti sociali e sanitari di questo fenomeno e in misura tale da indurre molti servizi del Sistema Sanitario Nazionale dedicati alla cura di pazienti con altre dipendenze a predisporre attività e risorse finalizzate all'assistenza delle persone che soffrono dei disturbi associati al comportamento da gioco d'azzardo.

In realtà molti professionisti dei servizi sono già da tempo impegnati nell'acquisire strumenti e competenze specifiche da rivolgere anche a quello che oggi è definito Disturbo da Gioco di Azzardo (DGA). Tuttavia molto del lavoro assistenziale è ancora condotto sulla base dell'esperienza accumulata da singoli clinici o gruppi di operatori, senza un funzionale tessuto di relazioni e di scambi tra realtà regionali o tra le diverse aree geografiche del Paese. Ciò che è accaduto si osserva spesso in ambiti sanitari di nicchia o ad alta specializzazione, e dove le esperienze di collaborazione e di confronto scientifico, o il lavoro di Rete, finiscono più spesso per realizzarsi con specialisti all'estero che con i colleghi nazionali. Per queste ragioni una prima Azione programmata del Progetto ha previsto un'indagine nazionale di censimento delle attività delle strutture oggi impegnate, a diverso titolo, al contrasto del DGA e che soprattutto contribuisse a riunire le esperienze assistenziali e scientifiche dei singoli gruppi condotte fino ad oggi su questo tema.

L'indagine è stata disegnata e condotta allo scopo di raccogliere dai Servizi soprattutto dati circa:

- a) Gli indicatori di attività mirata al disturbo
- b) I criteri di diagnosi utilizzati e analisi delle comorbilità
- c) La composizione delle equipe assistenziali dedicate
- d) La tipologia degli strumenti di intervento e di valutazione utilizzati
- e) L'analisi dell'offerta assistenziale
- f) Le attività di valutazione degli esiti
- g) Il lavoro di rete con altre strutture

L'indagine ha consentito di individuare alcuni indicatori quantitativo-qualitativi del DGA e la creazione di un archivio computerizzato che ha raccolto le attività delle più importanti strutture pubbliche e del privato sociale che offrono oggi servizi per le persone con disturbi legati al gioco problematico.

LA COSTRUZIONE DELLA SCHEDA D'INDAGINE

La prima tappa operativa dell'indagine è stata quella di costruire una scheda di censimento che consentisse di raccogliere dati in tutti gli ambiti di indagine previsti ma che allo stesso tempo si rivelasse accettabile dagli operatori e di facile compilazione. Una prima versione della scheda è stata articolata in quattro sezioni finalizzate a raccogliere informazioni sulle caratteristiche anagrafiche dei centri (es. posizione geografica, indirizzo, recapiti e tipologia dei contatti); sulla descrizione del servizio (caratteristiche di struttura e di processo, descrizioni delle attività) sulla tipologia dell'intervento assistenziale (definizione di caso, strumenti diagnostici specifici e delle comorbidità, tipologia delle terapie); sulle attività di valutazione degli esiti (tipologia degli strumenti, criteri di scelta degli esiti, indicatori di qualità del servizio).

Una prima versione della scheda è stata inviata agli esperti partecipanti al Progetto ed è stata sottoposta a una prima revisione che ha consentito di riconsiderare i vari ambiti di indagine, eliminare alcuni item e di modificarne o aggiungerne altri. Una seconda versione della scheda è stata in seguito sottoposta a una prova di somministrazione/compilazione ad un campione di 11 centri clinici del territorio nazionale, allo scopo di verificarne comprensibilità, grado di accettabilità, completezza e tempi di compilazione. Solo dopo i risultati di questa prima fase di validazione è stata redatta una stesura finale dello strumento, come frutto dell'integrazione tra: i) gli strumenti utilizzati per indagini simili; ii) gli *indicatori* del GDA emersi dalla letteratura scientifica; iii) le indicazioni degli esperti e iv) i suggerimenti di operatori del settore.

La versione definitiva della scheda prevedeva le seguenti aree d'indagine:

1. Anagrafica e accessibilità utenti
2. Organizzazione del servizio
3. Offerta assistenziale e valutazione esiti
4. Tipologia dell'utenza assistita

Allo scopo di raccogliere dati non solo nell'ambito delle strutture pubbliche, la scheda di rilevazione è stata redatta in due versioni: una versione per i Servizi del S.S.N., l'altra per le Strutture afferenti al Privato Sociale.

Allo scopo di costruire una prima *mailing-list* di centri verso i quali avviare l'indagine, sono stati individuati e selezionati dalla rete WEB numerosi elenchi di strutture pubbliche e del privato sociale con attività collegate al DGA e creato un primo archivio elettronico di centri. L'archivio iniziale è stato in seguito aggiornato ed esteso con i dati raccolti dall'indagine. L'attività di costruzione dell'archivio di base è stata condotta utilizzando la tecnica del "*profile research*" ed è stata condotta prevalentemente *online* mediante l'esplorazione di banche dati presenti in siti istituzionali, del privato sociale e delle organizzazioni non governative (*OnG*). Laddove i contenuti si sono rivelati incompleti, errati o ritenuti obsoleti, è stata portata a termine un'azione di "*recall telefonico*" verso la struttura di riferimento per aggiornarne il profilo.

Il processo di aggiornamento è stato condotto utilizzando la metodologia e i principi di *Lessler e Kalsbeek* (1992) (Tabella 1):

TABELLA 1 - PRINCIPI DI COMPLETAMENTO DELL'ACCURATEZZA DELLE INTERVISTE E DELLE BANCHE DATI SECONDO LESSLER E KALSBECK (1992).

1. Identificazione dello scopo del database;
2. Individuazione e organizzare delle informazioni necessarie;
3. Suddivisione delle informazioni in tabelle;
4. Trasformazione degli elementi di informazioni in colonne;
5. Dettaglio delle chiavi primarie;
6. Impostazione delle relazioni tra le tabelle;
7. Perfezionamento della progettazione;
8. Applicazione delle regole di normalizzazione.

La scheda finale d'indagine è stata costruita su una piattaforma ad accesso gratuito in Internet (i.e., *SurveyMonkey*®) e utilizzando l'archivio di centri individuati preventivamente approntato, il relativo *link* è stato inviato via posta elettronica, il 6 ottobre 2015 a 612 Servizi del SSN (SerT e SerD) e a 796 strutture del privato sociale. Dopo il primo invio sono state eseguite, in cinque diversi momenti delle *re-call* per sollecitare i servizi e le strutture che non avessero fornito fino allora una risposta. Nei casi in cui gli indirizzi di posta elettronica disponibili non sono risultati attivi, sono state effettuate ulteriori *re-call telefoniche* per accertare quelli corretti. Le maggiori criticità incontrate in questa fase dell'indagine si sono dimostrate: la scarsa dimestichezza degli operatori con indagini basate su sistemi informatizzati via WEB e la mancata standardizzazione degli indirizzi di posta elettronica dei servizi pubblici sotto un dominio predefinito (per es. regionale o della ASL di appartenenza).

RISULTATI

Dei 612 SerT/SerD cui è stato inviato il *link* per l'indagine on-line, 343 (56,0%) hanno fornito una qualche forma di risposta mediante una e-mail, una telefonata o la diretta compilazione della scheda di indagine. Parallelamente dai 769 centri del Privato sociale, è stata ricevuta una qualche forma di risposta da 137 (17,2%). Tra i centri rispondenti 184 SerT/SerD e 95 strutture del privato sociale hanno dichiarato di prevedere attività cliniche specifiche per il gioco di azzardo.

DISTRIBUZIONE CENTRI PER AREA GEOGRAFICA E REGIONE

Tra i servizi che hanno fornito informazioni sulla regione di appartenenza, 81 Ser.T/Ser.D hanno dichiarato di essere ubicati nel Nord Italia, 44 nel Centro Italia e 59 nel Sud ed Isole. La distribuzione delle strutture sul territorio nazionale afferenti al privato sociale è risultata molto disomogenea con molte Regioni senza strutture o con un numero esiguo di queste. Nella Figura 1 è rappresentata la distribuzione delle strutture del

SSN censite nell'indagine.



FIGURA 1. DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DI 184 Ser.T/Ser.D CENSITI CON ATTIVITÀ D'ASSISTENZA RIVOLTA A PAZIENTI CON DISTURBI ASSOCIATI AL GIOCO D'AZZARDO (ITALIA-ISS 2014).

DISPONIBILITÀ DI ATTIVITÀ CLINICHE DEDICATE

Tutti i 184 Ser.T/Ser.D che hanno risposto all'indagine hanno dichiarato di aver implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del DGA. In particolare, il 113 (61.4%) servizi hanno dichiarato di prevedere delle attività dedicate, 58 (31.5)% che prevedono un servizio specifico e 14 (7,6%) che è stato avviato un servizio dedicato attivato secondo specifici LEA regionali. La quasi totalità dei Servizi (92.0%) ha anche dichiarato che il personale è stato appositamente formato per operare nell'ambito del disturbo da gioco d'azzardo.

Delle 95 strutture del privato sociali rispondenti, 72 (75,8%) prevedono delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo, mentre 23 (24,2%) ha dichiarato di non aver intrapreso ancora alcuna azione specifica a causa della mancanza di fondi, di spazi o di personale, e più della metà di queste stava studiando la fattibilità di future azioni. Queste strutture dichiarano tuttavia di inviare in caso di necessità, gli utenti presso i Ser.T/Ser.D di competenza territoriale. Su circa da quanto anni le strutture rispondenti svolgessero attività dedicate a pazienti con disturbi associati al gioco d'azzardo hanno risposto 153 Ser.T/ser.D e 39 strutture del privato sociale. La Figura 2 mostra la distribuzione cumulativa dei centri per anno e per tipologia. L'aumento progressivo del numero dei SerT/serD interessati al DGA si è registrato soprattutto dopo il 2005. Nel privato sociale, anche se in misura molto minore, tale aumento si è registrato

soprattutto dal 2011 al 2014.

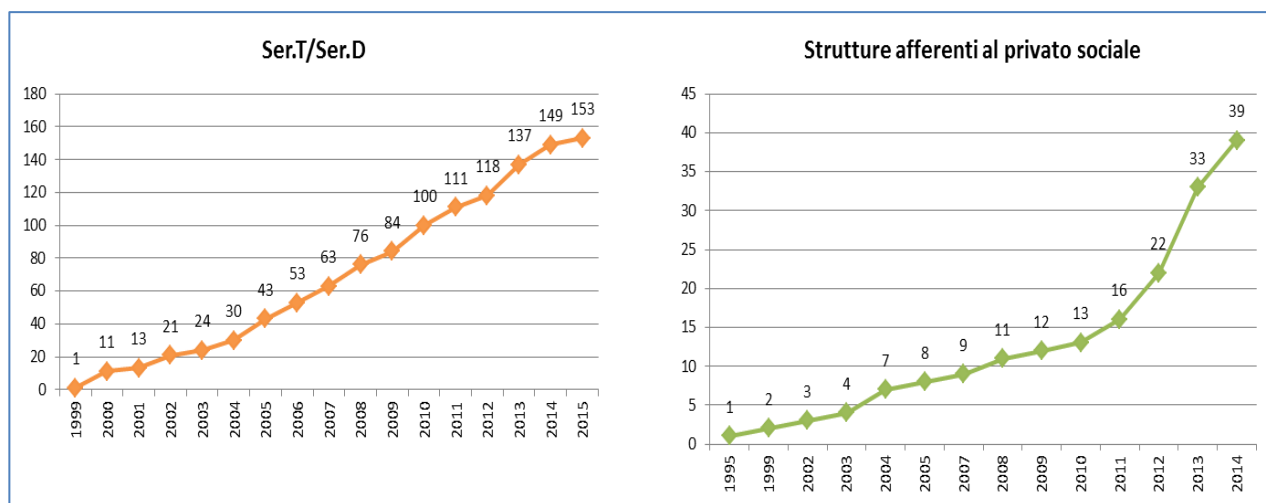


FIGURA 2. ANNO DI AVVIO DI ATTIVITÀ ASSISTENZIALI VERSO IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO. (153 SER.T/SER.D E 39 STRUTTURE DEL PRIVATO SOCIALE. ITALIA 2015).

LA DIAGNOSI DI DGA

Nei centri rispondenti, la diagnosi di DGA viene definita in base ai criteri del DSM 5 nella quasi totalità dei Ser.T/Ser.D (182/184 98.9%) e in oltre tre quarti delle strutture del privato sociale (73/95, 76.8%). La diagnosi è effettuata utilizzando strumenti psicodiagnostici standardizzati in circa l'83.7% (154/184) dei Ser.T/Ser.D, e in circa il 76% (66/95) delle strutture afferenti al privato sociale. Il 94% dei Ser.T/SerD prevede anche una valutazione sociale dei pazienti, e l'82% anche una valutazione medica. Il 93% delle strutture afferenti al privato sociale prevede una valutazione sociale, e nel 29% dei casi anche una valutazione medica.

Nello specifico, gli indicatori più frequentemente usati per la **valutazione sociale** dai SerT/SerD sono: le relazioni familiari (92%); la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (74%); la presenza di debiti (70,0%) con organizzazioni autorizzate come banche o finanziarie; la presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (61,0%), come l'appropriazione indebita e l'emissione di assegni a vuoto. Anche per strutture afferenti al privato sociale l'indicatore più rilevante per la valutazione sociale è dato dalle relazioni familiari (73%); altri indicatori utilizzati frequentemente sono la presenza di debiti (64%) con banche o finanziarie, la presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (61%), la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (56%) e la presenza di debiti con organizzazioni non autorizzate (52%).

La **valutazione medica** degli utenti dei SerT/SerD è effettuata prevalentemente tenendo conto della presenza di comorbidità, come altre dipendenze o disturbi psichiatrici (86%). La valutazione deriva da un'anamnesi completa del paziente nell'83% dei casi, e in oltre la metà (56%) anche mediante colloquio con i familiari e le persone significative per il paziente. All'indagine i SerT/SerD hanno dichiarato che in presenza di comorbidità psichiatrica nel 61% dei casi la scelta della terapia farmacologica viene stabilita in

collaborazione con il Centro di Salute Mentale di competenza territoriale.

La valutazione medica degli utenti delle strutture del privato sociale viene condotta prevalentemente mediante un'anamnesi completa del paziente (25%), e/o un colloquio con i familiari o persone significative per il paziente (25%) e indagine su eventuali comorbidità in un terzo dei casi (30%). Solo dodici (12,6%) delle 95 strutture hanno dichiarato di non effettuare alcuna valutazione medica.

La sezione della rilevazione sull'utilizzo della **valutazione psicodiagnostica**, ha mostrato come nei SerT/SerD non venga condiviso uno vero e proprio "standard" psicodiagnostico. Il 56% dei centri ha indicato di utilizzare l'intervista strutturata e/o semistrutturata, il 31% differenti test e scale di valutazione della "addiction" e il 15% dei servizi ha utilizzato la risposta "Altro da specificare" indicando più frequentemente l'utilizzo del colloquio clinico. Diversamente, le strutture del privato sociale oltre ad aver dichiarato l'utilizzo per la valutazione psicodiagnostica della intervista strutturata e/o semistrutturata nella metà dei casi (50%), hanno indicato di utilizzare test di personalità tipo MMPI (39%), test e scale di valutazione della «addiction» (27%) ed anche altri test di personalità (18%).

Nei centri del SSN dove vengono utilizzati strumenti di screening per il disturbo da gioco d'azzardo, quello più utilizzato è risultato, il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) per adulti (93%), e in un terzo dei casi (34%) insieme ad altri strumenti come il *Clinical Outcome for Routine Evaluation Outcome Measure* (CORE-OM), il *Clinical Gait and Balance Scale* (GABS), il *Symptom Checklist-90* (SCL 90).

Anche le 26 strutture del privato sociale che hanno dichiarato di utilizzare strumenti diagnostici specifici per il GDA, utilizzano più frequentemente il SOGS per adulti (81%), ma anche, in un terzo dei casi (31%), l'*Addiction Severity Index – Pathological Gamblers* (ASI –PG) e il *Gambling Severity Index* (GSI). Inoltre il 19% delle strutture utilizza anche il *Canadian Problem Gambling Index*. Il 38% delle strutture rispondenti ha anche indicato nella sezione "Altro", più spesso strumenti quali la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID II) e la *Clinical Gait and Balance Scale* (GABS).

ANALISI DELLE PRESTAZIONI E DEI TEMPI DI ATTESA

L'erogazione delle prestazioni al paziente nei Ser.T/Ser.D è nella quasi totalità a completo carico del SSN. Solo il 2,0% delle strutture ha dichiarato di erogare prestazioni sottoposte a contribuzione (ticket) e un 1,0% ha risposto di offrire prestazioni fuori dai LEA. Diversamente, solo 22 (23,2%) delle 95 strutture del privato sociale erogano prestazioni gratuite e 16 (16,8%) prevedono una qualche forma di pagamento sotto forma di ticket, di quota associativa o di retta mensile.

Il tempo di attesa per accedere ai servizi e alle strutture del privato sociale è risultato relativamente breve. Il 61% circa dei Ser.T/Ser.D e l'81% circa delle strutture del privato sociale hanno dichiarato tempi di attesa inferiori ai 7 giorni.

OFFERTA ASSISTENZIALE

Gli interventi più frequentemente attuati presso i Ser.T/SerD (Fig. 3) sono risultati il counselling individuale (91%) e la psicoterapia individuale (87%). Inoltre oltre la metà dei servizi attua terapie familiari (55%) e quasi la metà terapie di coppia (49%). Gli interventi più frequentemente attuati nelle strutture del privato sociale sono più numerosi (Fig. 4). La psicoterapia individuale in circa tre quarti dei centri (74%), l'intervento riabilitativo/educativo in circa due terzi (63%), il gruppo psico-educativo e il counselling in circa il 60%. Il 13% dei Ser.T/SerD offre una consulenza legale all'interno del servizio mentre il 23% ha collegamenti con consulenti esterni. Nelle strutture afferenti al privato sociale, il 16% prevede una consulenza legale nella struttura e circa il 40% ha collegamenti con consulenti esterni.

REGISTRAZIONE DEI DATI

L'inchiesta ha messo in evidenza che nei servizi del SSN non c'è una strategia condivisa di raccolta dei dati clinici dei pazienti, ma piuttosto coesistono diverse modalità tra cui la più diffusamente indicata è stata la cartella clinica (87%) parallelamente al sistema informatico regionale (81%), e in meno di un centro su dieci (8%) la Piattaforma MfP.

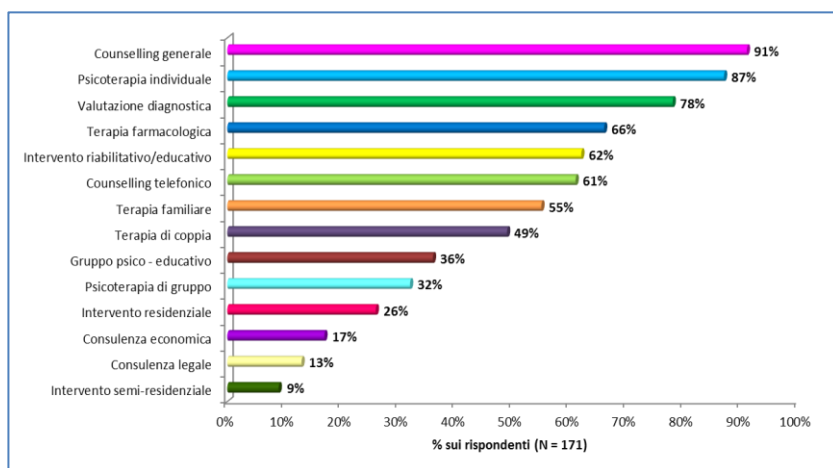


FIGURA 3. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI INTERVENTI RIVOLTI A PAZIENTI CON DGA IN 171 SerT/SerD RISPONDENTI. ITALIA 2015.

Per quanto riguarda le strutture afferenti al privato sociale, viene più spesso utilizzata una scheda individuale del paziente (74%). Le motivazioni più frequenti di accesso ai Ser.T/SerD e alle strutture afferenti al privato sociale sono le pressioni dei familiari (99% servizi e 93% delle strutture), i debiti (83% dei servizi e 81% delle strutture) e il malessere percepito (63% dei servizi e 71% delle strutture).

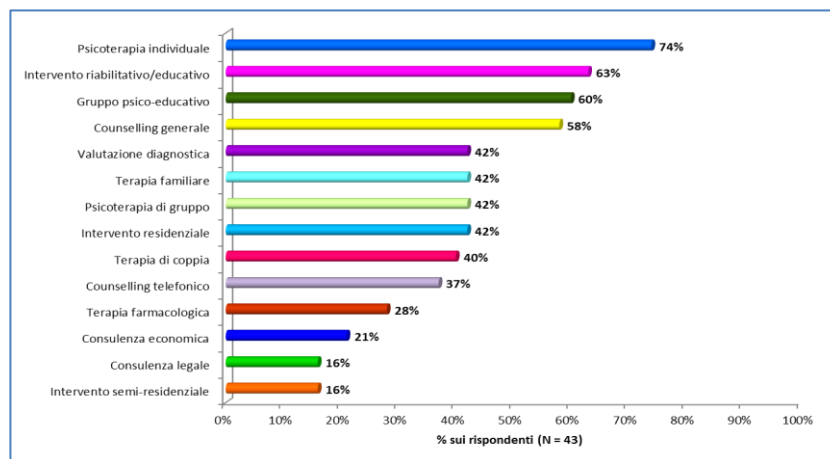


FIGURA 4. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI INTERVENTI RIVOLTI A PAZIENTI CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO IN 43 STRUTTURE DEL PRIVATO SOCIALE. ITALIA 2015

Alla domanda “Gli utenti arrivano al servizio per il disturbo da gioco d’azzardo principalmente su:” i servizi hanno risposto ‘su indicazione dei familiari (94%)’, ‘accesso volontario’ (91%), ‘indicazione del medico di base’ (34%). Gli utenti arrivano alle strutture del privato sociale più spesso volontariamente (83%), su suggerimento dei familiari (60%) o per invio da parte dei Ser.T/Ser.D (52%).

ANALISI DEL CARICO DI LAVORO

L’inchiesta ha previsto la raccolta dei dati sul numero di utenti presi in carico da ciascun centro rispondente, sia del SSN che del privato sociale, dall’inizio della attività dedicata al Disturbo da Gioco d’Azzardo, durante l’anno solare 2014 e durante i primi otto mesi del 2015 (Gennaio-agosto).

I 184 centri SerT/SerD hanno indicato un totale di 17.688 utenti presi in carico dall’inizio dell’attività. Durante il 2014 il numero totale dei pazienti in trattamento era 6.297, mentre i nuovi casi per lo stesso anno erano stati 2.924. Durante i primi otto mesi del 2015 il numero totale dei presi in carico era 5.508, mentre quello dei nuovi casi era 1.936.

I 95 Centri del privato sociale hanno indicato un numero totale di utenti presi in incarico dall’inizio attività pari a 6.195 unità. Mentre i pazienti in trattamento durante il 2014 erano 1.223, e i nuovi accessi per lo stesso anno erano 697. Durante i primi otto mesi del 2015 gli stessi centri hanno fatto registrare un totale di 992 accessi di cui 465 erano costituiti da nuovi accessi.

La distribuzione per fascia di età dell’utenza dei 184 servizi del S.S.N., per l’anno solare 2014, mostra come la maggior parte degli utenti si concentri nella fascia di età 41-50 anni, e poi in quella 31-40 anni. In queste due fasce di età si osserva oltre il 50,0% di tutti gli utenti, con un rapporto maschi femmine intorno al 4:1. Il rapporto maschi/femmine delle fasce centrali tende a diminuire progressivamente nell’utenza delle età più elevate e passa a 3:1 nella fascia 51-60 per passare a meno di 2:1 (1,8:1) nella fascia 61-70 (Fig.5).

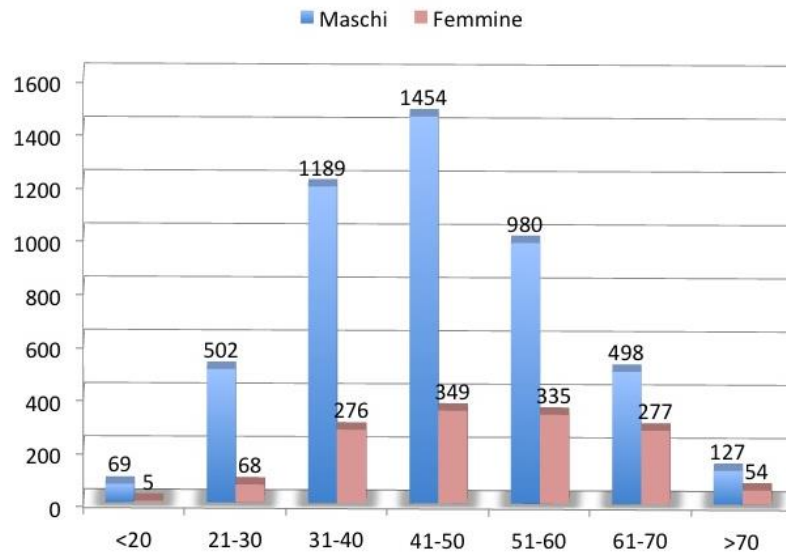


FIGURA 5. DISTRIBUZIONE DEGLI UTENTI IN TRATTAMENTO PER DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PRESSO 184 SERT/SERD PER FASCIA DI ETÀ E SESSO. ANNO 2014.

La distribuzione per fascia di età nella popolazione di utenti dei centri del privato sociale mostra dati quasi sovrapponibili a quelli osservati nei centri del SSN, con una maggioranza di utenza concentrata nelle fasce di età 41-50 anni e 31-40 anni (Fig.6). Diversamente, nell'utenza del privato sociale il rapporto maschi/femmine è risultato più basso di quello registrato tra i centri del SSN, attestandosi tra 2,5:1 e il 2:1 nelle fasce più rappresentate.

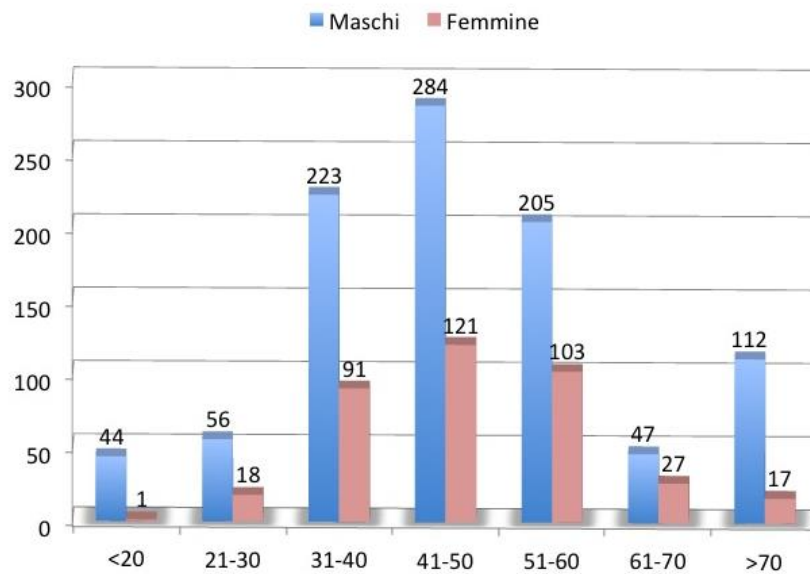


FIGURA 6. DISTRIBUZIONE DEGLI UTENTI IN TRATTAMENTO PER DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PRESSO 95 CENTRI DEL PRIVATO SOCIALE PER FASCIA DI ETÀ E SESSO. ANNO 2014

L'ORGANIGRAMMA DEI CENTRI

Alla richiesta di fornire indicazioni e dati sulla composizione delle equipe, hanno risposto 161 (87,0%) dei 184 centri del SSN. In questi centri la composizione media dell'equipe è risultata basata su almeno tre figure: un medico, uno psicologo e un assistente sociale. Sono presenti alcuni centri dove nell'equipe manca un medico dedicato ed altri dove gli psicologi impegnati sono più di uno. L'infermiere professionale dedicato è presente nei centri solo in piccola proporzione (7%).

In totale nei centri SSN rispondenti sono stati censiti come operativi: 144 medici, 196 psicologi, 143 assistenti sociali, 46 infermieri, 84 educatori, 6 sociologi e 12 altri operatori di altre tipologia.

Tra le 95 strutture del privato sociale, 42 (44,2%) hanno fornito dati sull'organigramma. Diversamente dai centri del SSN, queste strutture hanno indicato una composizione dell'equipe mediamente formata da almeno uno psicologo e quasi sempre anche da un educatore. Il medico è non presente nella maggior parte delle strutture. In totale sono stati come operativi: 52 psicologi, 35 educatori, 13 assistenti sociali

Nelle strutture afferenti al privato sociale, ad affiancare medici, psicologi e assistenti sociali compaiono le figure professionali di: avvocato e consulente finanziario, citate più volte nella categoria "Altro".

Il confronto tra le distribuzioni delle varie figure professionali operative nelle due tipologie di centri censiti mostrano differenze rilevanti (Figura 7). I medici e gli assistenti sociali che nei servizio del SSN si dividono equamente circa il 50% delle presenze professionali si riducono drasticamente nelle strutture del privato sociale a favore degli educatori (32%) e degli psicologi (47%).

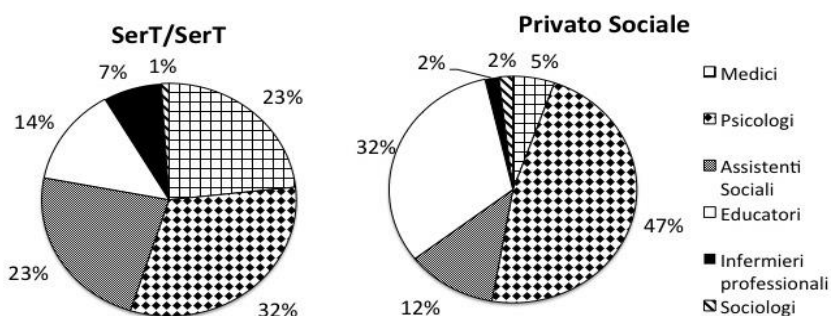


FIGURA 7. DISTRIBUZIONE DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI IN CENTRI PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA (ITALIA, 2014).

VALUTAZIONE D'ESITO E VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

La maggior parte delle strutture conduce programmi di valutazione d'esito con modalità diverse fino a fine trattamento. Il 66% dei SerT/SerD e il 65% delle strutture del privato sociale prevedono una fase di follow up degli utenti. E la quasi totalità dei servizi (94,4%) esegue una valutazione di esito fino a due anni

successivi alla fine del trattamento. Gli indicatori d'esito più utilizzati dai servizi del S.S.N. sono scelti dal servizio stesso (49%), così come avviene nella maggior parte delle strutture afferenti al privato sociale (63%). La valutazione multidisciplinare ha luogo nella quasi totalità dei servizi del SSN (93%) e in oltre i tre quarti delle strutture del privato sociale (83%).

VALUTAZIONE DI QUALITÀ DEL SERVIZIO

La qualità del servizio è valutata nel 44% dei Ser.T/SerD. Circa le modalità di valutazione, il 56% non ha dato una risposta definitiva e tra i rispondenti il 23 % ha indicato, come indicatori di qualità, sia la soddisfazione degli operatori sia quella degli utenti. Non è stato invece possibile raccogliere alcuna informazione sulla valutazione di qualità nei centri del privato sociale.

ALTRE INFORMAZIONI

La pubblicizzazione dell'attività dei Ser.T/SerD avviene attraverso diversi canali: materiale informativo che pubblicizza la presenza sul territorio di servizi sanitari dedicati al disturbo da gioco d'azzardo come previsto dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (Legge Balduzzi) (82%), comunicazione sul sito aziendale (72%), descrizione nella carta dei servizi della struttura (57%), altri mezzi (es. comunicazione interistituzionale) (21%). Differente è la situazione per le strutture afferenti al privato sociale che per farsi pubblicità utilizzano principalmente il sito della struttura (71%), materiali informativi distribuiti presso i Ser.T/SerD (52%), descrizione nella carta dei servizi (45%).

La maggior parte dei Ser.T/SerD collabora con altri enti (74%), attua attività di prevenzione (71%) e implementa attività di formazione (65%). Anche la maggior parte delle strutture collabora con altri enti (85%), è coinvolta in attività di formazione (63%) e di prevenzione (59%).

Bibliografia

1. Lessler, J. T., Kalsbeek, W. D., 1992. Non sampling Error in Surveys. John Wiley & Sons, New York, 432 pagine.