

i riferimenti di help line di altri paesi danno un rapporto di 2 a 1 per le femmine ( Gainsbury et al. 2011, Gambling Ontario 2012, Nevada 2012, Gamcare 2013). Il canale di contatto privilegiato dalla maggioranza, è telefonico, (tab. 1) soprattutto dai familiari e dai soggetti di età media e medio alta. Tra i giocatori è usata la modalità di contatto web soprattutto da coloro che prediligono i giochi strategici (Odlaug et al. 2011) (poker, scommesse sportive, alcuni giochi di carte) che sono praticati on line e sono più frequenti fra i giovani e i giovani adulti (Potenza et al. 2006; Odlaug et al. 2011). I giovani, comparati ai giocatori non strategici (slot e vlt, bingo, lotterie istantanee) hanno maggiore consuetudine con l'uso di Internet e anche con la capacità di chiedere aiuto (Monaghan e Blaszczynski 2009). Sebbene i giocatori non strategici siano più numerosi di quelli strategici, la frequenza di gioco è maggiore per questi ultimi. (tab. 2). Tra i soggetti adulti e adulti anziani si trovano le maggiori perdite in denaro e presenza di debiti (tab. 1), dato che concorda con i rilievi di altri autori (Potenza et al. 2006; Granero et al. 2013). Le conseguenze finanziarie delle perdite al gioco sono una delle principali cause di conflitto e di problemi familiari e le richieste di consulenza legale per risolvere i debiti e proteggere i patrimoni rappresentano il 20% del totale delle domande di aiuto. Tra le differenze di genere si segnala che le donne giocatrici mediamente sono più anziane degli uomini giocatori (47,3 vs 40,2 anni) ed è più probabile che abbiano problemi con le forme di gioco non strategico. Come riportato nello studio di Potenza e coll. (2001) le diversità di pattern di gioco tra i generi, sembrerebbero indicare che le donne considerano il gioco d'azzardo una forma di fuga e di evasione, mentre i maschi sono più propensi a considerarlo una forma di sfida e di prova di abilità. Di converso la elevata prevalenza femminile tra i familiari, tipicamente italiana rispetto ad altri paesi di lingua anglosassone, sembra indicare una maggiore sensibilità verso la protezione della famiglia e l'attenzione ai suoi membri, al di là del fatto che i giocatori maschi siano più numerosi. Da segnalare anche l'elevato numero di soggetti adulti anziani (>65) non dissimile come numerosità dal cluster dei soggetti giovani (18.24 anni) che si riscontra anche in altri autori (Desai et al. 2007)

**distribuzione territoriale dei soggetti che hanno contattato la help line**

Area geografica	Giocatori	Altri significativi
Nord	52.2%	50.2%
	17.8%	16.5%
Sud/Isole	30.0%	33.3%

Le provincie più rappresentate sono Milano (908), Roma (858), Napoli (552) i cui capoluoghi sono città metropolitane. Le regioni più numerose sono Lombardia (2.227), Lazio (1.117), Campania (990). Seguono Sicilia, Veneto, Piemonte e via via le altre. Hanno contattato anche un buon numero di cittadini stranieri 368 casi (4%), seppure in percentuale inferiore al totale degli stranieri residenti in Italia (7,4%) Istat 2013.

Un importante cambiamento di contesto normativo ha determinato una variazione significativa nel tipo e nel numero di persone che hanno contattato l'helpline . A partire dal gennaio 2013 la Legge n.189/2012 del 08/11/2012 (cosiddetto decreto Balduzzi) ha reso obbligatorio per tutti i luoghi di gioco, esporre avvisi di rischio e l'indicazione dei servizi di assistenza. Fino a quel momento la fonte informativa sul servizio più rilevante sono stati gli ambulatori di medicina generale, ai cui titolari è stata inviata in due riprese una brochure informativa sul servizio. Successivamente a questo evento, gli ambienti di gioco ed il web sono diventati la principale fonte di informazioni sulla helpline Gioca Responsabile, ed insieme costituiscono oggi 80% delle fonti informative per le persone che ci contattano. La prima conseguenza è stata che il numero di persone problematiche che hanno contattato il servizio nel primo semestre del 2013 è cresciuta fino a 2.160 rispetto a una media di 1.800 casi/anno totali negli anni precedenti . La seconda conseguenza è stato l'aumento del numero di giocatori rispetto ad altri significativi , più del 70 %

dei soggetti totali che ha chiamato, di cui il 78 % di sesso maschile. Queste osservazioni mettono in evidenza il forte legame delle help line con variabili quali: cosa, come e dove l'informazione si diffonde (Monaghan e Blaszczynski 2010), qual è la percezione sociale del problema (Griffiths et al 2005; Bellringer 2008; Pulford 2009), che tipo di politiche sono attuate verso il gioco d'azzardo, quanto è presente e diffusa la rete di cura e di welfare, quale grado di familiarità hanno i cittadini con il web, piuttosto che il telefono (Phillips e Blaszczynski 2010). Modifiche in uno o più di queste variabili possono influenzare in modo significativo le caratteristiche della popolazione che chiama una help line. Come già riconosciuto da molti autori (Toneatto 2005, Phillips e Blaszczynski 2010; Gainsbury e Blaszczynski 2011), è importante fornire opportunità di trattamento differenziate (Andersson e Carlbring 2003), non solo come metodi e tipi di cure e di consulenza (Cunningham et al. 2009), ma anche come settings (Carlbring e Smit 2008), tempi e modi di accesso. Può anche essere utile fornire canali di informazione con diversa finalità, non solo in funzione del tipo e modalità di gioco ma anche rispetto all'età (Monaghan e Wood 2010). La helpline raccoglie una domanda di assistenza, che è il risultato di un processo cognitivo complesso da parte della gente che ha o pensa di avere un problema di salute (Schwartzberg et al. 2005, Rudd et al. 2007). In primo luogo, riconoscere l'esistenza del problema, avere fiducia che può essere trattato, sapere dove si può trattare. Le persone che contattano l'helpline sono quindi una popolazione selezionata di individui che hanno un problema e che probabilmente pensano di essere in grado di affrontare.

#### I soggetti in trattamento

A partire da questi dati di letteratura e dalle osservazioni sulle domande di assistenza che ci venivano poste, si è deciso di attivare l'opportunità di trattamenti psicoterapici on line. Da agosto 2013 è possibile, registrandosi con modalità che assicurano l'anonimato e la assoluta riservatezza, accedere ad un percorso di cura secondo il modello della psicoterapia cognitivo comportamentale (Beck 2002), della durata prevista di sei mesi. Da agosto 2013 ad aprile 2014 si sono registrate 446 persone (372 maschi) e (74 femmine). L'età media dei 446 soggetti registrati è 38 anni per i maschi e 44 per le femmine, popolazione molto più giovane di quella che afferisce in generale alla help line. Dei soggetti registrati 269 non hanno fissato il primo appuntamento telefonico con il terapeuta e quindi non hanno avviato il trattamento. Di questi soggetti disponiamo della valutazione di livello di gravità e del profilo motivazionale, che sono la condizione necessaria per completare la registrazione. Rispetto a coloro che hanno avviato il trattamento non c'è differenza significativa nei valori di gravità, misurata con il Canadian Problem Gambling Index - CPGI (Ferris J., Wynne H., 2001) il 70% dei soggetti ha un punteggio CPGI superiore a 14 e il 25% tra 8 e 14. 177 soggetti hanno preso il primo appuntamento con il terapeuta ma non tutti hanno rispettato l'impegno, e solo 117 sono entrati realmente in trattamento nel periodo considerato e di questi 72 hanno interrotto la cura, la maggior parte nella prima fase dell'analisi funzionale e dei primi obiettivi, 6 hanno completato il ciclo di trattamento e 39 sono attualmente in cura.

#### Metodologia

Per la valutazione del trattamento abbiamo considerato 59 soggetti che hanno fatto più di un colloquio ma meno di quattro, 13 soggetti che hanno abbandonato il trattamento dopo almeno quattro colloqui, 6 soggetti che hanno concluso il programma, 39 soggetti ancora in trattamento. I profili socio anagrafici e di gioco che seguono si riferiscono alla totalità dei soggetti 117, che dopo essersi registrati hanno fatto almeno un colloquio con il terapeuta.

#### Descrizione caratteristiche socio anagrafiche

### Profilo di gioco

Nella maggior parte dei casi giocano da cinque o più anni e dicono che è diventato un problema nel 60% da cinque o più anni, nel 40% da meno di due anni o addirittura pochi mesi; quasi la metà dichiara di giocare tutti i giorni, altri da due a sei volte a settimana; 2/3 giocano alle slot machine 1/3 si divide tra lotterie, scommesse e giochi di carte, in maggioranza nelle sale giochi e bar e il 20% gioca on line, pochi dicono di aver contratto debiti di gioco.

Si tratta quindi di una popolazione con un profilo socio anagrafico molto diverso dai soggetti che afferiscono alla help line generale: più giovani, diplomati o laureati, lavorano stabilmente, hanno famiglia, tuttavia mostrano comportamenti di gioco abbastanza simili agli altri giocatori. La ragione che può spiegare le differenze è che sono le persone più giovani e con un grado di istruzione maggiore ad avere dimestichezza con il web (Monaghan e Wood 2010), e maggiore capacità di orientarsi nelle ricerche di aiuto. Le stesse ragioni possono egualmente dare conto del fatto che un elevato numero di persone abbia esplorato il sito, proceduto a compilare tutti i campi necessari alla registrazione e poi non abbia dato seguito prendendo l'appuntamento con lo psicoterapeuta; infatti la relativa facilità di accesso alla cura aumenta la probabilità che la decisione sia frutto di impulso o di curiosità, piuttosto che di effettiva e motivata riflessione. Diversa è la valutazione per quei soggetti che hanno preso il primo impegno ma poi non lo hanno realizzato, perché il processo che conduce alla formulazione di una domanda di aiuto è complesso (Ajzen 1991; Lazarus 1984) e mette in gioco numerosi fattori emotivi e cognitivi segnati da forte instabilità temporale (Festinger 1957) che rende incerte e fluttuanti le decisioni, perciò non meraviglia che ci sia un elevato numero di soggetti che pur avendo apparentemente deciso di farsi curare, non abbiano poi messo in pratica la decisione. Per le stesse ragioni consideriamo veri drop out, solo quei soggetti che hanno avuto almeno quattro colloqui di terapia, condizione necessaria per poter ritenere una persona contrattualmente impegnata a prendere cura di sé con il sostegno formale di un terapeuta. Pur trattandosi di un trattamento da remoto, la relazione terapeutica anche in un setting così insolito sia per le persone che per i terapeuti, gioca un ruolo fondamentale per l'ingaggio e la continuità del trattamento, ed è un aspetto sul quale è necessario sviluppare studi e ricerche, fino ad ora molto scarse, anche per l'esiguità delle esperienze. Stanno emergendo indicatori interessanti per definire profili di aderenza alla terapia da remoto, come la frequenza dei contatti sul web e gli scambi di messaggi con il terapeuta al di fuori del tempo di colloquio, il rispetto degli orari di appuntamento che non consentono deroghe, l'accuratezza e l'attenzione nelle risposte ai protocolli della terapia. I sei soggetti che hanno concluso hanno dichiarato la loro soddisfazione compilando il questionario di fine trattamento, con l'impegno a rientrare nella loro area riservata a distanza di tre mesi per il primo follow up.

La capacità di attrazione, la ritenzione in trattamento e il giudizio soggettivo dei soggetti che hanno concluso, i dati sono più che confortanti. La domanda di cura si è espressa in modo pressoché costante per tutto il periodo con una media di 50 registrazioni mensili con una lieve flessione nei mesi di novembre e dicembre, la ritenzione in trattamento è 40% a 8 mesi dall'inizio del programma, il giudizio dei conclusi è ampiamente positivo. Sono in corso ulteriori analisi e approfondimenti per definire gli indicatori specifici della terapia da remoto in termini di compliance, misure di efficacia, predittori di esito, che possono indirizzare meglio la specificità del trattamento in rapporto al tipo di domanda. Inoltre si apre un importante ambito di studi sulle caratteristiche della relazione terapeutica da remoto, che sino a ora ha avuto poche esperienze sistematiche e standardizzate su cui riflettere e fare studi di efficacia. Saranno questi gli sviluppi di ricerca nell'ambito del servizio Gioca Responsabile.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajzen I. (1991), The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179-211.
- Afifi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Research*, 178(2), 395-400.
- Andersson, G., & Carlbring, P. (2003). Internet and cognitive behaviour therapy: New opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(3), 97-99.
- Barbaranelli, C., Updating Problem Gambling Prevalence in Italy 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues Loutraki, September 18-21 September 2012
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F. and Liese B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck J. (2002). *Terapia cognitiva. Fondamenti e prospettive*. Milano: Mediserve.
- Bellringer, M., Pulford, J., Abbott, M., De Souza, R., & Clarke, D. (2008). *Problem gambling—barriers to help seeking behaviours*. Auckland, New Zealand: Gambling and Addictions Research Centre, Auckland University of Technology.
- Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomised trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1090-1094.
- Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M. e Molinaro S. (2012). An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI. *Journal of Gambling Studies*, 28.
- Cunningham, J.A., Hodgins, D.C., Toneatto, T., Rai, A., & Cordingley, J. (2009). Pilot study of personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy*, 40, 219-224.
- Desai, R.A., Desai, M.M., & Potenza M. N. (2007). Gambling, Health, and Age: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 431-440.
- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173-183.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Row and Peterson, Evanston (trad. it. *La teoria della dissonanza cognitiva*, Angeli, Milano, 1973).
- Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). Online self-guided interventions for the treatment of problem gambling. *International Gambling Studies*, 11(3), 289-308.  
[www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14459795.2011.617764](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14459795.2011.617764)
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2013). Professional Help-Seeking for Gambling Problems: Awareness, Barriers and Motivators for Treatment. *Journal of Gambling Studies*, doi: 10.1007/s10899-013-9373-x
- Gambling Help On Line <http://www.gamblinghelponline.org.au/>
- GamCare(2013).Moving in the right direction. Statistics 2011/12.  
[http://www.gamcare.org.uk/data/files/Statistics\\_2011-12\\_web\\_use\\_this.pdf](http://www.gamcare.org.uk/data/files/Statistics_2011-12_web_use_this.pdf). Accessed 8 Jul 2013.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savvidou, L. G., Fröberg, F., et al. (2013). Is Pathological Gambling Moderated by Age? *Journal of Gambling Studies*, doi: 10.1007/s10899-013-9369-6.
- Griffiths, M. (2009). *Problem gambling in Europe: An overview*. Report prepared for Apex Communications.<http://www.nsgamingfoundation.org/uploads/Problem%20Gambling%20in%20Europe.pdf>. Accessed 5 April 2013.
- Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA Suurvali H (2012) Motivators for seeking gambling-related treatment among ontario problem gamblers.,. *J Gambl Stud*. 2012 Jun; 28(2):273-96.
- Istat - Annuario statistico italiano 2013 - [www.istat.it/it/archivio/107568](http://www.istat.it/it/archivio/107568)
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, edizione italiana a cura di Carlevaro T. e Capitanucci D., Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, McGraw-Hill, New York.
- [www.problemgambling.ca/en/documents/internet-treatment-for-problem-gambling-camh2009\\_final.pdf](http://www.problemgambling.ca/en/documents/internet-treatment-for-problem-gambling-camh2009_final.pdf)
- Monaghan, S., & Blaszczynski, A. (2010). Impact of mode of display and message content of responsible gambling signs for electronic gaming machines on regular gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 26(1).
- Monaghan, S., & Wood, R. T. A. (2010). Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *International Journal of Adolescent Health and Medicine*, 22(1), 113-128.
- National Council On problem Gambling <http://www.ncpgambling.org/> · National Responsible Gambling Programme <http://www.responsiblegambling.co.za/>
- Nevada Council On Problem Gambling <http://www.nevadacouncil.org/>

- Odlaug, B. L., Marsh, P. J., Kim, S. W., Grant, J. E. (2011). Strategic vs nonstrategic gambling: Characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 105-112.
- Ontario Problem Gambling Help Line <http://www.opgh.on.ca/Home/Links>
- Phillips, J. G., & Blaszczynski, A. (2010). Gambling and the impact of new and emerging technologies and associated products. Report prepared for the Ministerial Council on Gambling by Gambling Research Australia. <http://www.gamblingresearch.org.au/resources/046f78bd-0404-4641-bec6-ed254575aab8/gra+emerging+technologies+final+report.pdf>.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, M. S, Rounsaville, B., & O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1500–1505.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S.S. (2006). Characteristics of Older Adult Problem Gamblers Calling a Gambling Helpline. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 241–254.
- Productivity Commission. (2010). Gambling. Report no. 50, Canberra. Available: <http://www.pc.gov.au/projects/inquiry/gambling-2009/report>
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009) Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 19-32. Epub 2008 Dec 3.
- Rodda, S., & Lubman, D. I. (2013a). Characteristics of Gamblers Using a National Online Counselling Service for Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*. doi:10.1007/s10899-012-9352-7
- Rodda, S., Lubman, D. I., Dowling, N. A., Bough, A., & Jackson, A. C. (2013b). Web-Based Counseling for Problem Gambling: Exploring Motivations and Recommendations. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5):e99.
- Rudd, R., Health literacy: an update of medical and public health literature in Review of adult learning and literacy edit. Coming, Garner, Smith. Lawrence Erlbaum Associated Publisher. London 2007.
- Suurvali, H., Hodgins, D.C. & Cunningham, J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 1-33.
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Cunningham, J. A. (2012). Hesitation to seek gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1): 39-49.
- Scwartzberg, J.E., VanGeest, J.B., & Wang, C.C. (2005) Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health. Chicago: American Medical Association.
- Toneatto, T. (2005). A perspective on problem gambling treatment: issues and challenges. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 73–80.