

## 12.12

## DIFFERENZE DI GENERE IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: CORRELATI CLINICI E SOCIO-DEMOGRAFICI

**Besana F.\*[1], Barbini D.[1], Capuzzi E.[2], Minci M.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Negri A.[1], Papaluca S.[1], D'Agostino A.[3], Nicolai C.[1]**

[1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy, [2]IRCSS Ospedale San Gerardo ~ Monza ~ Italy, [3]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Questo studio ha analizzato le differenze di genere nel Disturbo da Gioco d'Azzardo in 151 pazienti ambulatoriali, sul piano clinico e socio-demografico, in carico a un SerD di Milano.

### Introduzione

Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) è riconosciuto come un rilevante problema di salute pubblica, caratterizzato da comportamenti di gioco persistenti e ricorrenti che comportano compromissione o disagio clinicamente significativi. Il DGA è associato a gravi conseguenze, quali problemi interpersonali, finanziari, legali e condotte suicidarie (American Psychiatric Association, 2013). Con la recente espansione delle possibilità di accesso al gioco, comprese le piattaforme online, la prevalenza del DGA è aumentata a livello globale, suscitando crescente attenzione verso i fattori di rischio e le influenze demografiche che contribuiscono allo sviluppo del disturbo (Scandroglio et al., 2022). Sebbene il DGA colpisca individui di ogni gruppo demografico, la ricerca ha evidenziato differenze di genere significative in termini di prevalenza, esordio, progressione e impatti psicosociali associati.

I dati epidemiologici suggeriscono che il DGA è una condizione più frequente negli uomini rispetto alle donne (Gartner et al., 2022). In particolare, è stato rilevato che gli uomini preferiscono giochi basati sull'abilità, come il poker, mentre le donne sembrano preferire giochi di pura sorte, come le slot machine o il bingo (Bonnaire et al., 2017; Odlaug, Marsh, Kim, & Grant, 2011). Inoltre, gli uomini tendono ad accedere a tratta-

menti specialistici in età più giovane, a presentare più frequentemente problemi legati all'alcol e una maggiore incidenza di problematiche legali (Ladd & Petry, 2002; Potenza et al., 2001).

La prevalenza del DGA varia anche in base all'età e al genere, con adolescenti e giovani adulti che mostrano tassi più elevati di comportamenti di gioco rischiosi. Queste differenze sottolineano la necessità di interventi di salute pubblica e approcci terapeutici mirati, che tengano conto dei percorsi e dei fattori di rischio specifici per genere. Analizzare tali differenze in una prospettiva epidemiologica è essenziale per sviluppare strategie di prevenzione e trattamento sensibili al genere, volte a ridurre il peso individuale e sociale del DGA.

Sulla base di queste premesse, il presente studio si propone di esaminare le differenze di genere in un campione di giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale presso un SerD di Milano, in termini di prevalenza, caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

### Materiali e Metodi

La popolazione dello studio era composta da pazienti in trattamento per Disturbo da Gioco d'Azzardo, afferenti a un SerD di Milano. Nello specifico, il SerD di Via Boifava offre trattamenti multidisciplinari per persone con dipendenze comportamentali e da sostanze, ad eccezione del disturbo da uso di oppiacei (DUO).

I criteri di inclusione nello studio sono stati: (1) avere ottenuto un risultato positivo al test di screening liebet (almeno una risposta "sì"); (2) possedere le capacità cognitive e linguistiche necessarie per completare gli strumenti di valutazione. Sono stati esclusi i pazienti con altre dipendenze comportamentali con spesa di denaro (ad es. trading, disturbo da gioco su internet, shopping compulsivo). Inoltre, sono stati esclusi i pazienti per i quali non erano disponibili dati clinici sufficienti. Le variabili psicometriche sono state misurate tramite il Problem Gambling Severity Index (PGSI, Ferris & Wynne, 2000), la Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS, Raylu & Oeu, 2004), la Barratt Impulsiveness Scale (BIS, Patton, Stanford & Barratt, 1995) e l'Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT, Saunders et al., 1993). Queste valutazioni psicometriche vengono solitamente effettuate come parte della routine clinica quando il paziente inizia il trattamento multidisciplinare. Le restanti variabili cliniche e socio-demografiche sono state rilevate consultando le cartelle cliniche, nel rispetto della privacy degli utenti inclusi. Ogni paziente ha prestato il proprio consenso informato a partecipare alla ricerca.

### Risultati

Il campione (N=151) era composto prevalentemente da

uomini (86%). Gli uomini erano significativamente più giovani delle donne ( $p=0,038$ ) e più frequentemente presentavano problemi legali ( $p=0,047$ ). Inoltre, iniziavano a giocare in media 12 anni prima delle donne e accedevano al trattamento 10 anni prima ( $p=0,002$ ). Le donne giocavano principalmente offline (90,5%). In entrambi i gruppi il gioco prevalente erano le slot machines, ma il genere femminile mostrava una maggiore preferenza per i Gratta e Vinci (23,8% vs 7,7%). La prescrizione di trattamenti psicofarmacologici era più frequente nelle donne ( $p=0,029$ ) e il tasso di comorbidità psichiatrica risultava più alto rispetto agli uomini (28,6% vs 15,4%).

Le valutazioni cliniche hanno mostrato sintomi legati al gioco in generale più marcati nelle donne all'ingresso in trattamento, senza tuttavia raggiungere la significatività statistica. Per il PGSI si è registrata una tendenza verso la significatività ( $p=0,086$ ). Non sono emerse differenze nei punteggi BIS sull'impulsività.

La valutazione clinica e psicopatologica è riportata nella Tabella 2. I sintomi legati al gioco d'azzardo risultano generalmente più elevati nelle donne al basale, senza però raggiungere la significatività statistica. Per quanto riguarda il punteggio al PGSI, è stato rilevato un trend verso la significatività ( $p=0,086$ ). Non sono state riscontrate differenze nei punteggi BIS relativi all'impulsività.

Tabella 1. *Caratteristiche cliniche e socio-demografiche*  
a=t-test a campioni indipendenti o Wilcoxon Mann-Whitney test b=test del chi-quadro o test esatto di Fisher

|                               | F (N=21, 13,9%)  | M (N=130, 86,1%)   | p value                  |
|-------------------------------|--|--|--------------------------|
| <b>Età (media, range, DS)</b> | 53,1 (25-78, 12,3)   | 43,2 (18-80, 14,6)   | <b>0,038<sup>a</sup></b> |
| <b>Problemi legali</b>        | Sì 1 (4,8%)  | No 34 (26,2%)  | <b>0,047<sup>b</sup></b> |
| <b>Stato civile</b>           | Coniugato/in una relazione 6 (28,6%)<br>Divorziato 7 (33,3%)<br>Single 8 (38,1%) | Coniugato/in una relazione 65 (50%)<br>Divorziato 12 (9,2%)<br>Single 53 (40,6%) | <b>0,003<sup>b</sup></b> |
| <b>Scolarità</b>              | Meno di 8 anni 10 (47,6%)<br>Più di 8 anni 11 (52,4%)                            | Meno di 8 anni 58 (44,6%)<br>Più di 8 anni 62 (55,4%)                            | 0,769 <sup>b</sup>       |

|  |   |  |                              |
|--|---|--|------------------------------|
| <b>Situazione lavorativa</b>                           | Occupato 17 (81%)<br>Inoccupato 3 (14,3%)<br>Studente 0 (0%)<br>Pensionato 1 (4,8%) | Occupato 90 (69,2%)<br>Inoccupato 26 (20%)<br>Studente 4 (3,1%)<br>Pensionato 0 (7,7%) | 0,678 <sup>b</sup>           |
| <b>Famigliarità per DGA</b>                            | Sì 9 (42,9%)  | No 31 (23,8%)  | <b>0,023<sup>b</sup></b>     |
| <b>Età di inizio gioco (media, DS)</b>                 | 38,3 (15,3)   | 25,9 (23,0)  | <b>&lt;0,001<sup>a</sup></b> |
| <b>Età di inizio trattamento specifico (media, DS)</b> | 50,3 (12,5)   | 39,9 (14,2)  | <b>0,002<sup>a</sup></b>     |
| <b>Durata di malattia non trattata</b>                 | 12,1 (8,0)  | 13,7 (10,0)  | 0,665 <sup>a</sup>           |
| <b>Comorbidità psichiatrica</b>                        | 6 (28,6%)   | 20 (15,4%)   | 0,138 <sup>b</sup>           |
| <b>Terapia psicofarmacologica</b>                      | 6 (28,6%)   | 13 (10%)   | <b>0,029<sup>b</sup></b>     |
| <b>Gioco online/offline</b>                            | Online 1 (4,8%)<br>Offline 19 (90,5%)<br>Entrambi 1 (4,8%)                          | Online 30 (23,1%)<br>Offline 75 (57,7%)<br>Entrambi 25 (19,2%)                         | <b>0,016<sup>b</sup></b>     |
| <b>DUS concomitante</b>                                | 3 (14,3%) Yes   | 45 (34,6%) Yes   | 0,063 <sup>b</sup>           |
| <b>Disturbo da uso di Alcool (DUA) concomitante</b>    | 3 (14,3%) Yes   | 110 (84,6%) Yes  | 0,599 <sup>b</sup>           |
| <b>Tipo di gioco preferito</b>                         |   |  |                              |
| Slot machines  | 8 (38,1%)   | 56 (43,1%)   | 0,508 <sup>b</sup>           |
| Scommesse sportive                                     | 0 (0%)  | 41 (31,5%)   | <b>0,001<sup>b</sup></b>     |
| Gratta e Vinci   | 5 (23,8%)   | 10 (7,7%)  | <b>0,038<sup>b</sup></b>     |
| Poker  | 0 (0%)  | 5 (3,8%)   | 0,468 <sup>b</sup>           |
| Lotteria   | 7 (33,3%)   | 11 (8,5%)  | <b>0,004<sup>b</sup></b>     |
| Casinò   | 1 (4,8%)  | 7 (5,4%)   | 1,000 <sup>b</sup>           |

Tabella 1: *caratteristiche cliniche e socio-demografiche*

Tabella 2. Strumenti di assessment a=t-test a campioni indipendenti o Wilcoxon Mann-Whitney test b=chi-square test o Fisher's exact test

| Strumento di assessment | Genere | Media, DS   | p value            |
|-------------------------|--------|-------------|--------------------|
| PGSI                    | F      | 18,7 (5,96) | 0,086 <sup>a</sup> |
|                         | M      | 16,2 (6)    |                    |
| GRCS                    | F      | 80,7 (22,7) | 0,134 <sup>a</sup> |
|                         | M      | 70,7 (26,6) |                    |
| BIS-11                  | F      | 68,2 (7,46) | 0,980 <sup>a</sup> |
|                         | M      | 68,1 (13,1) |                    |

Tabella 2: strumenti di assessment

## Conclusione

Il nostro studio si è concentrato sulle differenze cliniche e socio-demografiche legate al genere in un campione di giocatori in cerca di trattamento. I dati analizzati evidenziano che gli uomini iniziano a giocare circa dieci anni prima delle donne. Questo risultato è in linea con evidenze precedenti (Miller et al., 2023; Ronzitti et al., 2016). In particolare, uno studio (Ronzitti et al., 2016) ha evidenziato che gli uomini in cerca di trattamento erano mediamente 6 anni più giovani delle donne e avevano iniziato a giocare circa 8 anni prima. Allo stesso modo, lo stesso studio (Ronzitti et al., 2016) ha mostrato che gli uomini tendevano a essere più giovani e le donne presentavano punteggi PGSI più elevati. Analogamente, un lavoro svedese (Håkansson & Widinghoff, 2020), condotto tramite una survey rivolta ai giocatori online, ha rilevato che le pazienti di genere femminile avevano livelli maggiori di distress psicologico, maggiore probabilità di sovra-indebitamento e maggiore gravità di gioco problematico rispetto ai maschi.

Sebbene non siano state registrate differenze statisticamente significative nei sintomi di gravità del gioco, abbiamo osservato un trend nei punteggi PGSI ( $p=0,086$ ), con le donne che mostravano punteggi PGSI e GRCS più elevati all'inizio del trattamento. L'inizio precoce del gioco negli uomini potrebbe suggerire una maggiore vulnerabilità ai danni correlati al gioco durante l'età giovanile, potenzialmente dovuta a una maggiore esposizione a fattori culturali che normalizzano comportamenti a rischio nei maschi. Questo anticipato esordio ha implicazioni per strategie preventive, che potrebbero necessitare di interventi specifici per genere e maggiormente precoci (Schinke &

Schwinn, 2005).

Il fatto che le donne ricerchino il trattamento specializzato più tardi degli uomini, può indicare che le giocatrici affrontano barriere specifiche nell'accesso all'aiuto, come sentimenti di vergogna, stigma o responsabilità familiari o sociali che interferiscono con l'impegno terapeutico (Kaufman et al., 2017). Studi precedenti riportano che le donne incontrano ostacoli pratici legati a tempo, attesa del trattamento, distanza dai servizi di cura, costi e mancanza di informazioni per accedere a trattamenti specializzati (Kaufman et al., 2017). Ciò evidenzia la necessità di implementare programmi di psicoeducazione pubblica sul gioco problematico, volti ad aumentare la consapevolezza, ridurre lo stigma e incoraggiare la richiesta di aiuto. Inoltre, in linea con ricerche precedenti (Girone et al., 2024), il nostro studio suggerisce che le donne con Disturbo da Gioco d'Azzardo hanno più frequentemente una storia familiare di problemi di gioco, indicando un possibile ruolo genetico o ambientale nello sviluppo dei loro comportamenti di gioco (Grant et al., 2012; Eisen et al., 1998).

Il nostro studio ha evidenziato che le donne in cerca di trattamento presentano tassi più elevati di comorbidità psichiatriche, maggiore ricorso a trattamenti psicofarmacologici e sintomi di gioco più gravi rispetto agli uomini.

Sulla base di quanto descritto, è importante sottolineare l'importanza di considerare le differenze di genere all'interno di una popolazione di giocatori patologici in trattamento, prendendo in considerazione non solo le caratteristiche socio-demografiche, ma anche i comportamenti di gioco e le variabili cliniche specifiche.

## Bibliografia

- Baggio, S. Gainsbury, S. M., Starcevic, V., Richard, J.-B., Beck, F., & Billieux, J. (2018). Gender differences in gambling preferences and problem gambling: A network-level analysis. *International Gambling Studies*, 18(3), 512-525. <https://doi.org/10.1080/14459795.2018.1495750>
- Barnes GM, Welte JW, Tidwell MC, Hoffman JH. Gambling and Substance Use: Co-occurrence among Adults in a Recent General Population Study in the United States. *Int Gambl Stud*. 2015 Jan 1;15(1):55-71. doi: 10.1080/14459795.2014.990396. PMID: 25914605; PMCID: PMC4405260.
- Bonnaire, C., Kovess-Masfety, V., Guignard, R., Richard, J. B., Du Roscoät, E., & Beck, F. (2017). Gambling type, substance abuse, health and psychosocial correlates of male and female problem gamblers in

a nationally representative French sample. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 343–369. 10.1007/s10899-016-9628-4.

- Eisen, S. A., Lin, N., Lyons, M. J., Scherrer, J. F., Griffith, K., True, W. R., Goldberg, J., & Tsuang, M. T. (1998). Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction (Abingdon, England)*, 93(9), 1375–1384. 10.1046/j.1360-0443.1998.93913758.x

- Gartner C, Bickl A, Härtl S, Loy JK, Häffner L. Differences in problem and pathological gambling: A narrative review considering sex and gender. *J Behav Addict*. 2022 May 2;11(2):267–89. doi: 10.1556/2006.2022.00019. Epub ahead of print. PMID: 35499928; PMCID: PMC9295224.

- Girone N, Limosani I, Ciliberti C, Turco M, Longo L, Colletti MA, Cocchi M, Zita G, Fiocchi MI, Benatti B, Viganò C, Percudani M, Dell'Osso B. Gender Differences in Gambling Disorder: Results from an Italian Multicentric Study. *Clin Neuropsychiatry*. 2024 Aug; 21(4):313–322. doi: 10.36131/cnfioritieditore.20240407. PMID: 39309026; PMCID: PMC11411508.

- Grant JE, Odlaug BL, Mooney ME. Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Nov;200(11):996–8. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182718a4d. PMID: 23124186; PMCID: PMC3499774.

- Håkansson A, Widinghoff C. Gender Differences in Problem Gamblers in an Online Gambling Setting. *Psychol Res Behav Manag*. 2020 Aug 18; 13:681–691. doi: 10.2147/PRBM.S248540. PMID: 32884371; PMCID: PMC7443450.

- Kaufman A, Jones Nielsen JD, Bowden-Jones H. Barriers to Treatment for Female Problem Gamblers: A UK Perspective. *J Gambl Stud*. 2017 Sep;33(3):975–991. doi: 10.1007/s10899-016-9663-1. PMID: 28008550; PMCID: PMC5579153.

- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 302–309. 10.1037//1064-1297.10.3.302.

- Miller L, Mide M, Arvidson E, Söderpalm Gordh A. Clinical differences between men and women in a Swedish treatment-seeking population with gambling disorder. *Front Psychiatry*. 2023 Jan 4;13:1054236. doi: 10.3389/fpsy.2022.1054236. PMID: 36684005; PMCID: PMC9847389.

- 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.

- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D.,

Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500–1505. 10.1176/appi.ajp.158.9.1500.

- Ronzitti S, Lutri V, Smith N, Clerici M, Bowden-Jones H. Gender Differences in Treatment-Seeking British Pathological Gamblers. *J Behav Addict*. 2016 Jun;5(2):231–8. doi: 10.1556/2006.5.2016.032. Epub 2016 Jun 27. PMID: 27348561; PMCID: PMC5387774.

- Scandroglio F, Ferrazzi G, Giacobazzi A, Vinci V, Marchi M, Galeazzi GM, Musetti A, Pingani L. Prevalence and Possible Predictors of Gambling Disorder in a Sample of Students in the Healthcare Professions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 27;20(1):452. doi: 10.3390/ijerph20010452. PMID: 36612781; PMCID: PMC9819379.

- Schinke S, Schwinn T. Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31(4):609–16. doi: 10.1081/ada-200068415. PMID: 16320437; PMCID: PMC2792994.