

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Evidenze preliminari dalla piattaforma terapeutica online *Giocaresponsabile*. Condizioni socio-economiche e comportamenti di gioco

Fabio Lucchini*, Maurizio Fea[§], Felice Nava[°]

SUMMARY

■ *It is well known that problem gamblers do not always recognize the critical situation they face. Moreover, shame and fear of stigma often represent insurmountable barriers which prevent many problem gamblers from seeking help. In the attempt to lower these barriers, new types of professional help have emerged which are based on the use of telephone and information technology (eg. professional helplines, online counseling, web-sites). This study aimed to investigate variables associated to the outcome of an Internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) for problem gambling (Giocaresponsabile.it), examining the socio-economic profile and gambling behavior of users who initiated the therapy, completing it or not. The findings from this study, though preliminary, suggests that certain patients' socio-economic characteristics and gambling behavior may have a bearing on the success or failure of an ICBT and that there is a need to adapt the therapy for those individuals at risk.* ■

Keywords: *Problem gambling, Gambling behavior, Socio-economic characteristics, Dropout, Cognitive behavioral therapy, Internet-delivered cognitive behavior therapy, Internet-based treatment.*

Parole chiave: *Gioco d'azzardo problematico, Comportamento di gioco, Condizione socio-economica, Dropout, Terapia cognitivo-comportamentale online.*

Introduzione

In letteratura (Gainsbury *et al.*, 2014; Pulford *et al.*, 2009) è ampiamente riconosciuto che i giocatori problematici non sempre riconoscono la situazione critica in cui versano, ma sono spesso le persone loro vicine (famigliari, colleghi/datori di lavoro, amici, ecc.) che li inducono a cercare aiuto per risolvere i problemi psicologici e/o legali connessi all'eccesso di gioco. Inoltre, vergogna e timore dello stigma si rivelano spesso ostacoli insormontabili (Suurvali *et al.*, 2009; 2012; Hodgins *et al.*, 2012) che impediscono di intraprendere un trattamento formale. Ciò spiega la nascita di nuove tipologie di aiuto professionale (Carlbring *et al.*, 2008) attraverso l'utilizzo del telefono e delle tecnologie informatiche (es. helpline professionali, counselling online, siti web dedicati). Diverse evidenze (Cunningham *et al.*, 2008) mostrano come molti giocatori problematici preferiscano

questo tipo di approccio al momento di chiedere aiuto o intraprendere una terapia (Wood & Griffiths, 2007). Tali interventi, meno costosi rispetto alle modalità tradizionali, consentono maggiore copertura geografica e accessibilità a coloro che cercano privacy, anonimato e flessibilità nella gestione del proprio tempo (Griffiths & Cooper, 2003; Monaghan & Blaszczynski, 2009; Rodda *et al.*, 2013; Titov *et al.*, 2015, Wood & Griffiths, 2007). Tutte queste considerazioni hanno spinto all'introduzione, anche in Italia, di servizi di consulenza e supporto ai giocatori, sia via telefono che online.

Nell'ottobre 2009 è nata *Giocaresponsabile* (d'ora in avanti, GR), la prima helpline nazionale dedicata al gioco problematico e patologico. Ideato dalla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (*FeDerSerD*) con il sostegno di alcuni dei concessionari del settore giochi in Italia (*Gtech Group/Lottomatica*, *Sisal*, e, successivamente, *Codere*, *Admiral Gaming Network* e *Cirsa*), il servizio è attivo 13 ore al giorno dal lunedì al sabato (9-22) per quanto concerne i contatti telefonici e via chat in tempo reale – le email inviate al sito *giocaresponsabile.it* vengono evase nell'arco di 24 ore. Il servizio è gestito da psicoterapeuti, che offrono assistenza sia ai giocatori in difficoltà che ai famigliari e altri significativi indirettamente coinvolti. Oltre alla promozione sul web, i materiali relativi al servizio sono stati distribuiti anche negli studi dei medici di famiglia,

* Dottore di Ricerca, Università Milano-Bicocca. E-mail: lucchinifabio@tiscali.it.

§ Medico psichiatra, *FeDerSerD*. E-mail: maurizio.fea@gmail.com.

° Dottore di Ricerca e medico specializzato in Tossicologia e Psicoterapia, U.O. Sanità Penitenziaria dell'Azienda ULSS 16 di Padova. E-mail: felnava@tin.it.

negli uffici pubblici e negli ambienti di gioco. L'anonimato degli utenti è garantito con l'assegnazione di un codice alfanumerico generato automaticamente dal sistema, che consente di raccogliere informazioni sui comportamenti di gioco e i problemi associati nel rispetto della privacy (le schede-utente sono state circa 13.000 nei primi sei anni di attività). Inoltre, i codici identificativi consentono di integrare la scheda con informazioni personali aggiuntive, qualora l'utente decida di contattare più volte il servizio. I dati così raccolti permettono di analizzare le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza e di conoscere i comportamenti di gioco più diffusi. Al team di psicologi e terapeuti che gestisce il contatto iniziale sono affiancati un avvocato e due medici psichiatri, attivati nei casi che richiedono una consulenza di natura legale o una valutazione di comorbidità più approfondita. La helpline orienta e agevola l'accesso alle strutture che sul territorio offrono assistenza ai giocatori problematici e alle loro famiglie: i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T./Dipendenze (Ser.D.) delle Aziende Sanitarie Locali (Asl), i centri per la Salute Mentale, le strutture associative del privato e del sociale (comunità terapeutiche, gruppi di auto mutuo aiuto, ecc.).

Per rendere un'idea del volume di attività di GR, nei primi sei anni di attività il numero complessivo di contatti ha superato i 45.000 (35.000 telefonate, oltre 9.000 chat). I contatti sono gestiti mediante una procedura che segue il protocollo diagnostico di Ladouceur *et al.* (2001) e comprende una intervista clinica semi-strutturata articolata in 26 domande relative al gioco problematico. L'intervista proposta all'utente mira a far luce sulle ragioni che lo hanno spinto al consulto, sugli eventi scatenanti la decisione di chiedere aiuto, sulle modalità e gli stili di gioco, sui dettagli del problema, sulla presenza di comorbidità. La raccolta di tali informazioni ha un ruolo ancillare rispetto all'obiettivo di fornire aiuto e consulenza alla persona. Una recente ricerca di Bastiani *et al.* (2015) ha analizzato 5.805 utenti della helpline (57.5% giocatori e 42.5% famigliari e amici). Nel campione i maschi (età media: 40,2 anni) sono in rapporto 3 a 1 rispetto alle femmine (età media: 47,3 anni) quando contattano il servizio per un problema personale, mentre sono le femmine a prevalere (rapporto sempre di 3 a 1) quando chi contatta il servizio lo fa per un familiare o amico. La gran parte degli utenti (74,1%) preferisce giochi non strategici – es. le cosiddette slot machine.

Dall'agosto 2013, sul sito *Giocaresponsabile.it* è disponibile un servizio aggiuntivo di terapia online basata sui principi del modello cognitivo-comportamentale (Butler *et al.*, 2006; Petry, 2005). Come testimonia una revisione sistematica della letteratura (Hedman *et al.*, 2012), gli interventi terapeutici online basati sul modello cognitivo-comportamentale (*Internet-delivered cognitive behavior therapy*, ICBT) possono fungere sia da complemento che da alternativa alle terapie tradizionali cognitivo-comportamentali per il trattamento di disturbi psichiatrici e altri problemi di natura clinica: testato su 25 diversi disturbi clinici, tale approccio terapeutico online ha mostrato effetti soddisfacenti ed equiparabili all'approccio cognitivo-comportamentale standard rispetto a svariate patologie e disturbi, con una efficacia del 50% maggiore rispetto a nessun trattamento e con costi il 50% inferiori a un trattamento cognitivo comportamentale standard.

Con riferimento alla piattaforma terapeutica GR, agli utenti intenzionati a seguire un vero e proprio percorso terapeutico online, anonimo e gratuito, è richiesto di registrarsi e di sottoporsi a un rapido assessment per valutare la severità del problema e la propria motivazione al trattamento. I moduli del programma trattamentale sono accessibili in sessioni private, alle quali è possibile accedere attraverso ID e password strettamente riservate che sono gestite dai terapeuti in accordo con il paziente. Una volta ingaggiato, il paziente ha a disposizione un appuntamento telefonico settimanale di 30 minuti con il terapeuta assegnato

(Farrer *et al.*, 2011). La durata media del trattamento concluso si approssima ai sei mesi, con follow-up da parte dei pazienti a tre e sei mesi dall'ultimo appuntamento.

Nel corso dei primi due anni di attività (agosto 2013-agosto 2015), si sono registrati 1039 utenti (83% maschi). Di questi, 230 sono entrati effettivamente nel piano di cura e 40 hanno concluso l'intero trattamento. All'inizio di agosto 2015, erano in cura 43 giocatori problematici, saliti a 77 alla fine di aprile 2017.

È importante premettere che, in fase di registrazione alla piattaforma online, agli utenti viene richiesto di compilare il *Canadian Problem Gambling Index* (Cpgi), nella versione *Problem Gambling Severity Index* (Pgsi) a nove item, (Ferris & Wynne, 2001) uno strumento validato scientificamente e utile per inquadrare il livello di problematicità del paziente. Inoltre, sempre in fase preliminare, all'utenza viene proposto di scegliere l'approccio motivazionale alla terapia, che viene articolato in quattro profili:

A = bassa motivazione e bassa autoefficacia percepita ("Non mi interessa smettere di giocare e non ci riuscirei");

B = bassa motivazione ma alta autoefficacia percepita ("Smetto di giocare quando voglio");

C = alta motivazione ma bassa autoefficacia percepita ("Vorrei tanto smettere di giocare ma non ne sono capace");

D = alta motivazione e alta autoefficacia percepita ("È arrivato il momento di smettere di giocare e ne potrei essere capace").

La scelta del profilo A determina l'esclusione automatica dalla possibilità di avviare la terapia.

Innanzitutto, è da rilevare che il comportamento di gioco degli utenti della terapia online risulta simile a quello di chi contatta la helpline. Nella maggior parte dei casi giocano da cinque o più anni e, nel 60% dei casi, l'azzardo è diventato un problema da cinque o più anni, nel 40% da meno di due anni o da pochi mesi. Quasi la metà degli utenti dichiara di giocare tutti i giorni, due sue tre giocano alle slot machine e i rimanenti si dividono tra lotterie, scommesse e giochi di carte, in maggioranza nelle sale giochi e bar, e il 20% gioca online. Tuttavia, si riscontrano notevoli differenze a livello socio-demografico tra i giocatori problematici che si rivolgono, rispettivamente, all'helpline e alla piattaforma terapeutica online. Rispetto all'utenza dell'helpline, i giocatori che intraprendono la terapia sono più giovani (39 anni contro 42), con un livello più elevato di istruzione ed hanno un lavoro regolare (il 60% con un lavoro dipendente e il 20% con attività libero professionale). Ciò può essere dovuto al fatto che i giocatori più giovani, con un più elevato livello di istruzione, hanno maggiore familiarità con internet e sono più propensi a utilizzare tale strumento anche per altre attività e non solo per il gioco d'azzardo (Lucchini & Griffiths, 2015). Tuttavia, è interessante notare che l'età media rilevata risulta comunque troppo avanzata per definire gli utenti della piattaforma "nativi digitali", e ciò suggerisce che l'opportunità di ricorrere a forme nuove e avanzate di aiuto sia colta anche da chi è nato e cresciuto in una cultura che prevedeva approcci di aiuto quasi rigidamente di tipo ortodosso. Ad ogni modo, necessitano nuove ricerche anche per esaminare le ragioni per cui molti individui si registrano nella piattaforma terapeutica online senza dar seguito con una richiesta di primo appuntamento con il terapeuta – il vero atto iniziale del trattamento. Una ipotesi rimanda al fatto che l'accesso al servizio risulta piuttosto semplice e che la registrazione appaia spesso più il risultato di impulsività e curiosità che di reale motivazione al cambiamento.

Risultati

Nel presente lavoro, sono stati analizzati i record relativi ai soggetti che hanno iniziato un trattamento mediante la piattaforma

online Giocaresponsabile.it nel periodo 1 agosto 2013-31 luglio 2015. Nel lasso di tempo considerato, sono stati 192 (81,2% maschi) gli utenti che hanno effettivamente interagito con gli psicoterapeuti del Servizio e 40 (20,8%) quelli che hanno concluso la terapia. Di seguito viene proposta una analisi bivariata che mette in relazione, rispettivamente, i profili socio-demografico e i comportamenti di gioco dei pazienti con la propensione a concludere o meno il trattamento online.

In primo luogo, escludendo l'utenza in carico al momento della conduzione dell'indagine e coloro i quali non hanno dato seguito alla registrazione sul sito web, sono state stabilite due categorie: i pazienti che hanno completato il percorso terapeutico e coloro i quali non hanno concluso il trattamento. I dati sono stati riassunti attraverso il conteggio di frequenza e il ricorso a tavole di contingenza (crosstabs) per evidenziare le differenti caratteristiche dell'utenza del Servizio a seconda della progressione nel percorso terapeutico dei due distinti sottogruppi presi in considerazione (*conclusi e non conclusi*). Le variabili indipendenti considerate sono di natura socio-demografica (*genere, età, situazione abitativa, titolo di studio, stato occupazionale, reddito netto negli ultimi sei mesi*) e relative a i comportamenti di gioco (*durata del gioco, durata del gioco problematico, modalità e tipologia di gioco, frequenza di gioco, ore di gioco nell'ultimo mese, spesa e debiti di gioco, scelta motivazionale e risultati del test Pgsi*).

Innanzitutto, evidenziando la tendenza a una età media più avanzata da parte delle femmine (46 vs 39 anni) così come da parte dei soggetti che hanno concluso il trattamento (43) rispetto a coloro i quali non lo hanno concluso (40), si riscontra una maggiore percentuale di maschi (23,7% contro l'8,3% delle femmine) e di individui tra i 35 e i 54 anni di età (25% contro 20,2% della media del campione) che conclude la terapia (Tabella 1). Per quanto riguarda la situazione abitativa, il 26,8% degli utenti che vivono soli e il 25% degli utenti che vivono con partner e/o uno o più figli concludono il trattamento, contro il 12% di coloro i quali risiedono con la famiglia di origine. Nel quadro di un livello di istruzione piuttosto elevato ed omogeneo – il 75,6% dei pazienti possiede almeno un diploma di scuola media superiore – non vi è sostanziale differenza nel completamento o meno del percorso tra pazienti in possesso di almeno un diploma superiore e pazienti con titolo di studio inferiore. Se si considera l'ambito occupazionale della popolazione di riferimento, a fronte di un 85,1% di occupati, prevalentemente a tempo pieno e inquadrati come dipendenti, il 23,2% di chi ha un lavoro completa la terapia (contro il 14,8% dei non occupati). Il 28,6% di chi dichiara di aver percepito un reddito netto superiore ai 1500 euro mensili nei sei mesi precedenti la rilevazione conclude il trattamento, contro il 22% di chi guadagna fino a 1000 euro e il 17,7% di chi guadagna tra 1000 e 1500 euro.

Per quanto concerne i comportamenti di gioco (Tabella 2), balza immediatamente all'occhio come concludano la terapia soprattutto coloro che hanno una più lunga storia di gioco alle spalle – più di 10 anni (il 36,8% contro una media del campione del 22%). Similmente, il 32,8% di chi ha problemi di gioco da più di 5 anni conclude il trattamento (contro il 22% del campione). Alla richiesta di indicare le modalità di gioco prevalenti, i pazienti nel loro complesso hanno indicato una predilezione per il gioco a terra – offline – (86,7%) e in particolare per le cosiddette "macchinette" o slot machine, le Awp e Vlt (47,8%). In proposito, conclude il trattamento solo il 12,5% dei pazienti che dichiara come modalità di gioco prevalente l'online (contro il 23,7% dei giocatori a terra), mentre il 29,8% di chi gioca con una più bassa frequenza settimanale (fino a 2 giorni) conclude il trattamento contro il 22,2% dell'intero campione. Se la presen-

Tab. 1 - Profilo socio-demografico

Variabili socio-demografiche	Trattamento non concluso	Concluso	N.
Maschio	76,3%	23,7%	156
Femmina	91,7%	8,3%	36
Totale	79,2%	20,8%	192
0-34 anni	85,3%	14,7%	68
35-54	75%	25%	80
55-99	80%	20%	40
Totale	79,8%	20,2%	188
Vive solo	73,2%	26,8%	71
Con partner e/o figli	75%	25%	60
Con famiglia di origine	88%	12%	50
Totale	77,9%	22,1%	181
No diploma	79,5%	20,5%	44
Diploma	77,2%	22,8%	136
Totale	77,8%	22,2%	180
Non occupato	85,2%	14,8%	27
Occupato	76,8%	23,2%	155
Totale	78%	22%	182
Guadagna 0-1000 euro	78%	22%	59
1001-1500 euro	82,3%	17,7%	62
1501-	71,4%	28,6%	56
Totale	77,4%	22,6%	177

Tab. 2 - Comportamento di gioco

Comportamento di gioco	Trattamento non concluso	Concluso	N.
Gioca da 0-5 anni	88,2%	11,8%	51
5-10 anni	82,4%	17,6%	74
Più di 10 anni	63,2%	36,8%	57
Totale	78%	22%	182
Problemi da 0-1 anno	81%	19%	63
1-5 anni	85,2%	14,8%	61
Più di 5 anni	67,2%	32,8%	58
Totale	78%	22%	182
Terra	76,3%	23,7%	156
Web	87,5%	12,5%	24
Totale	77,8%	22,2%	180
Slot machine	78,2%	21,8%	87
Altri giochi	80,9%	19,1%	47
Più di un gioco	75%	25%	48
Totale	78%	22%	182
Gioca 0-2 volte sett	70,2%	29,8%	57
3-6 volte sett	83,1%	16,9%	65
Tutti i giorni	79,3%	20,7%	58
Totale	77,8%	22,2%	180
Gioca 0-30h mese	78%	22%	59
Più di 30h mese	74,1%	25,9%	81
Più di 100h mese	82,9%	17,1%	35
Totale	77,1%	22,9%	175
Spende meno di 1000 euro	76,1%	23,9%	88
Più di 1000 euro	78,4%	21,6%	88
Totale	77,3%	22,7%	176
No debiti	79,4%	20,6%	107
Debiti	75%	25%	72
Totale	77,7%	22,3%	179
Rischio basso	100%	0%	1
Rischio moderato	75%	25%	12
Gioco problematico	79,3%	20,7%	179
Totale	79,2%	20,8%	192
Profilo B	100%	0%	2
Profilo C	83,7%	16,3%	92
Profilo D	74,5%	25,5%	98
Totale	79,2%	20,8%	192

za di debiti pare favorire la prosecuzione del percorso – il 25% dei pazienti con debiti completa contro il 20,8% di coloro che non ne hanno contratti – all’analisi bivariata non emergono invece scostamenti significativi tra pazienti conclusi e non conclusi per quanto riguarda ore di gioco nell’ultimo mese, spesa e debiti di gioco. Per quanto riguarda il profilo di gravità misurato dal Pgsi, non appaiono differenze sostanziali tra i pazienti che hanno completato il percorso e coloro che hanno abbandonato, considerato che, al momento di intraprendere la terapia, il 93,2% dell’utenza presentava il profilo *giocatore problematico*, il 6,3% di *giocatore a rischio moderato* e lo 0,5 di *giocatore a basso rischio*. Invece, l’analisi dei profili emersi dal questionario relativo alla scelta motivazionale mette in rilievo scostamenti significativi tra le due categorie preponderanti: se il 51% di chi intraprende la terapia presenta un profilo motivazionale D e il 47,9 un profilo C, conclude il 25,5% degli utenti collocato nel profilo D contro il 16,3% di quelli nel C.

Discussione

In primo luogo, i risultati emersi dall’analisi paiono consistenti con ricerche che associano alta frequenza di gioco a problematicità più severa che rendono particolarmente complicato interrompere il comportamento disfunzionale. In effetti, l’alta frequenza nell’attività di gioco è stata solidamente legata allo sviluppo di gioco problematico ed è spesso identificata dai giocatori problematici, dai servizi di cura e dalle ricerche come l’origine di svariate criticità legate al gioco (Meyer *et al.*, 2009; Williams *et al.*, 2012). Una revisione sistematica della letteratura internazionale (Merkouris *et al.*, 2016) evidenzia che genere maschile, età più avanzata e frequenza moderata nei comportamenti di gioco sono predittori di outcome trattamentali positivi. Inoltre, individui che giocano da poco tempo e che ugualmente da poco hanno sviluppato criticità collegate potrebbero non avere ancora consolidato abbastanza motivazione per il cambiamento, che spesso viene stimolato e accelerato da difficoltà economiche legate al gambling, che solitamente si manifestano e si aggravano negli anni (Ledgerwood *et al.*, 2013). Pertanto, è ipotizzabile che tali individui si avvicinino senza la necessaria motivazione alla terapia che, sebbene disponibile online, implica un impegno continuo e costante, per molti aspetti assimilabile a quanto richiesto da un trattamento psicoterapico tradizionale. Ancora, il fatto che nel campione considerato l’età media dei maschi (39) sia inferiore a quella delle femmine (46), con un grado di istruzione maggiore (il 77,4% dei maschi possiede almeno un diploma contro il 67,6% delle femmine), spiegherebbe la netta prevalenza numerica dei maschi sia nella fase di avvio che di conclusione della terapia online. Infatti, oggetti più giovani e istruiti presentano una maggiore propensione a utilizzare internet (Monaghan & Wood, 2010).

Elementi che suggeriscono la necessità di ricerche che esplorino un ampio spettro di variabili associate all’interruzione di una terapia. Oltre agli eventi stressanti di vita e la presenza o meno di relazioni sociali supportive, dovrebbero essere esaminate, tra le altre, impulsività e variabili legate al trattamento, quali aspettative e motivazioni dei pazienti, durata della terapia, credibilità del trattamento, buona qualità dell’alleanza terapeutica, disponibilità di accessi internet e di un ambiente tranquillo e riservato per utilizzare il computer (González-Ortega *et al.*, 2014; Alfonsso *et al.*, 2016). Nel caso della piattaforma GR, 40 soggetti hanno completato nel periodo considerato un questionario di 14 item per esprimere la propria soddisfazione rispetto all’ef-

ficacia e alla qualità della terapia seguita (score minimo = 1; massimo = 5), con un punteggio medio di 4.

È importante infine interrogarsi sulla ragione per cui molti soggetti si siano registrati alla piattaforma senza poi chiedere un primo appuntamento – il primo passo concreto del trattamento – oppure hanno interrotto precocemente il medesimo nelle prime fasi. Una possibile spiegazione può essere legata alla relativa facilità di accesso al servizio: spesso la registrazione è mossa più da impulsività e curiosità che da una reale motivazione al cambiamento. Considerato l’alto rischio di interruzione dai trattamenti online evidenziato in letteratura (Melville *et al.* 2010), ulteriori ricerche dovrebbe aiutare a comprendere e prevenire i dropout in questa tipologia terapeutica (Casey *et al.*, 2017).

Limitazioni e considerazione conclusive

Una delle limitazioni dello studio rimanda certamente alla natura del campione, non rappresentativo della popolazione dei giocatori problematici in Italia. Infatti, come già evidenziato, esistono considerevoli differenze socio-economiche tra gli utenti della helpline e i pazienti della terapia online GR, più giovani, istruiti e con maggiore stabilità lavorativa. Altre limitazioni si riferiscono alla modesta dimensione del campione, composto quasi esclusivamente da maschi alla ricerca di un trattamento. Pertanto, la mancanza di un gruppo di controllo preclude ogni conclusione definitiva, che peraltro non è tra gli obiettivi di questo studio preliminare.

La helpline e la piattaforma terapeutica online Giocaresponsabile costituiscono una esperienza unica in Italia nel panorama degli interventi a sostegno dei giocatori in difficoltà. Tra i benefici per i potenziali utenti la facilità di accesso, la gratuità e, in prospettiva, con riferimento alle criticità che affliggono il Sistema Sanitario Nazionale, l’efficacia rispetto ai costi. Altri aspetti rilevanti riguardano il superamento delle barriere geografiche, la flessibilità nell’erogazione di consulenza e trattamento, l’anonimato e la confidenzialità. Un aspetto rilevante riguarda la relazione, rintracciabile nei primi due anni di attività del servizio di terapia online, tra media utilizzati (pc e web) e attrattività per un popolazione più giovane, per solito restia a ricorrere ai trattamenti tradizionali. Tra gli aspetti critici, la possibile autoselezione dell’utenza, in particolar modo per quanto riguarda la piattaforma terapeutica online.

È chiaro che un ruolo importante viene svolto dal livello di alfabetizzazione informatica dei giocatori e dalla possibilità concreta di utilizzare lo strumento per chiedere aiuto (si pensi solo alle aree del Paese con copertura infrastrutturale e tecnologica non ottimale). Come già riconosciuto da molti autori (Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Griffiths & Cooper, 2003; Wood & Griffiths, 2007), campagne di comunicazione pubblica dovrebbero aiutare a demistificare i processi di trattamento ed educare le persone a riconoscere i sintomi del gioco problematico per ridurre vergogna, stigma, negazione e incoraggiare la richiesta di aiuto. È inoltre importante offrire opportunità differenziate per prevenire e trattare i problemi legati al gioco, non solo per quanto riguarda i metodi, le tipologie di cura e il counselling, ma anche per quanto attiene al setting, alla tempistica e ai mezzi di accesso. Inoltre, appare utile fornire canali informativi per gruppi differenziati, non solo rispetto alle tipologie e alle modalità di gioco, ma anche al medium preferito per il trattamento. Ciò considerato, modalità di accesso remoto al counselling o alla terapia rappresentano degli strumenti di indubbia efficacia per promuovere la presa in carico di quei giocatori problematici che, diversamente, non si rivolgerebbero ad alcun servizio di aiuto.

In conclusione, si ribadisce che la presente analisi ha un carattere preliminare, che si auspica di rafforzare, sia a livello sostantivo che per quanto concerne il potere di predizione statistico, quando i dati saranno più corposi, soprattutto in riferimento all'esito del trattamento e alla possibilità di avere a disposizione un numero cospicuo di follow up a 3 e 6 mesi. Posto che l'interesse che ha mosso il presente lavoro è il voler contribuire a identificare i fattori che possono essere associati all'interruzione di una terapia basata sul modello cognitivo-comportamentale, sarà importante raffinare l'analisi sull'impatto di tali fattori in modo da 'cucire' con maggior precisione il trattamento sulle specifiche esigenze dei pazienti (Echeburúa *et al.*, 2017). In futuro, le evidenze sovraespresse verranno considerate nella valutazione dei pazienti al fine di massimizzare la loro permanenza in trattamento. In particolare, per ridurre i rischi di dropout, è stato previsto un modulo motivazionale somministrabile dai terapeuti ai pazienti sin dalla prime fasi della presa in carico e si è iniziata una riflessione sullo sviluppo di strumenti di valutazione dell'efficacia terapeutica.

Bibliografia

- Alfonsson S., Olsson E., Hursti T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 18(3): e52. DOI: 10.2196/jmir.5352.
- Bastiani L., Fea M., Potente R., Luppi C., Lucchini F., Molinaro S., (2015). Helpline for problem gambling: A profile of its users' characteristics. *Journal of Addiction*. DOI: 10.1155/2015/659731.
- Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M., Beck A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol RevJan*, 26(1): 17-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.003.
- Carlbring P., Smit F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6): 1090-1094.
- Casey L.M., Oei T.P., Raylu N., Horrigan K., Day J., Ireland M., Clough B.A. (2017). Internet-Based Delivery of Cognitive Behaviour Therapy Compared to Monitoring, Feedback and Support for Problem Gambling: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Gambling Studies*: 1-18.
- Cunningham J.A., Hodgins D.C., Toneatto T. (2008). Problem gamblers' interest in self-help services. *Psychiatric Services*, 59(6): 695-696.
- Cunningham J.A., Hodgins D.C., Toneatto T., Rai A., Cordingley J. (2009). Pilot study of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *Behavior Therapy*, 40(3): 219-224.
- Echeburúa E., Gómez M., Freixa M. (2017). Prediction of Relapse After Cognitive-Behavioral Treatment of Gambling Disorder in Individuals With Chronic Schizophrenia: A Survival Analysis. *Behavior Therapy*, 48: 69-75.
- Farrer L., Christensen H., Griffiths K.M., Mackinnon A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. *PLoS One*, 6(11): e28099. DOI: 10.1371/journal.pone.0028099.
- Ferris J., Wynne H. (2001a). *The Canadian problem gambling index: User manual*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Ferris J., Wynne H. (2001b). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Gainsbury S., Blaszczynski A. (2011). Online self-guided interventions for the treatment of problem gambling. *International Gambling Studies*, 11: 289-308.
- Gainsbury S., Blaszczynski A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clin Psychol Rev.*, Apr, 31(3): 490-8.
- González-Ortega I., Echeburúa E., de Corral P., Polo-López R. (2014). Pathological Gambling: Clinical Gender Differences. In: Sáenz-Herrero M. (Eds.). *Psychopathology in Women Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. Springer International.
- Griffiths M.D. (2004). Betting your life on it: Problem gambling has clear health related consequences. *British Medical Journal*, 329: 1055-1056.
- Griffiths M.D., Cooper G. (2003). Online therapy: implications for problem gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance and Counselling*, 13: 113-135.
- Hedman H., Ljótsson B., Lindfors N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6): 745-764.
- Hodgins D.C., Toneatto T., Cunningham J.A., Suurvali H. (2012). Motivators for seeking gambling-related treatment among ontario problem gamblers. *J Gambl Stud.*, Jun, 28(2): 273-96.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J., Jacques C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189: 774-780.
- Ledgerwood D.M., Arfken C.L., Wiedemann A., Bates K.E., Holmes D., LaNeice J. (2013). Who Goes to Treatment? Predictors of Treatment Initiation among Gambling Help?Line Callers. *The American Journal on Addictions*, 22: 33-38. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2013.00323.x.
- Lucchini F., Griffiths M.D. (2015). Preventing and treating problem gamblers: The first Italian National Helpline. *Responsible Gambling Review*, 1(2): 20-26.
- Melville K.M., Casey L.M., Kavanagh D. J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4): 455-471.
- Merkouris S.S., Thomas S.A., Browning C.J., Dowling N.A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48: 7-31.
- Meyer G., Hayer T., Griffiths M.D. (2009). *Problem Gambling in Europe*. Springer.
- Monaghan S., Blaszczynski A. (2009). *Internet-based Interventions for the Treatment of Problem Gambling*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Monaghan S., Wood R.T.A. (2010). Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22: 113-128.
- Petry N. (2005). Gamblers Anonymous and Cognitive-Behavioral Therapies for Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, Spring, 21(1). DOI: 10.1007/s10899-004-1919-5.
- 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: 19-32.
- Rodda S., Lubman D. I. (2013). Characteristics of gamblers using a national online counseling service for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12: 295-307.
- Suurvali H., Cordingley J., Hodgins D.C., Cunningham J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3): 407-424.
- Suurvali H., Hodgins D.C., Toneatto T., Cunningham J.A. (2012). Hesitation to Seek Gambling-related Treatment Among Ontario Problem Gamblers. *J Addict Med*, Mar, 6(1):39-49.
- Titov N., Dear B.F., Ali S., Zou J.B., Lorian C.N., Johnston L., Terides M.D., Kayrouz R., Klein B., Gandy M., Fogliati V.J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behav. Ther.*, 46(2): 193-205.
- Williams R.J., Volberg R.A., Stevens R.M.G. (2012). Population Assessment of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Problem Gambling Research Centre. May 8. www.uleth.ca/dspace/handle/10133/3068.
- Wood R.T.A., Griffiths M.D. (2007). Online guidance, advice, and support for problem gamblers and concerned relatives and friends: an evaluation of the Gam-Aid pilot service. *British Journal of Guidance and Counselling*, 35: 373-389.