



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
MEDICINA E CHIRURGIA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIOLOGICHE, TORACICHE E
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

Direttore: Prof. Federico Rea

UNITÀ DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Responsabile: Prof. Vincenzo Baldo

TESI DI LAUREA

TITOLO

**Associazione tra religione/spiritualità ed uso di
oppioidi: una revisione sistematica**

RELATORE: Prof.ssa Alessandra Buja

LAUREANDO: Daniele Vo

ANNO ACCADEMICO 2022-2023

Ai miei genitori, per avermi accompagnato in questo lungo viaggio,

Ai miei amici, per i momenti di felicità che mi hanno donato.

Indice

1. INTRODUZIONE	4
1.1 Religione: storia del concetto, definizione e significato.	4
1.2 Spiritualità: evoluzione ed illustrazione del concetto	6
1.3 Salute: definizione, significato e fattori determinanti.....	9
1.4 Il rapporto tra religione e salute	15
1.5 Strumenti di misura per la religiosità e per la spiritualità	17
1.6 Oppioidi: definizione, classificazione ed effetti	21
1.8 L'abuso di oppioidi	23
1.7 Scopo dello studio.....	27
2. MATERIALI E METODI	28
2.1 Strategia di ricerca e fonti dei dati	28
2.2 Valutazione della qualità degli studi.....	30
3. RISULTATI	31
3.1 Ricerca bibliografica e disegno dello studio	31
3.2 Evidence table.....	33
3.3 Caratteristiche dei campioni.....	56
3.4 Misure di esposizione a religiosità e spiritualità.....	57
3.5 Valutazione degli outcome.....	58
3.6 Risultati degli studi	60
4. DISCUSSIONE	63
4.1 Limiti della revisione sistematica	70
5. CONCLUSIONE	72
APPENDICE 1: valutazione qualitativa degli studi	74
BIBLIOGRAFIA	77

RIASSUNTO

Introduzione

La religione e la spiritualità sono parte della vita delle persone sin da tempi preistorici ed hanno contribuito nei millenni a plasmare gli usi e i costumi di ogni civiltà. L'approccio bio-psico-sociale allo studio del complesso fenomeno della salute umana non può dunque evitare indagini sul legame tra religiosità/spiritualità delle popolazioni ed outcome clinicamente rilevanti. L'approfondimento delle nostre conoscenze sull'influenza che i determinanti della salute hanno sulle vite degli individui è fondamentale per la successiva pianificazione di politiche di salute evidence-based.

La dipendenza da oppioidi è una patologia che affligge milioni di persone in tutto il mondo e che miete ogni anno decine di migliaia di vittime. Il suo impatto economico stimato è di decine di miliardi di dollari l'anno solamente per la società statunitense. Per questi motivi è opportuno aumentare gli sforzi nello studio dei determinanti della salute coinvolti nel fenomeno.

L'obiettivo della presente revisione sistematica è verificare l'esistenza di un'associazione tra religiosità/spiritualità delle persone e disturbo da uso di oppioidi; se presente, si intende stabilire se esse rappresentino un fattore di rischio o di protezione e in che misura.

Materiali e metodi

Sono stati consultati i database on-line PubMed e Scopus, ed è stata effettuata la ricerca utilizzando come parole chiave nelle stringhe religiosity, spirituality, abuse, addict*, drug, opioid, opiate. Dapprima sono stati esclusi gli studi non pertinenti attraverso la lettura degli abstract. Successivamente, per gli altri studi si è provveduto alla lettura dei full-text. Sono stati considerati "pertinenti" quegli studi che rispettavano i criteri di inclusione e non presentavano alcun criterio di esclusione. Sono state descritte per ogni studio le seguenti caratteristiche: autore, anno, rivista, disegno dello studio, metodologia di campionamento, partecipanti, fascia età, misura dell'esposizione, misura dell'outcome, risultati, confondenti analizzati, conclusioni. L'accuratezza e la completezza della descrizione degli studi è stata valutata anche attraverso lo strumento di valutazione per gli studi trasversali AXIS (Appraisal tool for Cross-Sectional Studies).

Risultati

In più della metà degli studi inclusi la religiosità e la spiritualità si sono dimostrate fattori protettivi verso l'uso di oppioidi sia di provenienza illegale che prescritti. Uno studio ha invece portato evidenze contrastanti a seconda dell'appartenenza etnica dei soggetti: negli afroamericani la regolare partecipazione alle funzioni religiose ha rappresentato un fattore protettivo; lo stesso effetto non è stato riscontrato in popolazioni americane bianche. In un'altra rilevazione all'interno dello stesso studio la religiosità ha invece rappresentato un fattore di rischio. Quattro studi non hanno identificato nella religiosità e nella spiritualità dei fattori in grado di influenzare significativamente l'uso di oppioidi. Un unico studio la religiosità costituisce un fattore di rischio, lo studio era stato condotto in soggetti appartenenti a minoranze sessuali.

Conclusioni

La revisione ha evidenziato come l'adesione ad una fede possa essere associata a una riduzione della probabilità di abusare di sostanze oppioidi. La natura prevalentemente trasversale di questi studi impedisce di valutare una relazione causale tra esposizione e malattia. Una possibile interpretazione suggerisce che la religiosità porti l'individuo ad una sensazione di benessere e di completezza, contribuendo alla riduzione dello stress psicosociale che porta alcuni a cercare conforto in sostanze d'abuso (tra le quali gli oppioidi). Un'ulteriore spiegazione potrebbe essere che l'adesione ad una fede e la partecipazione al contesto sociale di una comunità religiosa possano essere determinanti nello sviluppo socio-morale dell'identità degli individui e nel motivare quindi anche alla adozione di comportamenti positivi per la propria salute. Tuttavia, non potendo valutare studi longitudinali e randomizzati per un'esposizione che riguarda una libera scelta personale, non si può escludere che le persone aderenti ad una confessione religiosa rappresentino di per sé sia una popolazione selezionata per caratteristiche comportamentali a priori e caratterizzata da un minor rischio di sviluppare dipendenza. Al contrario, individui provenienti da minoranze sessuali, che posso risultare in contrasto con la morale dalle comunità religiose, possono invece trarre dalla fede un'esperienza negativa da cui scaturiscono sensazioni di colpevolezza, che rende invece più probabile il ricorso all'uso di sostanze d'abuso.

Sebbene dunque la religiosità e la spiritualità si possano generalmente considerare un determinante protettivo contro l'uso di oppioidi, possono al contrario rappresentare un fattore di rischio in persone che da questo vissuto non traggono un'esperienza positiva. Il grande numero di fattori confondenti riscontrati come il grado di istruzione, l'appartenenza etnica o il reddito suggeriscono che siano opportune future ricerche per comprendere le interazioni tra i diversi determinanti di salute.

ABSTRACT

Introduction

Religion and spirituality have been part of people's lives since prehistoric times and have contributed over millennia to the formation of the uses and customs of every civilization. The bio-psycho-social approach to the study of the complex phenomenon of human health should therefore deepen its studies about the link between religiosity/spirituality of populations and clinically relevant outcomes. Improving our understanding of the influence that health determinants have on individuals' lives is essential for the subsequent planning of evidence-based health policies.

Opioid addiction is a disease that afflicts millions of people around the world which causes thousands of victims every year. Its estimated economic impact is tens of billions of dollars a year for US society alone. For these reasons, it is appropriate to increase efforts in the study of the determinants of health involved in the phenomenon.

The objective of this systematic review is to verify the existence of an association between people's religiosity/spirituality and opioid use disorder; if present, it is intended to establish whether they represent a risk or protection factor and to what extent.

Methods

The PubMed and Scopus online databases were consulted, and the research was carried out using the keywords religiosity, spirituality, abuse, addict*, drug, opioid, opiate. Irrelevant studies were first excluded by reading the abstracts. Subsequently, for the other studies the full-texts were read. Studies that met the inclusion criteria and did not present any exclusion criteria were considered "relevant". The following characteristics were described for each study: author, year, journal, study design, sampling methodology, participants, age range, exposure measure, outcome measure, results, confounders analysed, conclusions. The accuracy and completeness of the study descriptions were also assessed using the Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS).

Results

Religiosity and spirituality were found to be protective factors against both illicit and prescribed opioid use in more than half of the included studies. A study, on the other hand, brought conflicting evidence according to the ethnicity of the subjects: in African Americans, regular participation in religious functions represented a protective factor; the same effect was not found in white American populations. In another survey within the same study, religiosity was instead a risk factor. Four studies did not identify religiosity and spirituality as factors that significantly influence opioid use. Religiosity represented a risk factor in only one study, which was conducted in subjects belonging to sexual minorities.

Conclusions

The review found that religion may be associated with a reduction in the likelihood of abusing opioid substances. The predominantly cross-sectional nature of these studies does not allow to assess a causal relationship between exposure and disease. One possible interpretation suggests that religiosity leads the individual to a feeling of well-being and wholeness, contributing to the reduction of psychosocial stress that leads some to seek solace in substances of abuse (including opioids). A further explanation could be that adherence to a faith and participation in the social context of a religious community can be decisive in the socio-moral development of the identity of individuals and therefore also in motivating the adoption of positive behaviors for one's health. However, not being able to evaluate longitudinal and randomized studies for an exposure that concerns a free personal choice, does not allow us to exclude that people adhering to a religious confession represent in themselves a population selected for behavioral characteristics a priori and characterized by a lower risk of developing addiction. On the contrary, individuals from sexual minorities, who can be in contrast with the morals of religious communities, can instead draw a negative experience from faith which gives rise to feelings of guilt, which instead makes it more probable to seek solace using of drugs.

1. INTRODUZIONE

1.1 Religione: storia del concetto, definizione e significato.

Sin dalla Preistoria le religioni costituiscono un elemento culturale caratterizzante tutte le civiltà conosciute nel mondo [1]. Gli usi e i costumi delle persone si sono evoluti a partire da ciò che ogni popolo ha considerato sacro, e fino a pochi secoli fa nulla ha offerto spiegazioni circa l'origine dell'uomo ed i fenomeni riguardanti la sua salute se non il divino [2].

Per millenni la medicina e la religione sono state considerate indissolubilmente legate: dai primi medici-sciamani delle tribù preistoriche [3] all'Antica Grecia, nei secoli ben pochi passi sono stati compiuti verso la separazione dei due ambiti [4]. La pratica medica era una prerogativa dei sacerdoti, i quali ritenevano le malattie opera di spiriti maligni o punizioni degli dèi, limitandosi a prescrivere la recitazione di preghiere e la celebrazione di riti o di sacrifici come rimedio [1]. Occorre aspettare fino al periodo classico della civiltà greca (490 a.C. – 323 a.C.) per vedere un cambio di paradigma con Ippocrate (460 a.C. – 357 a.C.), considerato il padre della medicina moderna [5], il quale riteneva le malattie risultato dell'influenza di cause naturali sul corpo del paziente ed il processo di guarigione conseguenza della somministrazione di medicinali [6]. Questo periodo è considerato il momento storico di cesura tra la medicina e la religione [7]. Ciononostante, per i quasi due millenni successivi si continuò a credere che le cause delle malattie, per quanto naturali, avessero un qualche legame col divino. La medicina vide in Europa durante il Medioevo progressi molto scarsi e la sua pratica tornò all'interno dei luoghi di culto; gli ordini monastici divennero la principale istituzione dedicata al trattamento dei malati e i membri del clero depositari della conoscenza medica del tempo [8]. Per secoli

la cura degli infermi costituì parte importante dell'attività dei monasteri, tanto che le nozioni fondamentali della medicina formulate dallo stesso Ippocrate entrarono stabilmente a far parte dell'educazione che tutti i nuovi membri del clero dovevano ricevere [4]. Occorrerà attendere fino all'età rinascimentale per vedere nuovi importanti progressi in ambito medico grazie a personaggi come Paracelso [9] e Andrea Vesalio [10], oltre alla nascita del metodo scientifico grazie a Galileo Galilei (1564-1642) [11]. È a partire dal Rinascimento che la comprensione sempre più profonda della salute umana e delle cause delle malattie porta gradualmente alla definitiva separazione tra pratica medica e religione [2], sebbene quest'ultima abbia conservato un ruolo nel conforto dei malati che dura ancora oggi [12].

La definizione di religione che ha riscosso il maggiore consenso nell'ambito della ricerca vede quest'ultima come un costrutto sociale in cui sono coinvolte credenze, pratiche e rituali inerenti a ciò che le persone ritengono sacro [13]. La fede può essere praticata all'interno di una comunità organizzata o privatamente da una singola persona, oltre a comprendere le tradizioni più variegate.

1.2 Spiritualità: evoluzione ed illustrazione del concetto

Il dibattito sul concetto di spiritualità non è ancora riuscito a produrre una definizione largamente condivisa del fenomeno e, nonostante le diverse proposte avanzate in merito, nessuna di queste si è dimostrata priva di punti deboli [4]. Vengono riportati a titolo di esempio i principali tentativi nella definizione di spiritualità e ne vengono illustrate le criticità:

- La definizione “tradizionale”, adottata per la maggior parte della storia, identifica nella spiritualità una caratteristica tipica delle persone profondamente religiose [14]. Queste si distinguono dai normali credenti per la profonda aderenza ai dettami del proprio credo, i quali ne condizionano il comportamento nella vita quotidiana, le decisioni di vita e la visione del mondo. Questa definizione colloca le persone spirituali in un sottoinsieme situato all’interno dell’insieme di quelle religiose. Non si può dunque essere spirituali senza essere religiosi (Fig. 1). Il punto debole di questo approccio è precisamente sottolineato dalla frase appena riportata. Ebbene, secondo delle rilevazioni condotte negli USA all’inizio del nuovo millennio, quasi il 20% degli intervistati si è definito “spirituale, ma non religioso” [15]. Alla luce di ciò, la definizione tradizionale di spiritualità non è idonea alla rappresentazione della popolazione ai fini della ricerca. Una persona può infatti vivere la propria vita in funzione di credenze personali, valori morali e visioni del mondo senza aderire ad alcuna religione.

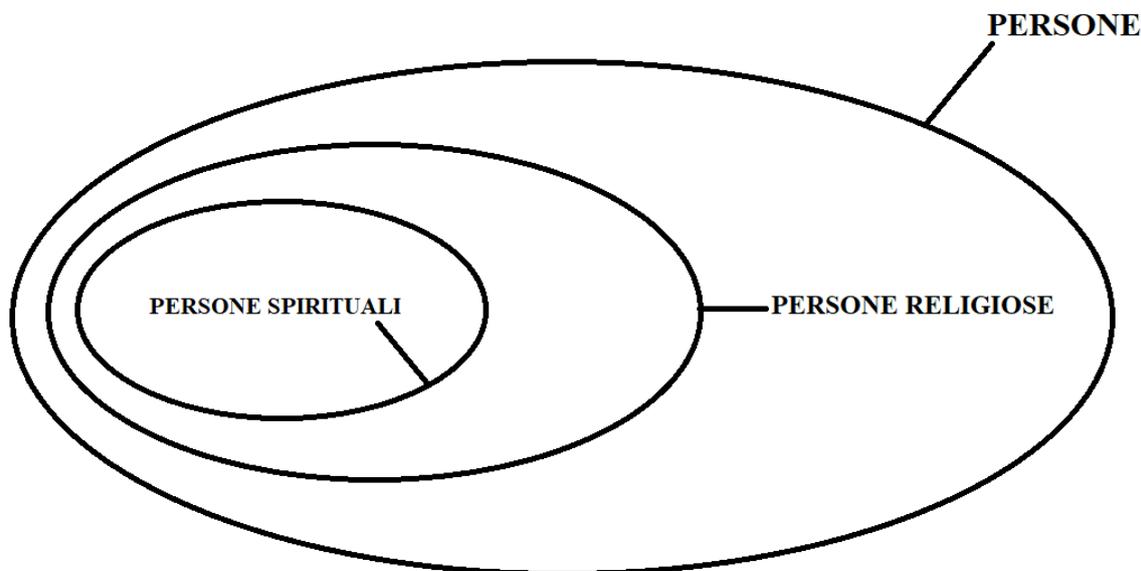


Fig. 1. Schematizzazione insiemistica della definizione tradizionale di spiritualità (adattata da H. Koenig et al. "Handbook of religion and health", Oxford University Press, p. 74, 2012)

- Una definizione più moderna ha espanso il concetto di spiritualità oltre i confini della religione, invertendo lo schema tradizionalmente adottato. Le persone religiose vengono considerate un sottoinsieme di quelle spirituali; si può dunque essere spirituali senza essere religiosi, ma tutte le persone religiose sono spirituali (Fig. 2) [16]. Il principale punto debole di questo approccio sta nel fallimento dei tentativi volti ad individuare chiaramente le caratteristiche psicosociali delle persone che si definiscono spirituali ma non religiose

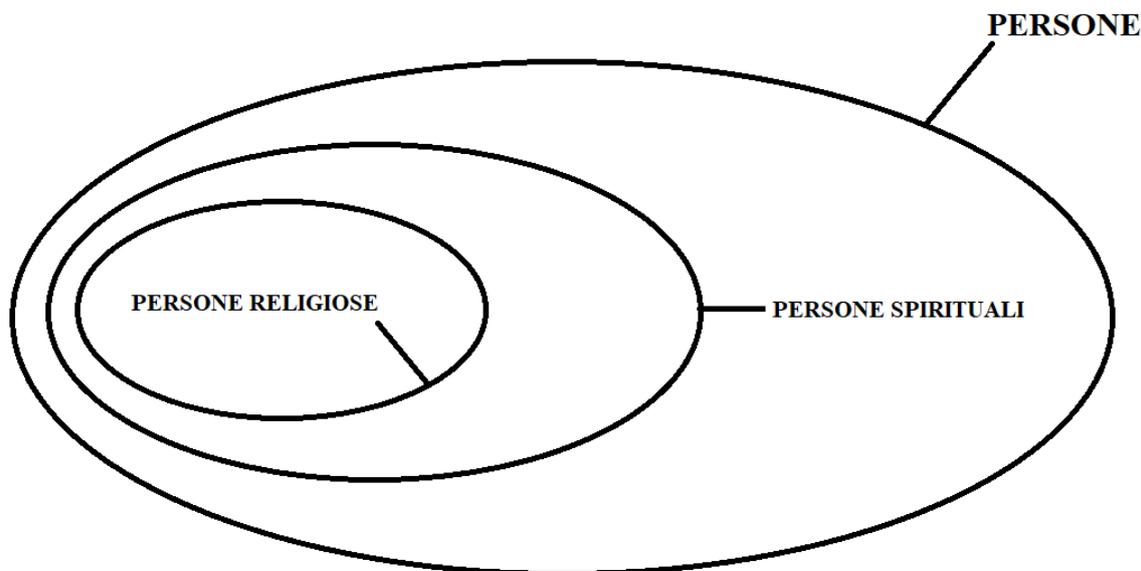


Fig. 2. Schematizzazione insiemistica della definizione moderna di spiritualità (adattata da H. Koenig et al. "Handbook of religion and health", Oxford University Press, p. 74, 2012)

- Una definizione più recente è stata avanzata per risolvere il problema di cui al punto precedente. Da un punto di vista insiemistico il modello rimane analogo alla “definizione moderna” [4] (Fig. 2), ma si propone di considerare spirituale (non necessariamente religiosa) una persona dai tratti psicologici positivi come:

- La percezione che la propria vita abbia un significato ed uno scopo
- La sensazione di essere parte di qualcosa di più grande
- L’esperienza di un senso di connessione con ciò che la circonda
- Provare un senso di pace interiore e di completezza
- La coltivazione di speranze positive per il futuro

La spiritualità viene rilevata sulla base di uno stato psicologico positivo e, di riflesso, essa stessa assume il significato di un determinate di salute positivo.

Il concetto di spiritualità manca dunque di una visione diffusamente accettata [17] e l’uso del termine si presta a diverse interpretazioni.

1.3 Salute: definizione, significato e fattori determinanti

Sulla definizione di salute si è espressa nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nella sua Costituzione recita: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la sola assenza di malattia o di infermità” [18]. L'enunciato sottolinea il carattere complesso del fenomeno, e in un certo senso riassume anche l'approccio allo studio della salute come fenomeno multifattoriale. L'individuazione dei fattori determinanti per la salute umana si avvale infatti di misure dell'associazione tra esposizione ed outcome nelle popolazioni esaminate. Saper identificare e quantificare le relazioni tra le variabili indagate e l'insorgenza o meno di determinate patologie è un requisito fondamentale per la successiva programmazione di interventi a tutela della salute.

I fattori su cui è possibile agire a scopo preventivo o terapeutico prendono il nome di “determinanti della salute” [19], ed influenzano tutti e tre gli ambiti indicati nella definizione citata all'inizio del paragrafo [18]:

- Benessere fisico, inerente alla sfera biologica del corpo umano, condizionato da tutti i fattori in grado di influenzare in qualche modo la fisiologia dell'organismo
- Benessere psicologico, che riguarda tutti i fattori in grado di favorire o meno l'insorgenza di disturbi psichiatrici o di situazioni di disagio
- Benessere sociale, determinato dalle condizioni di vita dell'individuo nella propria comunità

È bene sottolineare che questi tre ambiti non costituiscono dei compartimenti stagni; al contrario, la complessità del fenomeno salute può portare ognuno di essi ad influenzare gli altri e non è possibile collocare molti dei determinanti della salute all'interno di una sola delle tre sfere del benessere appena illustrate. Ad esempio, un fattore di carattere

psicologico come lo stress può aumentare sia il rischio di cardiopatia ischemica [20] e di infezioni respiratorie [21] sia il rischio di depressione e di disturbi d'ansia [22]. Quanto detto vale anche per fattori inerenti ai determinanti sociali dell'individuo, come il titolo di studio conseguito. Esso contribuisce positivamente in tutte le sfere della salute: si è osservato infatti come un titolo di studio più elevato aumenti la speranza di vita e riduca sia la mortalità generale che quella specifica per alcune cause, come malattie cardiovascolari, tumori ed incidenti da traffico veicolare [23].

Per lo studio dei determinanti della salute e del loro impatto sono stati proposti diversi modelli, ciascuno dei quali porta all'attenzione del lettore diversi concetti fondamentali.

Di seguito vengono riportati alcuni dei modelli più importanti:

- Il “modello europeo” è stato proposto dall'Institute for future studies nel 1991 [24]; esso posiziona al centro l'individuo con le proprie caratteristiche biologiche non modificabili (patrimonio genetico, sesso, età) e dispone attorno ad esso su cerchi concentrici i determinanti della salute su cui è possibile agire, spostando sempre di più l'attenzione dalla singola persona alla collettività man mano che si procede verso l'esterno (Fig. 3):
 - Stile di vita individuale, ove rientrano fattori come la dieta, l'attività fisica o il consumo voluttuario di sostanze
 - Reti sociali e di comunità, ovvero l'insieme delle relazioni intrattenute dal soggetto con le persone vicine
 - Condizioni socioeconomiche, culturali ed ambientali; questa macrocategoria vuole raggruppare tutti i determinanti della salute inerenti al contesto politico e sociale in cui la persona si colloca, nonché ai suoi

ambienti di vita e di lavoro. Esempi sono il titolo di studio, il reddito, le condizioni lavorative e l'accesso all'assistenza sanitaria

Questo modello sottolinea come i determinanti della salute agiscano su più livelli contemporaneamente e rispecchia la cultura europea del "welfare state" basato sul diritto alla salute. Si pone attenzione al grande numero di variabili su cui un Paese può agire attraverso politiche sanitarie opportunamente strutturate.

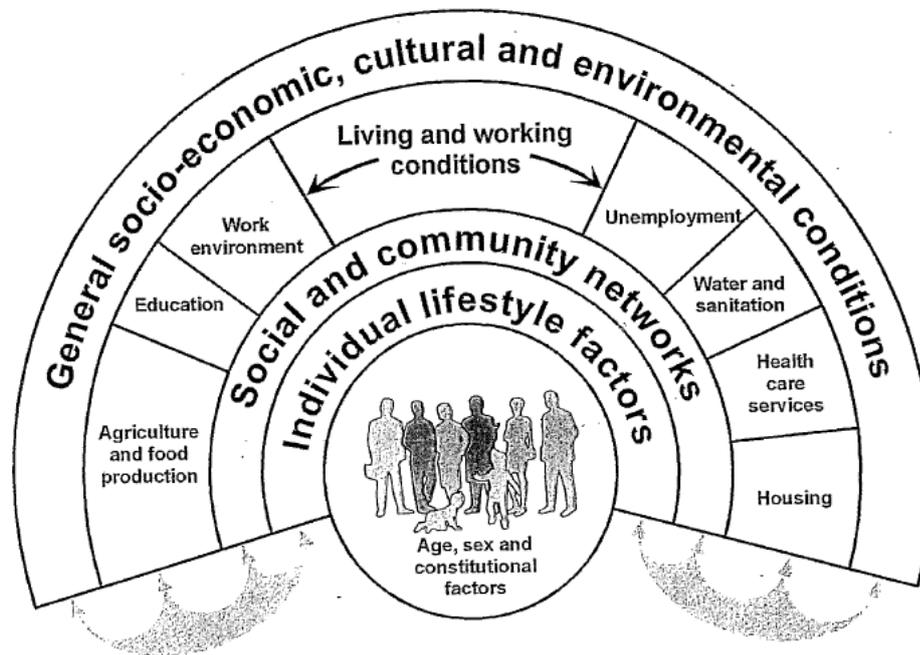
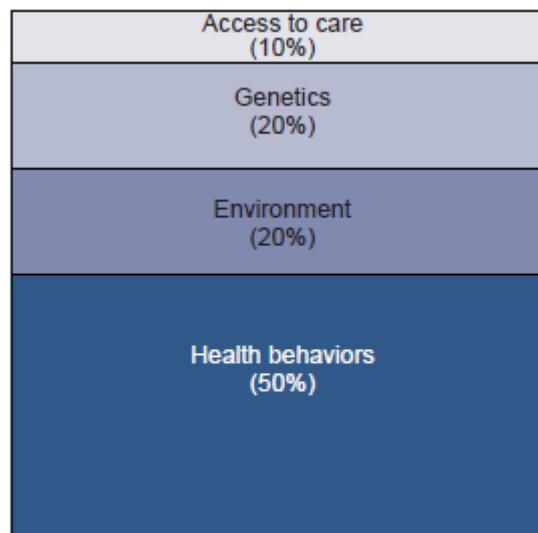


Fig. 3. Illustrazione schematica dei determinanti della salute secondo il modello europeo. Tratto da Dahlgren, "Policies and strategies to promote social equity in health", Institute for Future Studies, p. 11, 1991

- Il “modello americano” è stato proposto dal CDC nel 2010 [25] e propone una semplice stratificazione dei determinanti della salute sulla base della stima del loro impatto sulle persone (Fig. 4). Vengono distinte le seguenti categorie:
 - Accesso all’assistenza sanitaria (10%)
 - Genetica (20%)
 - Fattori ambientali (20%)
 - Comportamenti inerenti alla salute (50%)

Figure 2-8. Determinants of health



Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

Fig. 4. Illustrazione schematica dei determinanti della salute secondo il "modello americano"

Questo modello sottolinea l'importanza dello stile di vita che ognuno sceglie di condurre e dà un maggior peso alla responsabilità di ognuno nella tutela della propria salute

- Il modello proposto dall'OMS (Fig. 5) è stato predisposto dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute [26] e raggruppa i fattori più importanti nelle seguenti categorie:
 - Contesto socioeconomico e politico, ovvero l'insieme di governance, politiche sociali e macroeconomiche e di valori culturali che danno forma alla società
 - Posizione socioeconomica dell'individuo, rappresentata dagli elementi che lo pongono in una "classe sociale" più o meno elevata. Alcuni di essi sono il reddito, il titolo di studio, l'occupazione ed il gruppo etnico di appartenenza
 - Determinanti intermedi, categoria in cui rientrano tutti i fattori che interagendo con quelli delle prime due categorie contribuiscono a determinare lo stato di salute di cui una persona può godere. Degli esempi sono le condizioni materiali della persona (accesso a cibo ed acqua, tipo di abitazione, servizi igienici...), i fattori biologici e psicosociali, i comportamenti individuali e l'accesso all'assistenza sanitaria

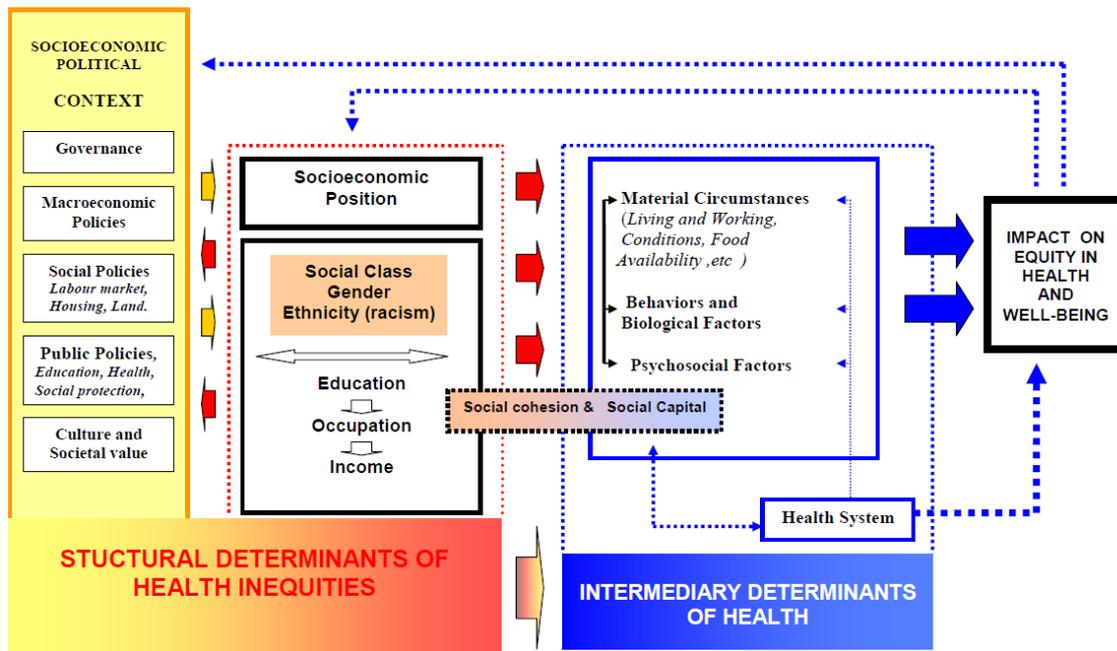


Fig. 5. Illustrazione schematica dei determinanti della salute secondo il modello proposto dall'OMS. Tratto da "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", p 48, 2007

Questo modello pone attenzione ai fattori che portano a disuguaglianze nell'accesso alla salute in uno Stato e si focalizza sulle conseguenze di queste ultime sul funzionamento del sistema Paese.

In tutti i modelli illustrati è chiara la complessità delle interazioni tra i determinanti della salute e la salute della popolazione. Lo studio di queste interazioni è fondamentale e necessario alla programmazione di opportuni interventi di politica sanitaria volti a massimizzare la salute della popolazione.

1.4 Il rapporto tra religione e salute

Nel 2009 un'indagine condotta da Gallup Polls su campioni rappresentativi della popolazione generale di 143 Paesi [27] ha voluto stabilire per ciascuno di essi la proporzione di cittadini che ritiene la religione un aspetto importante nella propria vita. Stilando una classifica in ordine decrescente (Fig. 6), si è rilevato che il Paese con la popolazione meno religiosa di tutto il mondo risulti essere l'Estonia (14%). In tutti gli altri Stati il fenomeno ha proporzioni ben maggiori fino ad arrivare in testa alla classifica con Egitto e Bangladesh, nei quali la popolazione che ritiene la religione una parte importante della propria vita si attesta rispettivamente al 100% e al 99%.

<i>Top 11 Most Religious Countries</i>		<i>Top 11 Least Religious Countries</i>	
Is religion an important part of your daily life?		Is religion an important part of your daily life?	
Country	% Yes	Country	% Yes
Egypt	100	Estonia	14
Bangladesh	99	Sweden	17
Sri Lanka	99	Denmark	18
Indonesia	98	Norway	20
Congo (Kinshasa)	98	Czech Republic	21
Sierra Leone	98	Azerbaijan	21
Malawi	98	Hong Kong	22
Senegal	98	Japan	25
Djibouti	98	France	25
Morocco	98	Mongolia	27
United Arab Emirates	98	Belarus	27

2007-2008

GALLUP POLL

Fig. 6. Risultati dell'indagine condotta nel 2009 da Gallup Polls su campioni rappresentativi della popolazione generale di 143 Paesi. Nelle due tabelle rispettivamente gli 11 Paesi in cima e in fondo alla classifica per religiosità

Essendo religiosa una quota significativa della popolazione di ogni Paese del mondo, gli effetti della fede sulla salute coinvolgono potenzialmente un numero estremamente grande di persone. Occorre per questo indagare più da vicino sul rapporto tra salute e

fede; in particolare, destano molto interesse gli innumerevoli riferimenti delle Sacre Scritture alla salute. Per quanto riguarda la Religione Cattolica, ad esempio, nel Nuovo Testamento alcuni passi sottolineano l'importanza di aderire ai dettami religiosi per vivere una vita felice e in buona salute:

- *“Se osserverete i miei comandamenti, rimarrete nel mio amore, come io ho osservato i comandamenti del Padre mio e rimango nel suo amore. Questo vi ho detto perché la mia gioia sia in voi e la vostra gioia sia piena.” (Giovanni 15, 10-11)*
- *“Il frutto dello Spirito invece è amore, gioia, pace, pazienza, benevolenza, bontà, fedeltà, mitezza, dominio di sé; contro queste cose non c'è legge.” (Galati 5, 22-23)*
- *“Carissimo, faccio voti che tutto vada bene e che tu sia in buona salute, come va bene per la tua anima.” (Giovanni 3, 1:2)*

Termini molto spesso usati nei Testi Sacri come “lunga vita”, “salute del corpo”, “gioia”, “felicità” e “pace” suggeriscono un ruolo della religione sia nel benessere fisico sia in quello mentale della persona. Ciò detto, non sorprende che un'indagine svolta nel 2002 sulla popolazione adulta degli USA [28] abbia rilevato che almeno il 43% delle persone ricorre alla preghiera chiedendo a Dio una migliore salute per se stessi e per gli altri. I numeri illustrati destano un particolare interesse nello studio degli outcome dei pazienti più o meno religiosi rispetto a quelli che non professano alcuna fede, così da verificare l'effettiva rilevanza del fattore religione/spiritualità nel determinarne lo stato di salute.

1.5 Strumenti di misura per la religiosità e per la spiritualità

Poste nei precedenti paragrafi le dovute premesse sull'importanza delle definizioni in ambito di ricerca, il successivo problema riguarda l'adozione di sistemi adeguati alla quantificazione dei fenomeni oggetto di studio. Per concetti astratti come la religiosità e la spiritualità non è infatti possibile effettuare misurazioni dirette sulla persona come nel caso dello sfigmomanometro per la pressione arteriosa o del metro per il girovita.

Per quanto concerne la religiosità, i ricercatori si sono spesso avvalsi di poche semplici domande, chiedendo direttamente ai volontari la fede professata o la frequenza di partecipazione alle funzioni religiose [29]. Il punto debole di questo approccio sta nella mancata valutazione dell'effettivo coinvolgimento religioso, dal momento che una persona può dichiararsi credente (a prescindere dalla religione) e frequentare tutte le funzioni religiose della propria comunità senza necessariamente avvertire un personale e profondo legame col divino. Dal momento che la religione può riguardare diversi aspetti della vita di un individuo, i ricercatori Glock e Stark [30] hanno distinto nel 1966 cinque dimensioni nella religiosità:

- Dimensione esperienziale, per cui una persona può effettivamente sentirsi religiosa o meno
- Dimensione ritualistica, riguardante la partecipazione alle attività della comunità religiosa (messe, sacramenti, lettura delle Sacre Scritture...)
- Dimensione ideologica, che indaga l'effettiva aderenza della persona ai principi chiave della religione
- Dimensione intellettuale, inerente alle nozioni che l'individuo padroneggia in ambito teologico (conoscere i principali versi dei Testi Sacri, saperli interpretare...)

- Dimensione consequenziale, la quale approfondisce gli effetti dei tre punti precedenti sugli altri ambiti della vita di una persona, come ad esempio la salute

L'approccio descritto è stato successivamente ripreso da alcuni colleghi della Pennsylvania State University per costruire un questionario volto all'indagine delle suddette cinque dimensioni [31]. Esso si compone di cinque parti, ciascuna delle quali presenta una serie di domande a risposta multipla; le opzioni scelte dagli intervistati concorrono al calcolo di un punteggio per quantificare su una scala da 0 a 5 l'importanza che ciascuna dimensione ha nella vita dell'individuo.

Un approccio alternativo è stato proposto in un articolo pubblicato dal Journal of Personality and Social Psychology nel 1967 [32], dove la religiosità viene suddivisa in due dimensioni:

- Dimensione intrinseca, riguardante i motivi dell'adesione ad una confessione religiosa provenienti dalla dimensione interiore del credente, il quale cerca di dare un significato superiore alla sua esistenza
- Dimensione estrinseca, inerente alle ragioni provenienti dal mondo esterno che possono portare un individuo a soddisfare i propri bisogni attraverso la comunità religiosa. Trattasi di una visione della fede prevalentemente strumentale. Alcuni esempi sono la ricerca di altre persone da frequentare, di conforto dai problemi della vita quotidiana o di un determinato status sociale

Anche questo modello di religiosità prevede la valutazione di entrambe le dimensioni attraverso un questionario legato ad uno score system [32].

Quanto al concetto di spiritualità, in mancanza di un consenso nella sua definizione è stato necessario percorrere strade alternative. Nelle indagini sul rapporto tra essa e la salute si è deciso infatti di non cercare un significato filosofico preciso al termine; si è

scelto bensì di creare un concetto ad essa alternativo e più funzionale ai fini della ricerca in ambito sanitario. Questo nuovo concetto prende il nome di “benessere spirituale”, ed è stato definito per la prima volta dalla National Interfaith Coalition on Aging (NICA) nel 1975 [33]. Essa afferma che lo “spiritual well-being” (SWB) è definito come un senso di completezza promosso da una relazione con Dio, con se stessi, con la comunità o con l’ambiente. Partendo da questa esatta definizione un articolo pubblicato nel 1983 dal Journal of Psychology and Theology ha formulato la cosiddetta “spiritual well-being scale” (SWBS) [34], lo strumento ad oggi più utilizzato nella valutazione degli effetti della spiritualità sulla salute. Il questionario della SWBS (Fig. 7) presenta 20 domande suddivise tra due score-system minori che concorrono al calcolo del benessere spirituale globale della persona. Essi sono il Religious Well-being (RWB) e l’Existential Well-Being; si compongono di 10 domande ciascuno e la differenza tra i due sta essenzialmente nella presenza o meno di riferimenti al divino nei quesiti. Tale distinzione si è resa necessaria per poter studiare il fenomeno spiritualità anche in persone che non si dicono religiose.

Spiritual Well-Being Scale

For each of the following statements circle the choice that best indicates the extent of your agreement or disagreement as it describes your personal experience:

	SA = Strongly Agree	MA = Moderately Agree	A = Agree	D = Disagree	MD = Moderately Disagree	SD = Strongly Disagree
1. I don't find much satisfaction in private prayer with God.....	SA	MA	A	D	MD	SD
2. I don't know who I am, where I came from, or where I'm going.....	SA	MA	A	D	MD	SD
3. I believe that God loves me and cares about me.....	SA	MA	A	D	MD	SD
4. I feel that life is a positive experience.....	SA	MA	A	D	MD	SD
5. I believe that God is impersonal and not interested in my daily situations.....	SA	MA	A	D	MD	SD
6. I feel unsettled about my future.....	SA	MA	A	D	MD	SD
7. I have a personally meaningful relationship with God.....	SA	MA	A	D	MD	SD
8. I feel very fulfilled and satisfied with life.....	SA	MA	A	D	MD	SD
9. I don't get much personal strength and support from my God.....	SA	MA	A	D	MD	SD
10. I feel a sense of well-being about the direction my life is headed in.....	SA	MA	A	D	MD	SD
11. I believe that God is concerned about my problems.....	SA	MA	A	D	MD	SD
12. I don't enjoy much about life.....	SA	MA	A	D	MD	SD
13. I don't have a personally satisfying relationship with God.....	SA	MA	A	D	MD	SD
14. I feel good about my future.....	SA	MA	A	D	MD	SD
15. My relationship with God helps me not to feel lonely.....	SA	MA	A	D	MD	SD
16. I feel that life is full of conflict and unhappiness.....	SA	MA	A	D	MD	SD
17. I feel most fulfilled when I'm in close communion with God.....	SA	MA	A	D	MD	SD
18. Life doesn't have much meaning.....	SA	MA	A	D	MD	SD
19. My relation with God contributes to my sense of well-being.....	SA	MA	A	D	MD	SD
20. I believe there is some real purpose for my life.....	SA	MA	A	D	MD	SD

Note: Items are scored from 1 to 6, with a higher number representing more well-being. Reverse scoring for negatively worded items. Odd-numbered items assess religious well-being; even numbered items assess existential well-being.

© 1982 by C. W. Ellison and R. F. Paloutzian

Fig. 7. Elenco dei quesiti nella Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Fonte citata in figura.

La Spiritual Well-Being Scale è stata validata nel 1991 dal Journal of Psychology and Theology, che ne ha attestato una buona affidabilità [35]. Numerosi autori negli ultimi decenni hanno adottato questo strumento per comparare il risultato del suo score-system ad outcome clinicamente rilevanti. Alcuni esempi sono Kaczorowski, che nel 1989 ha rilevato una correlazione inversa tra SWBS ed ansia in una popolazione di adulti con patologie di interesse oncologico [36]; Fehring, che nel 1987 ha rilevato una relazione inversa tra SWBS e disturbi depressivi [37]; o ancora, Fernsler, che nel 1999 ha osservato come i pz con carcinoma del colon retto con un alto benessere spirituale tendano a chiedere meno giorni di malattia al datore di lavoro [38].

1.6 Oppioidi: definizione, classificazione ed effetti

Si definiscono oppioidi tutte le sostanze in grado di agire sugli omonimi recettori presenti nell'organismo umano [39]. I principi attivi all'interno di questa classe possono essere suddivisi in categorie a seconda della loro origine [40]:

- Alcaloidi naturali, ovvero i composti estraibili direttamente dal papavero dell'oppio (*Papaverum somniferum*). Essi prendono il nome di "oppiacei" e sono la morfina, la codeina, la tebaina e la papaverina
- Prodotti semisintetici, cioè ottenuti a partire da un alcaloide naturale sottoposto a successive fasi di produzione. Il composto più noto della categoria è l'eroina, derivato della morfina; altri esempi di derivati degli alcaloidi sono la buprenorfina e l'ossicodone
- Prodotti sintetici, ovvero composti interamente artificiali la cui produzione non abbia avuto inizio da un alcaloide naturale. Alcuni esempi sono Fentanil, Remifentanil, Meperidina e Metadone
- Peptidi oppioidi endogeni, prodotti cioè all'interno del nostro organismo. Le principali categorie di questi composti sono le endorfine, le encefaline e le dinorfine

Nel nostro organismo sono presenti quattro tipologie di recettori degli oppioidi (μ , δ , κ e recettori della nocicettina) [41], ognuno dei quali è in grado di mediare una grande varietà di effetti che è possibile osservare in tabella (Fig. 8).

Opioid Receptor	Subtypes	Previous and Unofficial Names	Effects of Activation
μ	μ_1, μ_2, μ_3	Mu receptor/MOP/OP3/MOPr/opioid receptor, mu 1	<ul style="list-style-type: none"> • spinal and supraspinal analgesia • respiratory and cardiac depression • euphoria • sedation • physical dependence • tolerance • changes of smooth muscle tone • decreased gastrointestinal motility • urinary retention • pruritus
δ	δ_1, δ_2	DOP/DOR/OP1/Delta receptor/DOR-1/DOPr	<ul style="list-style-type: none"> • spinal and supraspinal analgesia without respiratory compromise • antidepressant effect • anti-anxiety effect • decrease of colonic transit time
κ	$\kappa_1, \kappa_2, \kappa_3$	KOR-1/Kappa receptor/OP2/KOP/KOPr	<ul style="list-style-type: none"> • spinal and supraspinal analgesia • miosis • psychotomimetic effects (dysphoria, agitation) • sedation without pronounced respiratory depression, euphoria or gastrointestinal effects
Nociceptin receptor	ORL1	N/OFQ receptor/OP4/KOR-3/NOCIR/kappa3-related opioid receptor/MOR-C/nociceptin receptor ORL1/XOR1/NOP-r/nociceptin/orphanin FQ receptor/NOPr	<ul style="list-style-type: none"> • analgesia at the spinal level • reduction of locomotor activity • impairment of memory • increase of food intake • anxiolytic effect • increase of water diuresis • stimulation of immune response

Fig. 8. Recettori per gli oppioidi e relative funzioni mediate. Tratto da Tarlowska, "Crosstalk between Opioid and Anti-Opioid Systems: An Overview and Its Possible Therapeutic Significance", *Biomolecules*, vol. 10, n. 1376, pp 1-27, 2020

Ciascuna delle sostanze appartenenti alla classe degli oppioidi presenta affinità differenti per ciascuno dei suddetti recettori (Fig. 9), ampliando ulteriormente la variabilità delle conseguenze che l'uso di queste sostanze può avere in una persona [42].

Table 1: Opioids with their selectivity for different opioid receptors

Opioid	RECEPTOR TYPE			
	MOP	KOP	DOP	NOP
<i>Endogenous</i>				
Beta-endorphin	+++	+++	+++	-
Leu-enkephalin	+	-	+++	-
Dynorphin A& B	++	+++	+	+
N/OFQ	-	-	-	+++
<i>Clinical drugs</i>				
Agonists				
Morphine	+++	+	+	-
Pethidine	+++	+	+	-
Diamorphine	+++	+	+	-
Fentanyl	+++	+	-	-
Partial agonists				
Buprenorphine	++	+	-	-
Pentazocine	-	++	-	-
Antagonists				
Naloxone	+++	++	++	-
Naltrexone	+++	++	++	-

+ = low affinity; ++ = moderate affinity; +++ = high affinity; - = no affinity.

Fig. 9. Affinit  degli oppioidi per ciascuna tipologia di recettore. Tratto da Trivedi, "Pharmacology of opioids", ATOTW, p. 3, 2007

1.8 L'abuso di oppioidi

L'abuso di oppioidi (o disturbo da uso di oppioidi)   definito nel DSM-V come una situazione di cronico utilizzo di questi farmaci in presenza di almeno due dei seguenti criteri nel corso di un periodo di 12 mesi [43]:

- Assumere oppioidi in grandi quantit  o per un tempo pi  lungo del previsto
- Desiderare in modo persistente o tentare senza successo di diminuire il consumo di oppioidi
- Passare una grande quantit  di tempo procurandosi, facendo uso o riprendendosi dall'assunzione di oppioidi
- Desiderare gli oppioidi
- Fallire ripetutamente nel portare a termine gli obblighi di lavoro, casa o scuola a causa degli oppioidi

- Continuare l'assunzione di oppioidi pur avendo problemi sociali o interpersonali ricorrenti a causa degli oppioidi
- Rinunciare ad importanti attività sociali, di lavoro o ricreative a causa degli oppioidi
- Uso degli oppioidi in situazioni fisicamente pericolose
- Continuare l'assunzione di oppioidi nonostante si abbiano disturbi fisici o mentali causati o peggiorati dagli oppioidi
- Presentare tolleranza agli oppioidi (non è un criterio quando l'uso è medicalmente appropriato)
- Presentare sintomi di astinenza da oppioidi o assumerne a causa dell'astinenza

Da un punto di vista epidemiologico l'abuso di oppioidi rappresenta una vera e propria piaga che affligge 16 milioni di persone in tutto il mondo e che causa almeno 120mila morti a livello globale ogni anno [44]. Secondo un rapporto pubblicato dal Journal of American Medical Association, nel 2015 la mortalità negli Stati Uniti per abuso di oppioidi era di 7 persone su 100mila abitanti [45]; lo European Journal of Pain afferma che la proporzione pazienti con dolore cronico che va incontro all'abuso di oppioidi possa arrivare al 50% in alcune popolazioni [46].

Il disturbo da uso di oppioidi rappresenta il perfetto esempio di fenomeno multifattoriale frutto di una complessa interazione dei determinanti della salute di cui ai paragrafi precedenti; uno studio esaustivo di questa patologia, infatti, non può non spaziare in tutti gli ambiti dell'approccio bio-psico-sociale alla salute.

Un articolo pubblicato nel 2017 dalla rivista *Anesthesia & Analgesia* [47] ha elencato i principali fattori di rischio per l'abuso di oppioidi, tra i quali:

- Giovane età
- Tabagismo
- Storia familiare o personale di abuso di altre sostanze
- Sbalzi d'umore
- Patologie che comportino un debilitante dolore cronico
- Supporto sociale insufficiente
- Situazione di stress psicologico
- Disturbi psichiatrici
- Traumi psicologici, con particolare riferimento ad abusi sessuali durante l'infanzia

Le conseguenze del disturbo da uso di oppioidi colpiscono la salute dell'individuo in tutti i suoi ambiti, andando dai sintomi dell'astinenza (nausea, vomito, diarrea, tachicardia, ipertensione, tremori, ansia) e dall'overdose (miosi, bradicardia, depressione respiratoria, coma) alla compromissione psicosociale determinata dalla dipendenza sia fisica che psichica dalla sostanza, la quale porta l'individuo a non desiderare altro se non la somministrazione di ulteriori dosi (craving) [47]. Da non dimenticare inoltre tutte le altre problematiche correlate alla tossicodipendenza, come gli ascessi cutanei al sito di somministrazione, le infezioni trasmissibili per via parenterale (ad esempio HIV, HBV ed HCV) e le endocarditi batteriche [43]. Sulle conseguenze dell'abuso di oppioidi per la società intera si è espressa una revisione sistematica condotta nel 2009 negli USA [48], la quale ha stabilito come nel Paese ogni anno i costi complessivi correlati all'assistenza di questi pazienti si attestino sugli 8,6 miliardi di dollari, con una spesa media di 25mila

dollari l'anno a persona. Altre fonti [49] hanno stimato che sommando all'assistenza sanitaria i costi indiretti correlati al disturbo da uso di oppioidi, tra i quali i danni dovuti alla criminalità, le spese per la conduzione dei relativi processi e la ridotta produttività della popolazione, la società americana potrebbe arrivare a perdere più di 50 miliardi di dollari l'anno.

Proprio negli USA la piaga dell'abuso di oppioidi ha raggiunto negli ultimi decenni le dimensioni di un'epidemia [50]. In particolare, alla fine degli anni '90 negli Stati Uniti vennero condotte da alcune case farmaceutiche imponenti campagne di marketing in favore di analgesici oppioidi come l'ossicodone e l'idrocodone [51]. Il risultato fu l'innescarsi di una solida tendenza all'over-prescrizione di questi ultimi negli anni successivi [52], soprattutto nei pazienti affetti da dolore cronico. Secondo un rapporto pubblicato dal CDC nel 2017 la prescrizione degli oppioidi è continuata a crescere negli anni fino a raggiungere nel 2010 un picco pari a circa il triplo delle dosi registrate nel 1999, salvo poi iniziare a diminuire lentamente negli anni successivi [53]. All'aumento delle prescrizioni si è accompagnato un corrispondente incremento della mortalità per overdose di oppioidi, la quale continua pericolosamente ad aumentare nonostante il picco appena menzionato sia già stato superato da più di un decennio. Proprio in merito, un rapporto pubblicato nel 2021 dal U.S. Department of Health and Human Services mostra dei numeri allarmanti [54]: nel 1999 la mortalità per overdose da oppioidi negli Stati Uniti era di 2,9 persone su 100mila abitanti; nel 2010 il dato si attestava sulle 6,8 persone su 100mila; nel 2020 (ultimo anno contemplato dallo studio) si è arrivati a 21,4 persone su 100mila. Secondo i dati presentati nel 2021 dal National Center for Health Statistics le vittime di overdose da oppioidi negli USA tra il 1999 e il 2020 sono state 564mila [55].

Alla luce delle proporzioni del problema è dunque auspicabile un approfondimento degli studi in merito, volto all'identificazione dei determinanti di questo fenomeno multifattoriale e ad una successiva strutturazione di politiche sanitarie adeguate.

1.7 Scopo dello studio

La tesi vuole condurre una revisione sistematica per verificare l'esistenza di una eventuale associazione tra religiosità e spiritualità ed abuso di oppioidi.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Strategia di ricerca e fonti dei dati

È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura di studi osservazionali analitici (trasversali, di coorte e caso-controllo) che andassero a verificare misure di associazione tra Religiosità o Spiritualità ed uso di oppioidi.

Un revisore ha consultato i database on-line PubMed e Scopus. Dapprima sono stati rimossi i duplicati ed esclusi gli studi non pertinenti attraverso la lettura degli abstract. Successivamente, per gli altri studi si è provveduto alla lettura dei full-text e alla classificazione in “esclusi in base a full-text” o “pertinenti”. Sono stati considerati “pertinenti” quegli studi che rispettavano i criteri di inclusione e non presentavano alcun criterio di esclusione (vedi di seguito).

Le stringhe di ricerca sono state pertanto definite nel modo seguente:

PubMed

```
(Religion[Title/Abstract] OR spirituality[Title/Abstract] OR religiosity[Title/Abstract]
OR faith[Title/Abstract] OR religiousness[Title/Abstract]) AND
(patholog*[Title/Abstract] OR problem*[Title/Abstract] OR addict*[Title/Abstract] OR
compulsive[Title/Abstract] OR abuse*[Title/Abstract] OR dependen*[Title/Abstract]
OR disorder*[Title/Abstract] OR use[Title/Abstract]) AND (substance*[Title/Abstract]
OR drug*[Title/Abstract] OR opioid[Title/Abstract] OR opiate[Title/Abstract] OR
heroin[Title/Abstract]) AND English[lang] AND (("1900/01/01"[PDAT]:
"2021/11/24"[PDAT])
```

Scopus

(TITLE-ABS (religion) OR TITLE-ABS (spirituality) OR TITLE-ABS (religiosity) OR TITLE-ABS (faith) OR TITLE-ABS (religiousness)) AND (TITLE-ABS (patholog*) OR TITLE-ABS (problem*) OR TITLE-ABS (addict*) OR TITLE-ABS (compulsive) OR TITLE-ABS (dependen*) OR TITLE-ABS (disorder*) OR TITLE-ABS (abuse*) OR TITLE-ABS (use*)) AND (TITLE-ABS (substance*) OR TITLE-ABS (drug*) OR TITLE-ABS (opioid) OR TITLE-ABS (opiate) OR TITLE-ABS (heroin)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) PUBYEAR < 2022

Le voci bibliografiche degli articoli selezionati e di eventuali revisioni presenti in letteratura sullo stesso tema sono state anch'esse analizzate allo scopo di identificare eventuali altri studi pertinenti.

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

- L'utilizzo di una misura per valutare la religiosità o la spiritualità (considerando la spiritualità come un aspetto che può essere vissuto sia all'esterno che all'interno di un contesto religioso [56], e caratterizzato da un desiderio di trascendenza, un senso di interconnessione e un senso significativo della vita [57]);
- Il calcolo di una misura di associazione per verificare la presenza di un'associazione tra religiosità o spiritualità e consumo di oppioidi;
- articoli pubblicati fino a dicembre 2021 (per Scopus), o novembre 2021 (per PubMed);
- articoli in lingua inglese.

Gli studi sono stati esclusi se:

- analizzavano esclusivamente campioni di pazienti affetti da dipendenze da sostanze;
- analizzavano esclusivamente campioni di soggetti che si dichiaravano religiosi;
- studi sperimentali per valutare l'efficacia di interventi volti alla disassuefazione di soggetti dipendenti da oppioidi

2.2 Valutazione della qualità degli studi

Sono state descritte per ogni studio le seguenti caratteristiche: autore, anno, rivista, disegno dello studio, metodologia di campionamento, partecipanti, fascia età, misura dell'esposizione (religiosità o spiritualità), misura dell'outcome (abuso di oppioidi), risultati, confondenti analizzati, conclusioni.

La qualità metodologica degli studi è stata valutata utilizzando lo strumento di valutazione per gli studi trasversali (Appraisal tool for Cross-Sectional Studies - AXIS), essendo tutti gli articoli selezionati con disegno di studio "cross-sectional" [58]. Il sistema di punteggio è conforme a un design "si", "no" o "non so/commento". Gli studi inclusi nella revisione sono stati classificati in quattro gruppi: >15, 10-15, 5-9 e ≤4 criteri AXIS soddisfatti. 10 studi hanno soddisfatto 10-15 criteri AXIS, 3 studi hanno soddisfatto più di quindici criteri AXIS;

(Appendice 1)

3. RISULTATI

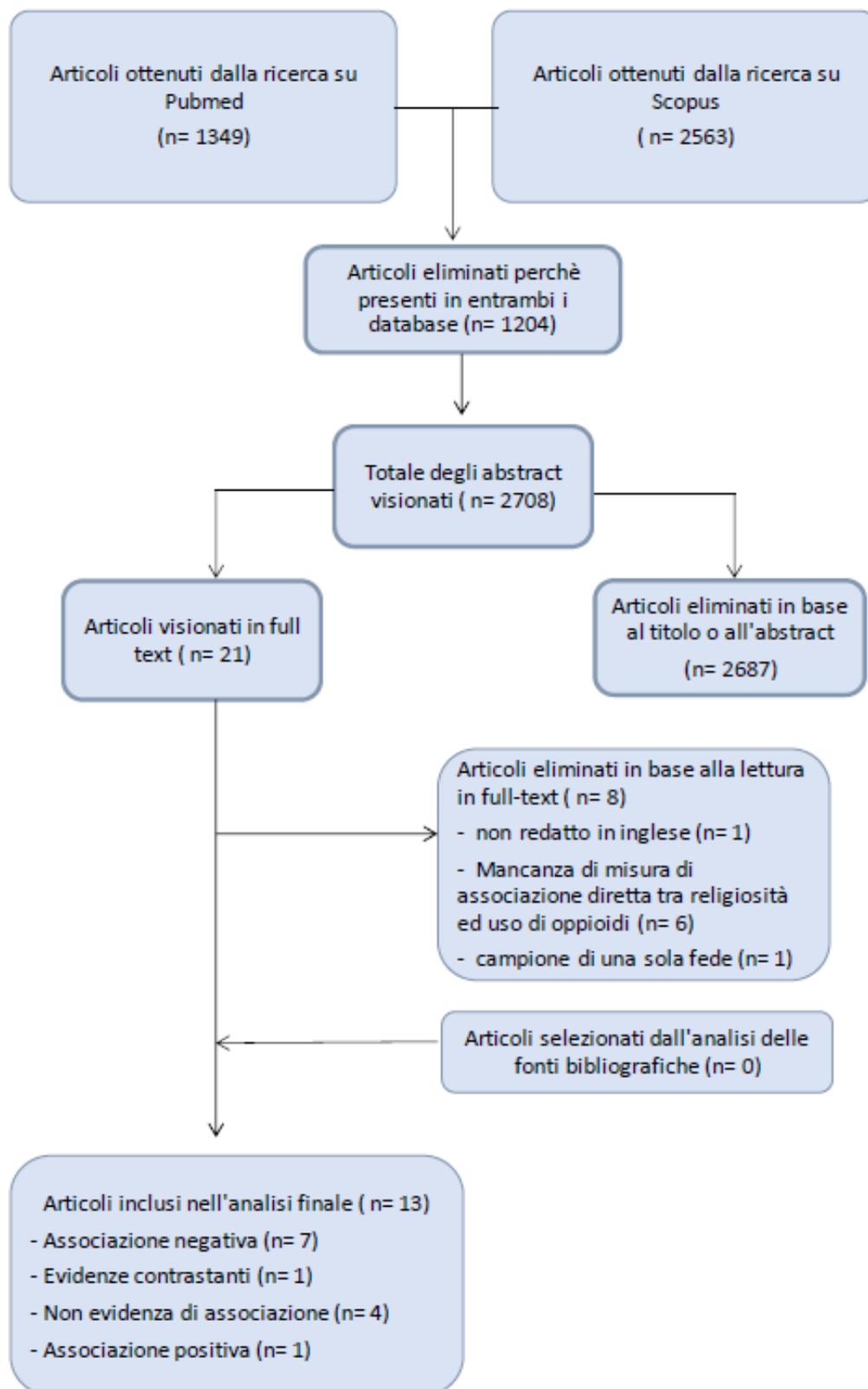
3.1 Ricerca bibliografica e disegno dello studio

La ricerca bibliografica ha permesso di identificare 1349 pubblicazioni su Pubmed e 2563 su Scopus, per un totale di 3912 articoli. Di questi, 1204 sono stati eliminati perché presenti in entrambi i database. La visualizzazione dell'abstract dei 2708 rimasti ha portato all'esclusione di 2687 scritti in base al titolo o al contenuto dello stesso abstract. Successivamente i 21 articoli rimasti sono stati visionati in full-text, portando all'eliminazione di 8 pubblicazioni. Di queste, 1 non era redatta in lingua inglese, 6 non calcolavano una misura di associazione tra religiosità/spiritualità ed uso di oppioidi e 1 contemplava un campione di sole persone religiose. Nessuno degli articoli provenienti dalle fonti bibliografiche delle pubblicazioni pertinenti ha incontrato i criteri d'inclusione. La revisione sistematica comprende quindi 13 studi che analizzano l'associazione tra religiosità/spiritualità ed uso di oppioidi. Tutti gli articoli inclusi rappresentano studi cross-sectional.

Dei 13 paper esaminati (Flowchart 1)

- 7 hanno evidenziato un'associazione negativa tra fede/spiritualità ed abuso di oppioidi
- 1 ha presentato risultati contrastanti
- 4 non hanno rilevato alcuna differenza
- 1 ha evidenziato un'associazione positiva tra religiosità ed abuso di oppioidi

È riportata di seguito la evidence table inerente agli studi inclusi nella revisione sistematica (Tabella 1).



Flowchart 1: Processo di selezione degli articoli

3.2 Evidence table

Tabella 1. Studi inclusi nella revisione sistematica

Title	Tipology Prevalence (P) Intervention (I)	Author Year Journal Country	Judgement: Low vs High religiosity No difference Inconsistent Increase Decrease	Children (C) Adult (A)	Study design Sample methods	Sample Age	Measure of exposure	Measure of Outcome	Results	Confounder	Conclusion	extra
Nonmedical Prescription Opioid Use by Parents and Adolescents in the US	P	Griesler et al. 2019 Pediatrics US	Decrease	Adolescents	Cross sectional study. The study investigated the intergenerational association of lifetime NMPO use in nationally representative samples of parent child dyads aged 12 to 17 years sampled within the same households from 9 (2004–2012) National Surveys on Drug Use and Health	2004-2012 35.000 parent-adolescent child (12-17yo) dyads	Type of religion: non specified; Measure: adolescent-reported religiosity was the average of 3 items coded as 1 [strongly disagree], 2 [disagree], 3[agree], or 4 [strongly agree]: "Religious beliefs are very important"; "Religious	Adolescent self-reported lifetime NMPO use (0 = no; 1 = yes) was ascertained by asking "We have some questions about drugs that people are supposed to take only if they have a prescription from a doctor. We are only interested in your use of a drug if the drug was not prescribed for you or you took the drug only for the experience or feeling it caused." 21 pain opioids	Adolescents were less likely to use NMPO when they were highly religious (aOR 0.92; 95% CI 0.86–0.99).	Gender, race/ethnicity, parent education, marital status	Parental NMPO use is associated with offspring use. There are also significant links between parental and adolescent smoking and adolescent NMPO use. Parent-based interventions targeted at NMPO use among youth should not	

				<p>(NSDUH). 89.6% were biological children, 8.3% stepchildren, 2.1% adopted. Fathers/mothers ratio in the weighted dyads was 0.76. Multivariable logistic regression analyses were implemented and interaction effects were estimated in multivariable models. Analyses were implemented in SUDAAN 11.0.1.</p>	<p>beliefs influence decisions"; "It is important that friends share beliefs".</p>	<p>were asked about.</p>			<p>only address parental NMPO use but should also promote positive parenting practices, such as monitoring and reduced conflict. High religiosity has shown a protective effect on NMPO use in the youth.</p>	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

The Epidemiology of Adolescent Drug Use In France and Israel	P	Kandel et al. 1981 Am J Public Health US	Decrease	Adolescents	Cross sectional study. Two adolescent household surveys of urban youths carried out in Paris and suburbs and in Jerusalem, Tel Aviv, Haifa, Beer Sheba. Completion rate in Israeli sample is about 90%; French sample was collected as a quota sample based on respondents' age, sex and student status. Data were collected with structured interview schedules. Efforts were made to include identical questions, modifications were introduced to incorporate	1977, 1979 499 French 14-18 year olds and 609 Israeli 14-18 year olds	Type of religion: Catholic, Jewish; Measure: explicit religiosity; in the Israeli sample, religiosity is indexed by type of school attended (Israeli educational system consists of two parallel subsystems : a religious and a non-religious one and students in religious schools attend services daily in school); in France, by frequency of attendance at religious	Items were: 1) "How frequently have you ever used ...?" with categories ranging from "never" to "used ten or more times" for illicit drugs; and 2) "How frequently have you used ... in the past month?" with categories ranging from "never" to "more than once daily." Because a pilot study in Israel had revealed very low rates of lifetime prevalence of illicit drug use, Israeli questionnaire did not contain questions regarding current use of these drugs.	Data clearly demonstrated the inhibiting effects of religiosity on the use of all drugs in France (specifically 2% of non-religious had ever used heroin and none or <1% of religious had; 2% of non-religious had used heroin in the past 30 days and none or <1% of religious had). The lifetime use of heroin among both religious and non-religious Israeli youth occurred never or in <1% of the interviewed.	Gender, age	In both countries, religiosity was associated with reduced experimentation with illicit substances.	
--------------------------------------------------------------	---	------------------------------------------	----------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>country-specific conditions. Religiosity was measured by a different question in each country. Both samples are almost equally distributed on sex (53% males in the French sample and 49% in the Israeli). The French sample includes older adolescents (26% of 18 years old) than the Israeli sample (13%) thus data were age-adjusted.</p>		<p>services: French adolescents who report attending services more than once a month are classified as religious.</p>						
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

The associations between subdimensions of religiosity and illicit substance use among latino sexual minority men	P	Lamb et al. 2019 Addictive behaviors UK	Increase	A	Cross sectional study. Participants were recruited through paid advertisements on hook-up sites. Surveys took approximately 30 minutes and were available in English and Spanish. Inclusion criteria: (a) ages 18–29, (b) identifies as both Latino/Hispanic and male, (c) identifies as either a Spanish or English speaker, (d) lives in San Diego County, (e) identifies as a gay/bisexual male or reported same sex attraction, (f) self-reports HIV-uninfected status. Individuals	2018 151 Latino 18-29 year old sexual minority men (SMM, i.e. gay and bisexual) from San Diego County	Type of religion: non specified; Measure: Religiosity was assessed using the three subscales of the Duke University Religion Index (DUREL): organizational religious activity (ORA, public religious activity), non-organizational activity (NORA, private religious activity), intrinsic religiosity (IR, personal commitment to one's religion).	Illicit substance use was assessed as follows: "Please select the answer that most accurately describes your drug use in the past month" for marijuana; cocaine; heroin; opiates (Codeine, Vicodin, Percocet, Oxycontin); amphetamines; hallucinogens; sedatives/tranquilizers; steroids. Multiple items were used to assess cocaine, heroin (smoking, intra-nasal, injecting) and amphetamine use (crystal meth vs. other types). All responses ranged from 1=No use to 5=About every day. Dichotomous variables were created: 0 = no drug use, 1 = drug use in the past month. For illicit substances where more than one	The sample reported relatively high levels of illicit substance use at least once or more in the past month: specifically heroin 39.1% and opiate 33.1%. ORA was significantly associated with increased opiate use (OR=1.53, SE=0.20, 95% CI [1.03, 2.27], p=.04). NORA was significantly associated with increased cocaine use (OR=1.69, SE=0.20, 95% CI [1.14, 2.52], p=.01), opiate use (OR=1.56, SE=0.21, 95% CI [1.03, 2.35], p=.04), amphetamine use (OR=1.67, SE=0.22, 95% CI [1.08, 2.56], p=.02), and sedative/tranquilizers use	Acculturation	NORA would be associated with greater substance use in Latino SMM potentially due to the fact that greater internalization of negative religious beliefs towards SM individuals can lead to greater stress and negative health outcomes	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------------	----------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

					who completed the questionnaire received a \$10 gift card.		ORA was assessed with the item: "How often do you attend church or other religious meetings?" ; responses ranged from 1 = Never to 6 = More than once/week. NORA was assessed with the item: "How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation or Bible study?"; responses ranged from 1 = Rarely or never to 6 = More	item assessed use, responses were combined to create a single variable.	(OR=2.33, SE=0.24, 95% CI [1.45, 3.76], p=.001). IR was significantly associated with increased amphetamine use (OR=1.34, SE=0.14, 95% CI [1.03, 1.74], p=.03).			
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

							than once a day. IR was assessed using the items: "In my life, I experience the presence of the Divine (i.e., God)", "My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life" and "I try hard to carry my religion over into all other dealings in life"; responses were measured on a 5-Point Likert scale (1 = Definitely not true, 5 = Definitely true to me). The three IR					
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

							items were summed to create a scale score, possible scores ranged from 3 to 15. Internal consistency for the IR subscale was adequate ($\alpha = 0.73$).					
Perceived public stigma and stigmatization in explaining lifetime illicit drug use among emerging adults	P	Palamar et al. 2013 Addiction Research and Theory UK	Decrease	A	Cross sectional study. Recruitment was conducted throughout Manhattan, in parks, at college campuses, and other locations frequented by emerging adults. Two methods of survey administration were utilized to ensure adequate	2009 1021 emerging adults (age 18–25) from New York	Type of religion: non specified; Measure: Religiosity was assessed through two items, which were calculated into a composite score. Religious salience was measured	The survey assessed lifetime use (“Have you ever used ___?”) of five drugs: marijuana, powder cocaine, ecstasy, and non-medical use of select amphetamine and opioid prescription drugs. Answer options were “Yes” and “No.” Opioids were defined as Oxycotin,	Those who reported high levels of religiosity were protected (OR=0.78, CI 0.62-0.98, p<0.05).	Exposure to other drug users, perceived public stigma, personal stigmatization, gender, educational attainment	High levels of religiosity were protective against opioid use, though the effect diminished when controlling for stigma.	

				<p>response rates: (1) paper survey administration (on the street) and (2) an Internet version of the survey to be taken at a later time. Inclusion criteria: (1) between the ages of 18 and 25, (2) fluent in English, and for the Internet version of the survey must have (3) had access to the Internet. Age, gender, race/ethnicity, and level of educational attainment were collected at recruitment. Age-adjusted multivariate logistic regression was used to predict lifetime non-medical use of opioids.</p>	<p>though a four-point Likert scale which asked "How important is religion in your life?" Answer ranged from (1) "Not important" to (4) "Very important." Level of religious service attendance was also assessed: "How often have you attended religious services within the last year?" Answer options ranged from (1) "Never" to (4) "About once a</p>	<p>Vicodin, and Percoset. Non-medical use was defined as using a drug without a prescription or to get "high".</p>				
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

							week or more.”					
Religiosity and Exposure to Users in Explaining Illicit Drug Use among Emerging Adults	P	Palamar et al. 2014 J Relig Health US	Decrease	A	Cross sectional study. Recruitment was conducted throughout Manhattan, in parks, at college campuses, and other locations frequented by emerging adults. Two methods of survey administration were utilized to ensure adequate response rates: (1) paper survey administration (on the street) and (2) an	2009 967 emerging adults (age 18–25) from New York	Type of religion: non specified; Measure: Religious importance was measured through a 4-point Likert scale which asked “How important is religion in your life?”; options ranged from (1) “Not important” to (4) “Very	Recent use, defined as use within the last 12 months, was assessed for marijuana, powder cocaine, ecstasy, and the nonmedical use of select amphetamine and opioid prescription drugs. Opioids were defined as Oxycontin, Vicodin, and Percoset. Non-medical use was defined as using a drug without a prescription or using it to get “high”.	Agnostics were at higher odds of nonmedical use of opioids (OR=4.39, CI=2.01–9.61, p<0.0001); however, upon entering attendance and importance, this effect disappeared. Exposure to users was a robust predictor (OR=1.24, CI=1.15–1.34, p<0.0001).	Exposure to other drug users, ethnicity	Identifying as Agnostic increased odds of use for each of the five drugs; this effect disappeared when controlling for religious importance and attendance. Religion is a protective mechanism against drug use, but this effect may diminish in light of exposure to users.	

				<p>Internet version of the survey to be taken at a later time. Inclusion criteria: (1) between the ages of 18 and 25, (2) fluent in English, and for the Internet version of the survey must have (3) had access to the Internet. Age, gender, race/ethnicity, and level of educational attainment were collected at recruitment. Age-adjusted multivariate logistic regression was used to predict lifetime non-medical use of opioids.</p>	<p>important.' Level of religious service attendance was also assessed: "How often have you attended religious services within the last year?"; answer options were (1) "Never," (2) "Rarely," (3) "Once or twice a month," and (4) "About once a week or more." Respondents were asked to select their religious affiliation between Agnostic, Atheist, Catholic,</p>				<p>Alternative preventative methods need to be directed toward individuals who are not religious or are highly exposed to users.</p>	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

							Christian (other than Catholic), Jewish, Muslim, and other. Respondents also had the option to fill in their specific denomination (e.g., Pentecostal, Roman Catholic, and Shia) in addition to their affiliation.					
Complex Interaction of Religiousness with other Factors in Relation to Substance Use and Misuse Among Female Athletes	p	Cavar et al. 2010 J Relig Health Croatia	NO difference	A	CROSS SECTIONAL STUDY. that studied the potential buffering effect of the complex socio-educational, sports and religiousness factors in the protection against substance use and misuse, including	2010 40 high class female athletes (22-26 years of age)	Type of religion: non specified; Measure: Religiosity was assessed through questionnaire SCSRF santa Clara strenght of religious faiths	The sample of variables consisted of two sets. The first set (predictors) comprised general, religiousness, educational, and sports factors like age, educational level, experience, and achievement. Throughout the second set (criteria), were examined	SCSRF (religiousness) has a significant buffering effect against binge drinking and analgesics consumption, but is also significantly negatively correlated to consumption of appetite suppressants. Maternity is the second most	age, educational level, experience, achievement	Religiousness is recognized as a protective factor on substance use and misuse (non significant for opiates), but usage of appetite suppressants and binge drinking is evidently	

					cigarettes, analgesics, appetite suppressants, potential doping behaviour and binge drinking.			substance use and misuse factors, including drugs, cigarettes, alcohol consumption, and potential doping behaviors of the studied subjects. In examination, was used the questionnaire of substance use (QSU).	significant predictor, positively correlated to smoking habits and usage of analgesics, while being negatively related to consumption of appetite suppressants. Education level is a disturbingly potential predictor of doping likelihood in the future. More experienced dancers tend to binge more and are more oriented than their less experienced peers toward appetite suppressants consumption. Dancers who achieved higher competitive results lean more toward binge drinking		more frequent in experienced dancers	
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------	--

<p>Prescription opioid misuse among African-American adults: A rural-urban comparison of prevalence and risk</p>	<p>P</p>	<p>KK Rigg, 2019 Drug and Alcohol Dependence USA</p>	<p>Decrease</p>	<p>A</p>	<p>cross sectional study, data collected across five years (2012-2016) of the National Survey on drug use and health (NSDUH) to: 1. identify and compare prevalence and predictors of prescription opioid misuse (POM) among rural and urban African American (AA) adults using data from a nationally representative sample; 2. to identify demographic, clinical and psychosocial (es. religiosity) factors that increase the risk of POM among urban and rural AA adults</p>	<p>2012-2016 n= 22693 18 and older non hispanic African American adults</p>	<p>Type of religion: not specified Measure: religiosity was assessed with religiosity belief index (without further specification)</p>	<p>data were gathered by trained fieldworkers using both computer-assisted and self-administered interviewing in the respondent's home. the outcome variable was past year POM (prescription opioid misuse) for codeine, hydrocodone, oxycodone, demerol, dilaudid, methadone and morphine. Responses to POM included "yes" or "no". Prior to 2015 respondents were asked whether they a) used a prescription drug not prescribed for you; B) took the drug only for the experience or feeling it caused, to assess</p>	<p>high level of religiosity significantly decreased ODDS of POM between rural and urban AA adults,</p>	<p>persons with excessive housing instability or serious long term substance users may not appear in the sample, data based on self-reports of substance use therefore subject to under reporting due to recall or social desirability bias</p>		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------------------------------------------------------	-----------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

								prescription drug misuse. Starting in 2015, NSDUH began measuring misuse by asking whether the respondents had A) used a prescription drug without a prescription of your own; B) used it in great amounts, more often or longer than told to take it or C) used it in any other way a doctor did not direct them to use the prescription;				
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Religious involvement and racial disparities in opioid use disorder between 2004–2005 and 2012–2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions	P	Ransome et al 2019 Drug Alcohol Depend USA	mix results	A	Cross sectional study Survey research study: data were from two surveys, NESARC wave 2 conducted in 2004–2005 and NESARC-III conducted in 2012-2013. Interviews of wave 2 and NESARC-III were restricted to non-Hispanic Black and White respondents only.	2004-2005 and 2012-2013 NESARC wave 2 n = 26,661 and NESARC-III n = 26,960.	Type of religion: not specified Measure: religiosity was assessed with four questions. About "Religious service attendance" 1) Do you currently frequent a place of worship? 2) How frequently do you attend a place of worship? About Social interaction 3) how many members of your religious group do you see or talk to socially every two	Responses of first questions were yes or no. Responses of second question were 0= never attend, 1= once a year/a few times a year (collapsed because of small cell size in once a year), 2= one to three times a month, 3= once a week and 4= twice a week or more. Responses of third questions were distributed in three groups: 1= ≤8 members, 2= 9 to 16 members, and 3= ≥17 members. For question number four responses ranged from 0= not at all important to 3= very important and were reverse coded to match the direction of religious service attendance.	Higher service attendance associated with lower risk of Opioid Use Disorder (OUD) in NESARC wave 2 but increasing risk of OUD in NESARC-III for Black but not White respondents. Interaction with 17 or more members associated with lower OUD risk in NESARC wave 2 but higher risk in NESARC-III for Black but not White respondents. Rating subjective religiosity/spirituality as very important compared to less than important associated with higher OUD risk in NESARC wave 2 but lower OUD in NESARC-III for Black, but the	education, personal income, health insurance coverage, metropolitan area residence,	Mixed results. Specifically, it was found that increases in the frequency of attending religious services and interacting with a greater number of members had a stronger and positive impact on lower DSM-IV OUD risk for Black but not for White respondents, in wave 2. By NESARC-III, however, race-differences in the association between the religious variables and DSM-IV	Some limitations. The study was based from two NESARC surveys among different individuals. The study investigated only licit opioids, which was operationalized as prescription opioids used for non-medical purposes. In NESARC there are illicit opioids such as heroin.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------	-------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

							<p>weeks? About Subjective religiosity and spirituality 4) how important are religious or spiritual beliefs in your daily life?</p>		<p>pattern is reversed for White respondents. In summary, race differences between religious involvement and lifetime DSM-4 opioid use disorder among adults are present in NESARC Wave 2 but no longer present in NESARC-III. Race differences are present between subjective religiosity/spirituality and lifetime DSM-5 OUD, among adults in NESARC-III.</p>		<p>OAD were gone</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------	--

An Exploratory Examination of Spiritual Well-Being, Religiosity, and Drug Use Among Incarcerated Men	P	Staton et al 2008 Journal of Social Work Practice in the Addictions USA	negative relation	A	Cross sectional study Data were collected from inmates, selected for the study three months prior to their seeing the parole board, and participants attending the substance abuse treatment program of four Kentucky State Correctional facilities. Participants were eligible for the study if they: (1) had used drugs at least 3-5 times per week during the year prior to incarceration; (2) had not had any current or past violent charges such as rape or homicide; (3) had been	661 males over 18	Type of religion: not specified Measure: <u>Spiritual Well-Being</u> was assessed with <u>Spiritual Well-Being Scale</u>–SWBS adapted. <u>Religiosity</u> was defined as the number of times an individual attended a religious service (regardless of faith or denomination) in the year preceding the current incarceration episode.	Substance use was assessed using an ordinal scale adapted for use with the substance abuse module of the Addiction Severity Index (ASI). Specifically, participants indicated how often they had used each of seven substances in the year prior to their current incarceration: alcohol, marijuana, cocaine, sedatives, amphetamines, opiates, and multiple substance use in the 12 months preceding incarceration. Each substance was coded 0 (no use in past month) or 1 (used at least once in past month).	Religious well-being was negatively correlated with the use of alcohol ($r = -.12$, $p < .01$), marijuana ($r = -.09$, $p < .05$), sedatives ($r = -.16$, $p < .01$), amphetamines ($r = -.21$, $p < .01$), and multiple substances ($r = -.13$, $p < .01$). Religious well-being and opiate use shared a marginal negative correlation ($r = -.12$, $p < .10$). Existential well-being. Existential well-being was negatively correlated with the use of alcohol ($r = -.09$, $p < .05$), sedatives ($r = -.16$, $p < .01$), amphetamines ($r = -.20$, $p <$	Age Ethnicity Place of Residence Treatment History	Generally, religious well-being, existential well-being, and religiosity were negatively related to drug use patterns. Differences were observed between the different dimensions of spirituality and individual patterns of drug use. Decreased marijuana use was also related to religious well-being and religiosity, indicating that the participants who reported more	
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

					scheduled to see the parole board within the next three months; and (4) had an interest in participating in the study.). Monetary compensation of \$50 has been provided for participants				.01), and multiple substances (r = -.08, p < .05). Existential well-being and opiate use shared a marginal negative correlation (r = -.11, p < .10). Religiosity. Religiosity was negatively correlated with the use of alcohol (r = -.08, p < .05), marijuana (r = -.11, p < .01), amphetamines (r = -.19, p < .01), and multiple substances (r = -.10, p < .05).		connectedness to a higher power and/or a religious affiliation reported decreased patterns of marijuana use in the year prior to incarceration. Other findings such as the positive relationship between cocaine use and religious well-being are more difficult to interpret.	
Risk Factors Associated With Opioid Medication Misuse in Community-dwelling Older Adults With	P	Park and Lavin, 2010, The Clinical Journal of Pain, USA	No difference	A	Cross sectional study Data were collected from 11 outpatient clinics, following inclusion criteria: (1) age 65 years or older, (2) living in the	163 participants over 65	Type of religion: not specified Measure: Spirituality was assessed with Spiritual Well-Being Scale-	The EWB is rated on a 6-point Likert-type scale.	(B) -0.024; (SE B) 0.059; (β) -0.049; (t) -0.399; (P)0.697; (95% CI LB) -0.12; (95% CI UB) 0.07;	Marital status Income Type of disease Current living situation Location of pain	Higher levels of pain severity and depressive symptoms, and lower physical disability scores were significantly associated with	

Chronic Pain					community and noninstitutionalized at the time of the study, (3) having chronic pain for at least for 3 months, (4) taking opioid medications for at least 1 month, and (5) able to speak and read English. Persons with cognitive impairment, such as dementia or Alzheimer disease, were excluded from the study.		SWBS Correlation between opioid medication misuse in community-dwelling older adults (65 y and older) with chronic pain and spirituality was determined by the the Pain Medication Questionnaire (PMQ)			Type of clinic	increased risk of opioid medication misuse. Alcohol problems, spirituality, social support, and social network were not associated with opioid medication misuse.	
Substance Use in Dance Sport	P	Sekulic et al 2008 Medical Problems of Performing Artists Serbia	No difference	Adults	Cross sectional study Data were collected from 43 standard and Latin-American sport dancers from the Republic of Serbia	43 (21 female and 22 male coupled dancers). >/=19	Type of religion: non specified Measure: <u>Religiosity</u> was assessed with an original questionnaire for	non specified	Spearman's Correlation Coefficient between religiosity and drugs in Females: -0.17 ; males: /	alcohol, cigarettes, nutritional supplements, analgesics and doping	Correlation between Substance Use and religiosity in Females and Males dancers is not statistically significant	

							studying substance use					
Heroin Use Among Miami's Public School Students, 1992:	P	Yarnold, 2008, Journal of Health & Social Policy, USA	No difference	Adolescent	Cross sectional study. Data were drawn from the Monitoring the Future (MTF) project, an ongoing study of young people, and examines the use of heroin by pupils from junior and senior high schools in Dade County, during 1992. The projected population for this survey was 2,005 students. However, in 1992, 1,694 completed the survey. However, due to missing data, 1,213 of these were rejected for the analysis, leaving a total	481 pupils from junior (grades 7 and 8) and senior high schools (grades 9 through 12)	Type of religion: non specified Measure: religiosity was assessed with questionnaire from Monitoring the Future: A Continuing Study of the Lifestyles and Values of Youth	the dependent variable, whether adolescents use heroin, is dichotomous: yes or no;	Maximum Likelihood Estimation with Probit Model: MLE/S.E. -1.525, no statistically significant	alcohol, cigarettes, nutritional supplements, analgesics and doping	Religion is not a significant factor in this analysis of heroin use by Miami adolescents	

					data set of 481 cases.							
Racial and ethnic trends and correlates of non-medical use of prescription opioids among adolescents in the United States 2004-2013	P	Vaughn et al, 2015, Journal of Psychiatric Research, USA	decrease	Adolescent	Cross sectional study. Data collected between 2004 and 2013 as part of the National Study on Drug Use and Health (NSDUH). Participants include household residents; civilians residing on military bases; and residents of shelters and group homes. A total of 668,012 respondents have completed the NSDUH survey; however, the current study restricted	non-Hispanic white, African American, and Hispanic respondents between the ages of 12 and 17 (n 164,028)	Type of religion: non specified Measure: Religiosity was based on a 4-item scale measuring both private (i.e., importance and influence of religious beliefs) and public religious engagement (i.e., religious service attendance, participation in	NMUPO use was determined by asking participants: "How long has it been since you last used any prescription pain reliever that was not prescribed for you or that you took only for the experience or feeling it caused?" Respondents reporting use within the previous 12 months were classified as nonmedical opioid users	Associations with NMUPO and religiosity among white adolescents in the United States: adjusted OR 0.97 (IC 95% 0.95-0.99)	Gender, Household income, Parental factors	It was found that religiosity slightly decreased the probability of NMUPO for non-Hispanic whites	

				analyses to non-Hispanic white, African American, and Hispanic respondents between the ages of 12 and 17 (n 164,028) who have completed the survey since the NSDUH began collecting information related to non-medical opioid use in 2004.		religious groups).						
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--

3.3 Caratteristiche dei campioni

Il numero di partecipanti inclusi in ciascuno dei 13 studi cross-sectional è compreso tra le 40 persone [59] e le 164.028 [60]. 9 studi sono stati condotti su soggetti adulti e 4 su adolescenti. Gli studi eseguiti su adulti hanno esaminato per la maggior parte soggetti di età compresa tra i 18 e i 25-29 anni, salvo due casi in cui si sono prese rispettivamente in considerazione persone tra i 40-60 anni ed over 65. Nello specifico, i range di età che hanno selezionato una popolazione adulta o anziana sono stati:

- >18 anni in due studi [61,62]
- >19 anni in uno studio [63]
- 18-29 anni in uno studio [64]
- 18-25 anni in due studi [65,66]
- 22-26 anni in uno studio [59]
- Uno studio ha esaminato campioni di età media compresa tra i 43,38 e i 56,30 anni [67]
- >65 anni in uno studio [68]

Gli studi condotti su adolescenti hanno esaminato globalmente persone di età compresa tra i 12 e i 17 anni, nello specifico:

- 12-17 anni in tre studi [60,69,70]
- 14-18 anni in uno studio [71]

Le ricerche sono state condotte prevalentemente in Paesi occidentali come gli USA e la Francia; ciononostante, sono state coinvolte anche persone provenienti da Israele [71], dalla Croazia [59] e dalla Serbia [63]. Gli studi inclusi nella revisione sistematica sono stati pubblicati tra gli anni 1981 e 2019.

3.4 Misure di esposizione a religiosità e spiritualità

Per la misurazione del grado di esposizione al fattore religiosità gli studi inclusi si sono avvalsi di domande inerenti sia alla sua dimensione esplicita (cioè caratterizzata dalla manifestazione esteriore e pubblica del proprio credo) che implicita (cioè inerente alla pratica privata della fede); tale distinzione è stata proposta dai ricercatori inglesi Edward Bailey [72] e Davie Grace [73] nei loro studi rispettivamente nel 1983 e nel 1990. Sono stati utilizzati sia questionari ad-hoc che validati, nei quali la maggior parte degli item mostrava affermazioni/domande cui i partecipanti dovevano rispondere utilizzando una scala di Likert (esprimendo cioè il loro grado di accordo con quanto scritto in una scala, per esempio da 1 a 5), illustrata per la prima volta dall'omonimo psicologo in un articolo pubblicato nel 1932 [74]. Osservando il contenuto globale delle domande si evidenzia che su 13 studi totali:

- In 10 studi sono stati posti quesiti in merito all'importanza della religione nella propria vita e sull'effettivo coinvolgimento personale nella fede [59,60,62,64-70]
- In 8 studi è stata chiesta agli intervistati la frequenza di partecipazione alle funzioni religiose [60,62,64-67,70,71]
- In 3 studi è stato chiesto agli esaminati quale fosse la propria fede, se credenti [63,66,70]
- In 1 studio sono stati ritenuti religiosi gli adolescenti iscritti a scuole religiose [71]

Solamente 2 studi su 13 hanno impiegato questionari validati specificamente per la valutazione della religiosità. Uno studio si è avvalso dell'indice DUREL [64], strumento proposto nel 2010 dalla Duke University [75]; un altro [59] ha invece optato per il Santa Clara Strength Of Religious Faith (SCSORF), proposto nel 1997 [76].

2 studi si sono invece avvalsi di questionari ad-hoc per la valutazione della religiosità attraverso uno score system originale:

- nello studio pubblicato da Palamar nel 2013 [65] il punteggio è stato assegnato in base all'importanza della religione nella vita dei soggetti e alla loro partecipazione alle funzioni religiose
- nello studio pubblicato da Rigg nel 2019 [61] si fa invece riferimento ad un "Religious Belief Index"

Gli strumenti utilizzati nei vari studi per valutare l'esposizione al fattore religiosità hanno mostrato una certa variabilità, sebbene tra i quesiti più ricorrenti vi fossero quelli sull'importanza della fede nella propria vita (dimensione implicita) e quelli sulla frequenza delle funzioni religiose della propria comunità (dimensione esplicita).

Solamente due studi hanno valutato l'esposizione al fattore spiritualità [62,68], e in entrambi i ricercatori hanno optato per la Spiritual Well-Being Scale (SWBS).

3.5 Valutazione degli outcome

Nella misurazione degli outcome quasi tutti gli studi hanno fatto affidamento su informazioni auto dichiarate dagli esaminati attraverso la compilazione diretta dei questionari; in un caso [61] i dati sono stati raccolti invece da personale specificamente formato che ha posto le domande ai soggetti e registrato le risposte al posto loro. Le risposte alle affermazioni/domande somministrate prevedevano nella maggior parte dei casi l'utilizzo di una scala di Likert (soprattutto per indagare le abitudini dei soggetti in merito all'uso di sostanze), di una variabile dicotomica di tipo Sì/No oppure di indicare specificamente le sostanze di cui si era fatto uso. Analizzando il contenuto delle domande

volte all'indagine degli outcome si evidenzia che tra i 13 studi inclusi nella revisione sistematica:

- 8 studi hanno chiesto ai partecipanti di indicare le sostanze di cui hanno abusato, mostrando gli oppioidi tra le opzioni disponibili [59,61-66,69]
- 6 studi hanno indagato principalmente sull'abuso di oppioidi medicalmente prescrivibili assunti senza prescrizione medica; tale situazione spesso è indicata con l'acronimo NMPOU, ovvero "Non Medical Prescription Opioid Use" [60,61,65,66,68,69]
- 2 studi hanno indagato principalmente sull'uso di oppioidi di provenienza illegale, con particolare riferimento all'eroina [70,71]
- 2 studi hanno indagato sia sull'abuso di oppioidi di provenienza illegale (eroina) che di quelli medicalmente prescritti (soprattutto codeina, ossicodone, idrocodone, meperidina e metadone) [62,67]
- 3 studi hanno indagato sull'abuso di oppioidi senza specificarne la tipologia [59,63,64]
- 5 studi hanno chiesto informazioni circa la frequenza di utilizzo delle sostanze d'abuso (tra cui gli oppioidi) da parte degli esaminati [59,62-64,71]

Gli orizzonti temporali cui gli studi hanno fatto riferimento tramite le proprie domande sull'uso di oppioidi hanno mostrato una certa variabilità, con 3 studi che hanno chiesto ai soggetti informazioni sull'abuso di sostanze nel corso dell'intera vita [65,69,70], 1 studio nell'ultimo mese [64] e 4 negli ultimi dodici mesi [60-62,66]. Tutti gli altri non hanno dato ulteriori specificato con precisione il periodo di riferimento.

In larga maggioranza gli studi inclusi nella revisione sistematica si sono avvalsi di questionari originali per l'indagine degli outcome in termini di abuso di oppioidi nelle popolazioni esaminate. Fanno eccezione:

- lo studio di Cavar [59], che ha ripreso il “Questionnaire on Substance Use” (QSU) proposto dal collega Sekulic [63]
- lo studio di Staton [62], che ha optato per l'Addiction Severity Index (ASI) [77]
- lo studio di Park [68], che ha utilizzato lo score “Existential Well-Being” (EWB, sottoscala della SWBS) ed il Pain Medication Questionnaire (PMQ) [78]
- lo studio di Ransome [67], in cui l'utilizzo di oppioidi è stato indagato attraverso il questionario NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions) [79]

Gli studi inclusi nella revisione sistematica hanno dunque globalmente analizzato gli outcome chiedendo agli intervistati di quali sostanze abusassero e con che frequenza, distinguendo anche in alcuni casi l'abuso di oppioidi medicalmente prescritti da quelli di provenienza illegale.

3.6 Risultati degli studi

Dei 13 studi considerati, 7 hanno riportato un'associazione negativa tra religiosità/spiritualità ed abuso di oppioidi [60-62,65,66,69,71], 4 non hanno rilevato un'associazione significativa [59,63,68,70], 1 ha portato alla luce evidenze contrastanti [67] ed 1 ha rilevato un'associazione positiva [64].

Dei 7 studi che hanno riportato un'associazione negativa tra religiosità/spiritualità ed abuso di oppioidi, 6 sono stati condotti negli USA, mentre 1 è stato condotto in Francia e in Israele [71]. Le popolazioni esaminate comprendevano adolescenti in 3 studi

[60,69,71] e adulti nei rimanenti 4 [61,62,65,66]; in tutti gli studi la larga maggioranza soggetti esaminati era di etnia occidentale (bianca, caucasica). Uniche due eccezioni in merito sono state lo studio di Rigg [61], condotto su afroamericani, e lo studio di Kandel [71], il quale è stato condotto parzialmente anche in Israele coinvolgendo dunque soggetti provenienti dal Medio Oriente. In quest'ultimo è stata segnalata una larga prevalenza delle religioni cattolica ed ebraica all'interno delle popolazioni esaminate.

Dei 4 studi che non hanno rilevato un'associazione significativa tra religiosità/spiritualità ed abuso di oppioidi, solo uno è stato condotto su adolescenti [70], mentre tutti gli altri hanno coinvolto soggetti adulti. In 2 casi le indagini sono state svolte negli USA [68] [70], mentre negli altri 2 sono state svolte in Serbia [63] e tra Croazia e Slovenia [59]. Quanto alle etnie coinvolte, lo studio condotto da Park [68] ha coinvolto sia soggetti di etnia caucasica che afroamericani secondo una proporzione quasi 1:1; in percentuale esigua sono state studiate altre etnie. Lo studio condotto da Yarnold [70] ha invece coinvolto in gran parte persone di etnia non caucasica, con particolare riferimento ai latinoamericani e agli afroamericani, che nel loro insieme costituivano quasi l'80% della popolazione esaminata. Si evidenzia inoltre che in due studi alcune fedi erano maggiormente rappresentate; è il caso dello studio Park [68], la cui popolazione presentava un'elevata proporzione di protestanti (63,8%), e di quello di Sekulic [63], in cui i cristiani ortodossi costituivano il 79% della popolazione.

Lo studio caratterizzato da evidenze contrastanti è stato quello condotto da Ransome [67] negli USA, ed ha coinvolto principalmente soggetti di etnia caucasica ed afroamericana, con una netta prevalenza dei primi. L'esposizione al fattore religiosità è stata quantificata chiedendo la frequenza di partecipazione alle funzioni religiose, il numero di membri della propria comunità religiosa frequentati e l'importanza della religione nella propria

vita. L'outcome è stato invece misurato attraverso la quantificazione del rischio del disturbo da uso di oppioidi (OUD) tramite il questionario NESARC. Le rilevazioni sono state effettuate una prima volta nel 2004-2005 ed una seconda nel 2012-2013. La prima rilevazione ha mostrato un ruolo protettivo contro il rischio di OUD per la frequenza delle funzioni religiose e per la frequentazione di un numero di membri della propria comunità religiosa superiore a 17; la seconda rilevazione ha invece evidenziato come entrambi i fattori aumentassero il rischio di OUD negli afroamericani, ma non nei bianchi. Si è inoltre notato come una elevata religiosità implicita costituisse un fattore di rischio per OUD alla prima rilevazione, mentre risultasse un fattore protettivo alla seconda esclusivamente per gli afroamericani. È stato indicato nello studio un grande numero di possibili fattori confondenti, tra i quali il titolo di studio, il reddito e l'area di residenza.

Lo studio che ha evidenziato un'associazione positiva tra religiosità ed abuso di oppioidi è stato condotto da Lamb [64] negli Stati Uniti ed ha coinvolto giovani uomini adulti omosessuali di etnia latino-americana. L'esposizione al fattore religiosità è stata quantificata tramite l'indice DUREL e l'outcome uso di oppioidi è stato studiato chiedendo agli intervistati le sostanze d'abuso utilizzate e la loro frequenza di assunzione. In questo caso una elevata religiosità sia implicita che esplicita erano correlate ad un maggiore utilizzo di oppioidi.

Degli unici due studi che hanno quantificato la spiritualità con uno strumento validato (Spiritual Well-Being Scale) solamente quello condotto da Staton [62] su detenuti in carceri statunitensi ha rilevato effettive differenze di outcome in funzione dello score totalizzato dai partecipanti nel questionario SWBS. In particolare, i soggetti che avevano totalizzato un punteggio superiore (dotati quindi di un maggiore benessere spirituale) mostravano un minore utilizzo di oppioidi.

4. DISCUSSIONE

La maggior parte degli studi inclusi nella revisione sistematica ha evidenziato come la religiosità/spiritualità costituisca un fattore di protezione verso l'abuso di oppioidi, sebbene il caso di uno studio condotto in una popolazione appartenente a minoranze sessuali abbia riscontrato l'opposto.

7 studi hanno rilevato gli effetti positivi della fede sia tra gli adolescenti che tra gli adulti, con particolare riferimento a chi dichiarava una grande importanza della religione nella propria vita (dimensione implicita) e un'elevata partecipazione alle funzioni religiose della propria comunità (dimensione esplicita). Nello specifico, l'analisi degli outcome in queste persone ha evidenziato sia una minore tendenza all'abuso di oppioidi (in termini dicotomici, ovvero "utilizzo/non utilizzo") sia una minore frequenza di somministrazione in chi nonostante tutto è andato incontro alla dipendenza. Il beneficio è stato riscontrato sia in studi che hanno interessato specificamente gli oppioidi medicalmente prescritti [60,61,65,66,69] che rispettivamente in uno studio sugli oppioidi di provenienza illegale [71] e in uno che ha interessato entrambe le tipologie [62].

Nell'ambito dell'abuso degli oppioidi medicalmente prescritti (NMPOU), è interessante notare come la maggior parte degli studi in cui si è riscontrato un beneficio abbia incluso soggetti adulti [61,65,66]. Inoltre, è importante ricordare come la tendenza all'over-prescrizione di medicinali oppioidi sia un tema rilevante negli Stati Uniti, dove a seguito di imponenti campagne di marketing a favore di questi principi attivi promosse da grandi case farmaceutiche [51], il disturbo da uso di oppioidi (OUD) ha raggiunto le proporzioni di un'epidemia [50]. Non stupisce dunque che tutti gli studi condotti specificamente su oppioidi medicalmente prescritti inclusi nella revisione sistematica siano stati condotti negli USA [60,61,65,66,68,69].

Solamente in uno studio sono stati rilevati effetti protettivi della religiosità contro l'utilizzo di oppioidi di provenienza illegale [71] condotto su adolescenti provenienti dalla Francia e da Israele. In questa pubblicazione Kandel si è limitato a studiare la dimensione esplicita della religiosità, chiedendo ai giovani francesi la frequenza di partecipazione alle funzioni religiose e ai giovani israeliani se fossero iscritti ad istituti scolastici religiosi. In entrambi i casi le sottopopolazioni religiose degli adolescenti hanno mostrato sia una minore proporzione di utilizzatori di oppioidi sia una minore frequenza di assunzione tra chi ne abusava. Il risultato dello studio evidenzia un ruolo protettivo anche per la sola religiosità esplicita, suggerendo l'influenza educativa positiva che le istituzioni religiose possono avere sui giovani anche senza che questi ne condividano necessariamente il credo (la religiosità implicita non è stata indagata); inoltre, non è da sottovalutare il supporto sociale che un individuo può ricevere dalla propria comunità religiosa.

Lo studio condotto da Staton [62] ha evidenziato una riduzione della tendenza all'abuso di tutti i tipi di oppioidi nelle persone religiose e spirituali. Nello specifico era stata esaminata una popolazione di detenuti negli USA, nella quale la religiosità è stata valutata attraverso la frequenza di partecipazione alle funzioni religiose nell'anno precedente all'ingresso nell'istituto penitenziario e la spiritualità è stata valutata tramite la Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Gli effetti protettivi della religiosità e della spiritualità in questo caso interessavano soprattutto i soggetti:

- che avevano frequentato maggiormente le funzioni religiose nell'anno precedente all'arresto
- che avevano totalizzato un elevato punteggio ad uno o ad entrambi i sotto-questionari della Spiritual Well-Being Scale, ovvero quello relativo al benessere

esistenziale (Existential Well-Being Scale) e quello relativo al benessere religioso (Religious Well-Being Scale)

Questo studio (sebbene limitato ad una popolazione di 661 uomini) ha mostrato come la religiosità esplicita ed implicita, soprattutto se accompagnate dal benessere spirituale, possano aiutare uomini detenuti ad affrontare la detenzione senza cercare sollievo nell'abuso di oppioidi (sia di provenienza medica che illegale). È interessante notare come una storia di problemi legali [47], di ridotto supporto sociale [47,80] e di difficoltà durante l'infanzia [47,81] siano reperti anamnestici frequenti nelle persone detenute e al tempo stesso fattori di rischio per l'abuso di oppioidi. I risultati di questo studio [62] suggeriscono la possibilità di effettuare interventi volti ad incentivare le dimensioni religiosa e/o spirituale per la riduzione dell'uso di oppioidi (di qualsiasi tipologia) all'interno delle comunità carcerarie.

Da quanto discusso nelle ultime pagine emerge un ruolo protettivo della religiosità e del benessere spirituale verso l'abuso di oppioidi, verosimilmente perché utili all'individuo nel fronteggiare situazioni di disagio psicosociale, sia esso derivato da una malattia debilitante o dalla vita in un contesto di elevata criminalità. È bene ricordare che il disagio psicosociale rappresenta uno dei principali fattori di rischio per il disturbo da uso di oppioidi (OUD) [47], insieme con il dolore cronico [52] e la facile disponibilità/prescrizione di questi oppioidi [43]. Un'efficace prevenzione primaria dell'OUD deve dunque necessariamente agire su tutte queste variabili.

Dei 7 studi che hanno evidenziato un effetto benefico da parte della religiosità/spiritualità, solamente i lavori svolti da Rigg [61] e da Kandel [71] hanno analizzato campioni di maggioranza non caucasica (bianca). In particolare:

- Rigg ha coinvolto soggetti di etnia afroamericana

- Kandel ha esaminato oltre ai giovani francesi anche una popolazione di adolescenti israeliani (etnia mediorientale)

Quest'ultima pubblicazione è anche l'unica delle 7 menzionate ad essere stata condotta al di fuori degli Stati Uniti, Paese in cui tra l'altro, secondo un rapporto pubblicato dal Public Religion Research Institute (PRRI) nel 2021, circa il 70% dei cittadini si dichiara di religione cristiana (protestante, cattolica, ortodossa...) [82].

Per garantire una maggiore solidità alle evidenze riscontrate sarebbe auspicabile in futuro condurre studi anche in altre parti del mondo, dando maggiore spazio anche alle altre etnie, alle altre religioni e agli oppioidi di provenienza illegale.

Lo studio che ha portato evidenze contrastanti è stato condotto da Ransome [67] negli Stati Uniti e, come già illustrato nel precedente capitolo, ha coinvolto popolazioni adulte di etnia bianca ed afroamericana attraverso due rilevazioni effettuate tramite il questionario NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) rispettivamente negli anni 2004-2005 e 2012-2013. Lo scopo dello studio era osservare le differenze del rischio di Opioid Use Disorder tra soggetti di etnia bianca ed afroamericana in funzione della loro religiosità o meno. Il questionario somministrato ha indagato sia la dimensione implicita che quella esplicita della religiosità, ed ha chiesto di segnalare le sostanze d'abuso che erano state assunte nell'ultimo anno e con quale frequenza. È stato indagato l'abuso sia di oppioidi medicalmente prescritti che di provenienza illegale. Le evidenze contrastanti hanno suggerito un parziale ruolo protettivo contro l'OUD della socialità garantita dalla dimensione esplicita della pratica religiosa in entrambe le etnie coinvolte; purtroppo tale beneficio è stato rilevato solamente alla prima rilevazione, mentre nella seconda la religiosità esplicita ha rappresentato un fattore di rischio per gli afroamericani. Altrettanto contraddittorie risultano le evidenze

riguardanti la religiosità implicita, la quale si è addirittura rivelata un fattore di rischio sia per i bianchi che per gli afroamericani nella prima rilevazione, mentre durante la seconda si è dimostrata un fattore protettivo esclusivamente per questi ultimi.

Per quanto nello studio di Ransome si trovi una parziale conferma del ruolo protettivo della religiosità verso l'abuso di oppioidi, sembrano esistere situazioni in cui la stessa può al contrario aumentare il rischio di andare incontro al disturbo da uso di oppioidi. Una possibile spiegazione è che alcune comunità di credenti tendano a stigmatizzare problematiche di salute come le patologie psichiatriche e/o lo stesso disturbo da uso di oppioidi [83]. Un fedele con queste problematiche può dunque sentirsi scoraggiato sia dal cercare supporto all'interno della propria cerchia sociale sia dal richiedere assistenza sanitaria.

Alla luce di quanto riportato è possibile dunque ipotizzare che l'esposizione alla religiosità costituisca un fattore di rischio per il disturbo da abuso di oppioidi (OUD) quando un individuo in situazione di difficoltà non riesce a trovare nella propria comunità il supporto di cui ha necessita, con particolare riferimento ai contesti in cui la problematica menzionata viene stigmatizzata.

4 studi invece non hanno dimostrato alcuna associazione tra religiosità/spiritualità ed uso di oppioidi. Le differenze nelle conclusioni degli studi possono essere spiegate dall'esistenza di diversi determinanti della salute e dei comportamenti di abuso in particolare, e dal fatto che tra loro si verifichino complesse interazioni che possono incidere significativamente sugli outcome. Le differenze tra i risultati degli studi possono quindi essere attribuite a difficoltà nell'aggiustamento per potenziali confondenti. Questo può in qualche modo modificare la forza o la direzione dell'associazione tra esposizione (fede) e malattia (dipendenza da oppioidi).

Quanto appena riportato sottolinea da un lato la ridotta attendibilità dei risultati dei 4 studi in esame, mentre dall'altro ribadisce la complessità del fenomeno salute; il grande numero di determinanti della salute e le loro complesse interazioni possono incidere significativamente sugli outcome registrati, così come è stato osservato nello studio di Ransome.

Lo studio condotto da Lamb [64] è invece l'unico ad aver rilevato un'associazione positiva tra religiosità ed abuso di oppioidi. La ricerca è stata condotta negli USA ed ha coinvolto una piccola popolazione di 151 giovani uomini di etnia latino-americana appartenenti ad orientamenti sessuali minoritari quali l'omosessualità e la bisessualità. L'esposizione al fattore religiosità è stata quantificata attraverso il questionario validato DUREL, il quale è composto da tre score-system minori:

- Organized Religious Activity (ORA), il quale valuta il coinvolgimento del soggetto nelle attività religiose organizzate dalla propria comunità attraverso la frequenza di partecipazione alle funzioni
- Non Organized Religious Activity (NORA), che valuta l'impegno dell'esaminato in attività di pratica religiosa nella propria dimensione privata; in particolare, è stato chiesto alle persone con che frequenza si dedicassero alla preghiera e/o allo studio individuale delle Sacre Scritture
- Intrinsic Religiosity (IR), che valuta l'effettiva aderenza ai dettami del proprio credo chiedendo l'importanza dei principi religiosi nel proprio approccio alla vita e nel compiere decisioni

I quesiti proposti prevedevano risposte attraverso una scala di Likert, la quale forniva i valori numerici da integrare nello score-system.

I risultati hanno mostrato una correlazione positiva tra il punteggio ottenuto in tutte le aree del questionario DUREL e l'abuso di oppioidi, valutando sia le sostanze d'abuso assunte (se utilizzate) e la loro frequenza di somministrazione. Lo studio ha fatto riferimento sia agli oppioidi medicalmente prescritti che a quelli di provenienza illegale. Osservando i risultati dello studio è interessante notare come la religiosità possa costituire un fattore di rischio per OUD nelle persone appartenenti a minoranze sessuali, talvolta stigmatizzate e discriminate dalle istituzioni religiose e dalle comunità più conservatrici.

In questa pubblicazione di Lamb emergono due aspetti principali:

- I soggetti non eterosessuali più esposti alla religiosità esplicita (score ORA), dunque maggiormente frequentanti le funzioni religiose, possono trovarsi in una situazione di notevole disagio psicosociale (importante fattore di rischio per OUD). L'interazione con persone che stigmatizzano il loro orientamento e/o eventuali problematiche con sostanze d'abuso può portare i membri di minoranze sessuali a nascondersi e a non ricercare il supporto necessario. Ciò può accadere a prescindere dalla religiosità implicita degli esaminati dallo studio
- I soggetti non eterosessuali più esposti a religiosità implicita (score NORA e IR), ovvero maggiormente aderenti ai dettami religiosi e più frequentemente dediti alla preghiera individuale e allo studio delle Sacre Scritture, possono ugualmente trovarsi in una situazione di disagio psicosociale a causa dei sentimenti di colpevolezza che l'interiorizzazione dei principi religiosi può causare. Anche questi individui possono essere meno propensi a richiedere il supporto necessario e avere un maggior rischio di andare incontro all'abuso di oppioidi

La stigmatizzazione da parte di alcune comunità religiose verso problematiche inerenti alla salute mentale e all'abuso di sostanze [83], così come verso le minoranze sessuali

[54,85] è purtroppo già stata documentata da diversi autori in più Paesi nel mondo e nel contesto di fedi differenti. Ciò permette di comprendere almeno in parte i motivi per cui in alcune situazioni gli studi inclusi nella revisione sistematica hanno mostrato un'associazione positiva tra religiosità ed abuso di oppioidi (come nello studio di Lamb appena illustrato) [64] o hanno portato evidenze contrastanti, come nel caso della pubblicazione di Ransome [67]. Al fine di ridurre l'impatto delle variabili confondenti nell'indagine sull'associazione tra religiosità e problematiche inerenti alla salute (non solamente abuso di oppioidi) è auspicabile un approfondimento delle indagini sul rapporto tra la religione/spiritualità e la sfera psicologica della salute della persona. È utile ribadire infatti come la complessità del fenomeno salute possa portare le sue tre sfere principali (fisica, psicologica e sociale) ad influenzarsi vicendevolmente [20-23].

4.1 Limiti della revisione sistematica

È opportuno considerare alcune limitazioni nell'interpretazione dei risultati della presente revisione sistematica. In primo luogo, gli studi di tipo cross-sectional impediscono di stabilire qualunque nesso causale per le associazioni significative esaminate. Sarebbe inoltre auspicabile adottare disegni di studio appropriati per la ricerca di relazioni causali e dei meccanismi coinvolti. In secondo luogo, i dati degli studi inclusi sono stati ottenuti attraverso questionari, dunque soffrono di alcune limitazioni inerenti ai dati auto-dichiarati, come il bias di desiderabilità sociale.

Ulteriori limiti sono stati incontrati nella conduzione della revisione sistematica:

- La ricerca bibliografica è stata condotta su due soli database
- Ridotto numero di studi a disposizione, in quanto solamente 13 pubblicazioni incontravano i criteri di inclusione richiesti e non presentavano criteri di esclusione riportati nel capitolo dei materiali e metodi

- Grande numero di possibili fattori confondenti, non sempre ricercati e analizzati attraverso la stratificazione dei campioni o tecniche appropriate di aggiustamento
- L'etnia caucasica (bianca) ha rappresentato la grande maggioranza dei soggetti esaminati in molti degli studi presi in considerazione, salvo poche eccezioni. Queste ultime in ogni caso si sono soffermate particolarmente sugli afroamericani e sui latinoamericani, lasciando uno spazio marginale ad altre etnie come quelle africane (non americane) ed asiatiche
- Gli studi sono stati condotti solamente negli USA, in Israele e in pochi Paesi europei slavi (Croazia, Slovenia e Serbia); non è stato possibile raccogliere evidenze provenienti da altre parti del mondo
- La quasi totalità dei campioni ha coinvolto persone di religione cristiana (cattolica, protestante, ortodossa...); solo in un caso è stato coinvolto un campione la cui maggioranza professava la religione ebraica. Quasi nessuno spazio è stato dedicato ad altre religioni come l'Islam e il Buddhismo
- Si è riscontrata una notevole variabilità nei metodi usati per la misurazione dell'esposizione al fattore religiosità/spiritualità e per la valutazione degli outcome. Solo una minoranza delle pubblicazioni in esame si è affidata a strumenti validati come il DUREL Index o la Spiritual Well-Being Scale; tutti gli altri studi si sono avvalsi di questionari ad hoc o non validati
- Solamente due studi hanno esplicitamente valutato l'associazione tra il fattore spiritualità e l'abuso di oppioidi. Sebbene entrambi abbiano fatto uso della SWBS per la valutazione dell'esposizione, gli outcome sono stati quantificati in modi diversi e difficilmente comparabili. In aggiunta, solo uno dei due studi ha rilevato un beneficio nelle persone spirituali; l'altro non ha mostrato evidenze significative

5. CONCLUSIONE

La revisione sistematica ha evidenziato nella maggior parte degli studi inclusi un ruolo protettivo della religiosità e della spiritualità verso l'abuso di oppioidi nelle persone che da esse traggono un'esperienza positiva ed uno stato di benessere interiore. Tale ruolo è giustificato dal supporto sociale che una persona sofferente può trovare all'interno della propria comunità e dal conforto che può trarre riconoscendo alla propria vita un significato superiore in quanto parte di un progetto divino più grande. I benefici dell'adesione ad una fede e del benessere spirituale sono stati riscontrati sia negli adolescenti che negli adulti. Nello specifico, le persone che dichiaravano di frequentare maggiormente le funzioni religiose della propria comunità e di riservare alla religione un posto importante nella propria vita avevano una minore probabilità di fare uso di oppioidi e, in caso, tendevano a somministrarsi queste sostanze con una frequenza minore. La maggior parte degli studi che ha evidenziato un'associazione negativa tra religiosità ed uso di oppioidi ha indagato soprattutto sul consumo di oppioidi medicalmente prescritti, sebbene in alcune pubblicazioni siano stati presi in considerazione anche quelli di provenienza illegale. Le evidenze più solide a disposizione suggeriscono dunque un importante ruolo della religione nel supporto delle persone affette da patologie trattabili con oppioidi; al contempo non è da sottovalutare l'effetto protettivo contro l'uso di sostanze di provenienza illegale come l'eroina, registrato in adolescenti frequentanti istituti religiosi e in una popolazione di detenuti statunitensi. Con particolare riferimento a questi ultimi, gli individui che hanno dichiarato un maggiore benessere spirituale hanno mostrato outcome migliori.

Sono state altresì evidenziate situazioni in cui la religiosità possa rappresentare un fattore di rischio per l'abuso di oppioidi. È il caso di individui che non riescono ad ottenere il necessario supporto sociale o che provano sensazioni di difetto e colpevolezza a causa di condizioni stigmatizzate dalla propria comunità; esempi sono l'appartenenza a minoranze sessuali o la presenza di disturbi psichiatrici. Tali soggetti possono sentirsi scoraggiati a ricercare assistenza e dunque aggravare ulteriormente il proprio stato di disagio psicosociale, importante fattore di rischio per l'abuso di oppioidi.

Quasi un terzo delle pubblicazioni non ha dimostrato alcuna associazione tra fede e abuso di oppioidi, probabilmente anche a causa di una bassa potenza di questi articoli, caratterizzati da una ridotta numerosità campionaria. Proprio al fine di una maggiore comprensione del complesso fenomeno del legame tra fede e salute è auspicabile intraprendere future ricerche longitudinali, con numerosità campionaria sufficiente, anche per la necessità di dover aggiustare questa associazione per i numerosi fattori confondenti.

Ad oggi le evidenze emerse dalla presente revisione sistematica suggeriscono comunque la pianificazione di politiche per la salute volte a tutelare il benessere religioso e spirituale della popolazione in diversi momenti della vita. Al fine di ridurre il rischio di abuso di oppioidi è possibile educare le persone sin dalla giovane età al rispetto di valori religiosi come l'ascolto ed il supporto reciproco, l'assistenza degli infermi ed il mantenimento di relazioni sociali positive con il prossimo. Allo stesso modo è importante prevenire la stigmatizzazione da parte di alcune comunità religiose di soggetti appartenenti a minoranze sessuali. Non è infine da sottovalutare la possibilità di promuovere iniziative per il benessere religioso e spirituale per le persone che si trovano all'interno di un istituto penitenziario.

APPENDICE 1: valutazione qualitativa degli studi

Methodological appropriateness of the studies, Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Griesler et al. 2019 Pediatrics	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	n.a.	1	1	1	1	0	1
Kandel et al. 1981 Am J Public Health	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	n.a.	1
Lamb et al. 2019 Addictive behaviors	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	n.a.	0	1	1	1	1	n.a.	1
Palamar et al. 2013 Addiction Research and Theory	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
Palamar et al. 2014 J Relig Health	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	n.a.	1	1	1	1	1	n.a.	1

Cavar et al. 2010 J Relig Health	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	n.a.	1
KK Rigg 2019 Drug and Alcohol Dependence	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	n.a.	n.a.	1	1	1	1	n.a.	1
Ransome et al 2019 Drug Alcohol Depend	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
Staton et al 2008 Journal of Social Work Practice in the Addictions	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	n.a.	0	1	1	1	1	n.a.	1
Park, Lavin 2010 The Clinical Journal of Pain	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	n.a.	1

Sekulic et al 2008 Medical Problems of Performing Artists	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	n.a.	0	1	1	1	0	n.a.	1
Yarnold 2008 Journal of Health & Social Policy	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	n.a.	1
Vaughn et al 2015 Journal of Psychiatric Research	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1

Abbreviations:

1 – Yes

0 – No

n.a. – Not Applicable

BIBLIOGRAFIA

- [1] P. Ilkka, M. Hauser. The origins of religion : evolved adaptation or by-product? *Trends in Cognitive Sciences*. 2010; 14(3): 104-109.
- [2] K. Harold et al. Religion and Medicine I: Historical Background and Reasons for Separation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2000; 30(4): 385-398.
- [3] McClenon et al. Shamanic Healing, Human Evolution, and the Origin of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1997; 36(3): 345-354.
- [4] K. Harold, D. King: Handbook of religion and health. Oxford University Press, New York 2012.
- [5] P. Grammaticos, A. Diamantis. Useful known and unknown views of the father of modern medicine, Hippocrates and his teacher Democritus. *Hellenic journal of nuclear medicine*. 2008; 11(1): 2-4.
- [6] C. Yapijakis et al. Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and Asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. Review. *In Vivo*. 2009; 23(4): 507-514.
- [7] E.-G. S. Y. The role of Hippocrates in the development and progress of medical sciences. *Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine*. 1993; 23(2): 125-136.

- [8] W. Heike, I. Eisenmann. Monastery Medicine - What's the story behind it? What's reasonable, what's no good? *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 2016; 141(25): 1858-1862.
- [9] A. Sparling et al. Paracelsus, a Transmutational Alchemist. *Ambix*. 2020; 67(1): 62-87.
- [10] A. Ahmadreza, D. Steensma, K. Robert. Andreas Vesalius and De Fabrica. *Mayo Clinic proceedings*. 2019; 94(5): 67-68.
- [11] Zanatta et al. Galileo Galilei: Science vs. faith. *Global cardiology science & practice*. 2017; 2(10): 10-15.
- [12] E. Griner, K. McFann, R. Nahin, P. Barnes. *Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States*. Elsevier. 2004; 2(2): 54-71.
- [13] Kelley et al. Relationships of Religion and Spirituality to Glycemic Control in Black Women With Type 2 Diabetes. *Nursing Research*. 2008; 57(5): 331-339.
- [14] C. Smith, M. Denton: *Soul Searching: The Religious and Spiritual Lives of American Teenagers*. Oxford University Press, New York 2005.
- [15] S. Gerard, S. Katarzyna. Spiritual But Not Religious? Evidence for Two Independent Dispositions. *Journal of Personality*. 2006; 74(5): 1257-1292.
- [16] Levin et al. And Let Us Make Us a Name: Reflections on the Future of the Religion and Health Field. *Journal of Religion and Health*. 2009; 48(2): 125-145.

- [17] S. Par et al. Who needs the concept of "spirituality"? *Psycho-Oncology*. 2006; 15(7): 647-649.
- [18] WHO: *Constitution of the World Health Organization*. New York 1948.
- [19] S. Barbuti, G. Fara, G. Giammarco, V. Baldo: *Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*. Edises, Napoli 2014.
- [20] C. Sheldon, G. Miller e D. Deverts, «Psychological Stress and Disease,» *Journal of American Medical Association*, vol. 298, n. 14, pp. 1685-1687, 2007.
- [21] S. Cordula et al. Mechanisms of Stress-Mediated Modulation of Upper and Lower Respiratory Tract Infections. *Advances in experimental medicine and biology*. 2016; 874: 215-223.
- [22] J. Smoller et al. The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders. *American College of Neuropsychopharmacology*. 2016; 41(1): 297-319.
- [23] A. Petrelli, L. Frova. *Epidemiologia e Prevenzione. Rivista dell'associazione italiana di epidemiologia*. 2019; 43(1): 1-124.
- [24] Dahlgren, Goran, M. Whitehead: *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies. Stockholm 1991.
- [25] R. Amara, K. Bodenhorn, M. Cain: *Health and healthcare*. Jossey-Bass, Princeton 2010.

- [26] C. o. S. D. o.: Health, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. 2007.
- [27] Crabtree, Pelham: What Alabamians and Iranians Have in Common. Gallup Polls, 9 February 2009. Available: <https://news.gallup.com/poll/114211/alabamians-iranians-common.aspx>.
- [28] Patricia et al. *Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States*. Elsevier. 2004; 2(2): 54-71.
- [29] Young et al. Religiosity and Health Behavior - What Does Research Tell Us? *American Journal of Health Education*. 2011; 41(1): 4-11.
- [30] Glock et al.: Christian beliefs and anti-semitism. University of North Carolina Press, New York 1966.
- [31] Faulkner et al. Religiosity in 5-D: An Empirical Analysis. *Social Forces*. 1966; 45(2): 246-254.
- [32] Allport et al. Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967; 5(4): 432-443.
- [33] N. I. C. o. Aging: *Spiritual well-being: a definition*. Athens 1975.
- [34] Ellison et al. Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1983; 11(4): 330-338.
- [35] Bufford et al. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*. 1991; 19(1): 56-70.

- [36] Kaczorowski et al. Spiritual Well-Being and Anxiety in Adults Diagnosed with Cancer. *The Hospice Journal*. 1989; 5(4): 105-116.
- [37] Fehring et al. Psychological and Spiritual Well-Being in College Students. *Research in Nursing and Health*. 1987; 10(10): 391-398.
- [38] Fernsler et al. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*. 1999; 22(2): 134-142.
- [39] Katsung et al: Basic & clinical pharmacology. McGraw-Hill Education, 2015.
- [40] Pathan et al. Basic opioid pharmacology. *British Journal of Pain*. 2012; 6(1): 11-16.
- [41] Tarlowska et al. Crosstalk between Opioid and Anti-Opioid Systems: An Overview and Its Possible Therapeutic Significance. *Biomolecules*. 2020; 10: 1-27.
- [42] Trivedi et al. Pharmacology of Opioids. *World Federation of Societies of Anesthesiologists*. 2007; 64: 1-7.
- [43] Kupfer et al.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 2013.
- [44] Dydyk et al. Opioid Use Disorder. Starpearls, 2022.
- [45] Jones et al. Changes in Synthetic Opioid Involvement in Drug Overdose Deaths in the United States, 2010-2016. *Journal of American Medical Association*. 2018; 319(17): 1819-1821.

- [46] Sjogren et al. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *European Journal of Pain*. 2007; 11(5): 490-518.
- [47] Webster et al. Risk Factors for Opioid Use and Overdose. *Anesthesia & Analgesia*. 2017; 125(17): 1741-1748.
- [48] Oderda et al. Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse: A Systematic Review. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2015; 29: 388-400.
- [49] Birnbaum et al. Societal costs of prescription opioid abuse, dependence and misuse in the United States. *Pain Medicine*. 2011; 12(4): 657-667.
- [50] L. Upp, J. Waljee. The Opioid Epidemic. *Clinics in plastic surgery*. 2020; 47(2): 181-190.
- [51] A. V. Zee et al. The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy. *American Journal of Public Health*. 2009; 99(2): 221-227.
- [52] R. Bonnie, M. Ford, J. Phillips: Pain management and opioid epidemic: balancing societal and individual benefits and risks of prescription opioid use. The National Academies Press, Washington DC 2017.
- [53] J. Guy, K. Zhang, M. Bohm, J. Losby, B. Lewis. Vital Signs: Changes in Opioid Prescribing in the United States, 2006–2015. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*. 2017; 66(26): 697-704.

- [54] H. Hedegaard, A. Minino, M. Spencer, M. Warner: Drug Overdose Deaths in the United States, 1999–2020. *US Department of Health and Human Services*. 2021.
- [55] Wide-ranging online data for epidemiologic research (WONDER). National Center for Health Statistics, 2021. Available: <http://wonder.cdc.gov>.
- [56] Benson, Rude et al. Spiritual development in childhood and adolescence: toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science*. 2003; 7(3): 205-213.
- [57] King, Boyatzis et al.: Religious and spiritual development; in King et al.: *Handbook of Child Psychology and Developmental Science: Socioemotional processes*. John Wiley & Sons, Inc, 2015, pp. 975-1021.
- [58] M. Downes, M. Brennan, W. Hywel, D. Rachel. Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*. 2016; 6(12): e011458.
- [59] M. Cavar, D. Sekulic, Z. Culjak. Complex Interaction of Religiousness with other Factors in Relation to Substance Use and Misuse Among Female Athletes. *Journal of Religion and Health*. 2012; 51(2): 381-389.
- [60] M. Vaughn, E. Nelson, C. Salas-Wright, Q. Zhengmin, M. Schootman. Racial and ethnic trends and correlates of non-medical use of prescription opioids among adolescents in the United States 2004-2013. *Journal of Psychiatric Research*. 2016; 73: 17-24.

- [61] K. Rigg, H. Nicholson et al. Prescription opioid misuse among African-American adults: A rural-urban comparison of prevalence and risk. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019; 197: 191-196.
- [62] M. Staton, M. Webster, M. Hiller, S. Rostoky. An Exploratory Examination of Spiritual Well-Being, Religiosity and Drug Use Among Incarcerated Men. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2003; 3(3): 87-103.
- [63] D. Sekulic, R. Kostic, D. Miletic. Substance Use in Dance Sport. *Medical Problems of Performing Arts*. 2008; 23(2): 66-71.
- [64] K. Lamb, J. Brady, M. Gonzales, A. Blashill. The associations between subdimensions of religiosity and illicit substance among latino sexual minority men. *Addictive Behaviors*. 2018; 89: 15-19.
- [65] J. Palamar, P. Halkitis, M. Kiang. Perceived public stigma and stigmatization in explaining lifetime illicit drug use among emerging adults. *Addiction Research & Theory*. 2013; 21(6): 516-525.
- [66] J. Palamar, M. Kiang, P. Halkitis. Religiosity and Exposure to Users in Explaining Illicit Drug Use among Emerging Adults. *Journal of Religion and Health*. 2014; 53(3): 658-674.
- [67] Y. Ransome, A. Haeny, Y. McDowell, A. Jordan. Religious involvement and racial disparities in opioid use disorder between 2004–2005 and 2012–2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019; 205: 107615.

- [68] J. Park, R. Lavin et al. Risk Factors Associated With Opioid Medication Misuse in Community-dwelling Older Adults with Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*. 2010; 26(8): 647-655.
- [69] P. Griesler, M. Wall, D. Kandel et al. Nonmedical Prescription Opioid Use by Parents and Adolescents in the US. *American Academy of Pediatrics*. 2019; 143(3): 1-10.
- [70] B. Yarnold et al. Heroin Use Among Miami's Public School Students, 1992: Peers and the "Drug Subculture" Overwhelm Parents, Religion and Schools. *Journal of Health and Social Psychology*. 1996; 7(4): 45-59.
- [71] D. Kandel, I. Adler, M. Sudit. The Epidemiology of Adolescent Drug Use in France and Israel. *American Journal of Public Health*. 1981; 71(3): 256-265.
- [72] E. Bailey et al. The Implicit Religion of Contemporary Society: an Orientation and Plea for its Study. *Religion*. 1983; 13(1): 69-83.
- [73] D. Grace et al. Believing without Belonging: is the Future of Religion in Britain? *Social Compass*. 1990; 37(4): 455-469.
- [74] R. Likert et al. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932; 22(140): 5-55.
- [75] H. Koenig, Bussing et al. The Duke University Religion Index (DUREL): a Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*. 2010; 1(1): 78-85.

- [76] T. Plante, M. Boccaccini. The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*. 1997; 45(5): 375-387.
- [77] T. McLellan, H. Kushner, D. Metzger, R. Peters. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Use Treatment*. 1992; 9(3): 199-213.
- [78] C. Holmes, R. Gatchel, L. Adams, A. Stowell. An Opioid Screening Instrument: Long Term Evaluation of the Utility of the Pain Medication Questionnaire. *World Institute of Pain*. 2006; 6(2): 74-88.
- [79] Hasin, Grant et al. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015; 50(11): 1609-1640.
- [80] E. Solbakken, R. Wynn et al. Barriers and opportunities to accessing social support in the transition from community to prison: a qualitative interview study with incarcerated individuals in Northern Norway. *BMC Psychology*. 2022; 10(1): 185.
- [81] F. Kat, M. Bellis, E. Barton. Adverse childhood experiences: a retrospective study to understand their associations with lifetime mental health diagnosis, self-harm or suicide attempt, and current low mental wellbeing in a male Welsh prison population. *Health Justice*. 2020; 8(1): 1-17.
- [82] P. Jones, N. Jackson et al.: The 2020 Census of American Religion. Public Religion Research Institute, Washington DC, 2021.

- [83] A. Sawasan, A. Al-Natour et al. Mental health stigma: the effect of religiosity on the stigma perceptions of students in secondary school in Jordan toward people with mental illnesses. *Heliyon*. 2021; 7(5): 1-12.
- [84] H. Azwihangwisi, P. Sandy. Religion-related stigma and discrimination experienced by lesbian, gay, bisexual and transgender students at a South African rural-based university. *Culture, health & sexuality*. 2015; 17(8): 1049-1056.
- [85] J. Lalich, K. McLaren et al. Inside and outcast: multifaceted stigma and redemption in the lives of gay and lesbian Jehovah's Witnesses. *Journal of homosexuality*. 2010; 57(10): 1303-1333.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare la professoressa Buja per avermi dato l'opportunità di lavorare a questo studio, e la specializzanda Montecchio per avermi assistito nei diversi step necessari alla realizzazione di questa tesi.

Vorrei inoltre ringraziare la mia famiglia per il suo supporto incondizionato: mamma Sonia (che mi ha anche assistito anche nella correzione delle bozze), papà Tung, mia sorella Giada, mia zia Tatiana e le mie nonne Emma e Hoa.

Vorrei altresì ringraziare i miei amici per aver costellato il nostro percorso universitario di momenti indimenticabili: Anna, Francesco, Tommaso, Alessandro, Marika ed Emanuele.