

La legalizzazione della cannabis a scopo terapeutico in una prospettiva di sanità pubblica

Sznitman SR, Zolotov J

Cannabis for therapeutic purposes and public health and safety: a systematic and critical review

Int J Drug Policy 2015; 26 (1): 20-29

Per cinque millenni la *Cannabis sativa* è stata utilizzata in tutto il mondo a scopo medico, ricreativo e spirituale. Il suo primo utilizzo in campo terapeutico avvenne probabilmente in Asia centrale per poi diffondersi in seguito in Cina, India, Egitto, Persia e Siria. Sue applicazioni sono state riscontrate anche tra i Greci e i Romani, con indicazioni (dolore, vomito, convulsioni e spasticità muscolare) sorprendentemente simili a quelle per cui viene attualmente utilizzata a scopo terapeutico¹.

La cannabis a scopo terapeutico (*Cannabis for Therapeutic Purpose* o CTP) ha continuato ad avere un ruolo significativo nella medicina occidentale fino alla fine del diciannovesimo secolo^{2,3}; il suo utilizzo ha poi subito un lento declino fino ad essere fortemente ostacolato dalla Convenzione Unica sugli Stupefacenti adottata dalle Nazioni Unite nel 1961, che la inserì tra le sostanze della Tabella IV della convenzione, la categoria più severa e restrittiva – destinata a inquadrare le droghe “particolarmente soggette ad abuso e responsabili di effetti dannosi per la salute”, la cui “soggettività non è compensata da sostanziali vantaggi terapeutici”⁴. I notevoli sviluppi in campo medico, la scoperta di nuove sostanze farmacologiche ritenute più sicure^{5,6}, accanto a fattori sociali, economici e giuridici, hanno dato un importante contributo al declino della CTP. Negli ultimi decenni alcune scoperte farmacologiche hanno portato una nuova ondata di interesse sulle proprietà strutturali e fisiologiche della cannabis, interesse che è aumentato anche a seguito della pubblicazione di numerosi studi sui benefici della cannabis⁷⁻⁹, indicandola come un agente terapeutico promettente.



Dall'isolamento e purificazione di uno dei maggiori e più noti principi attivi della cannabis (delta-9-tetraidrocannabinolo o THC) avvenuto nel 1965, sono stati identificati più di 400 composti chimici, tra i quali circa 60 cannabinoidi. Dato il crescente interesse, anche da parte delle industrie farmaceutiche, sul potenziale terapeutico della cannabis, ad oggi circa 21 cannabinoidi sono sotto valutazione da parte di agenzie regolatorie del farmaco, tra cui l'FDA americana¹.

L'aumento dell'evidenza clinica della CTP è stato accompagnato in molti Paesi da un aumento delle pressioni sociali e politiche per cambiare i quadri normativi e legalizzarne quindi l'uso medico. Finora ventitré Stati americani¹⁰ e alcuni

Paesi, tra i quali Israele, Canada e Paesi Bassi¹¹, hanno legalizzato la CTP, mentre altri, tra cui Nuova Zelanda e Australia^{10,12}, stanno seriamente valutandone la legalizzazione. Questi cambiamenti delle normative nazionali hanno acceso numerosi dibattiti scientifici e politici riguardanti i possibili effetti (positivi e negativi) della legalizzazione della CTP a livello sociale¹³, e una recente revisione sistematica della letteratura ha provato a sintetizzare in modo critico tali effetti, concentrandosi in particolare sul-

l'impatto della legalizzazione della CTP sull'uso illegale della cannabis, sulla criminalità e in termini di salute pubblica in generale.

CTP E USO ILLEGALE DELLA CANNABIS

Una delle preoccupazioni maggiori legate alla legalizzazione della CTP è rappresentata dal potenziale aumento del consumo illegale di cannabis nella popolazione generale e negli adolescenti in particolare^{14,15}. I meccanismi di questo fenomeno sono legati alla riduzione della percezione del rischio (sia in termini 'legali' che di salute) del consumo di cannabis e all'aumento della disponibilità della sostanza. Tenendo conto dell'esistenza di notevoli discordanze tra i risultati degli studi esaminati, la maggior parte di essi concludono come non esista una relazione certa tra la legalizzazione della CTP e un aumento del consumo illegale di cannabis.

CTP E CRIMINALITÀ

Molti degli studi che hanno valutato questo aspetto sono di scarsa qualità metodologica, senza un disegno di studio pre-post e privi di un gruppo di controllo. Nel valutare l'associazione tra la presenza di dispensari di CTP e un alto tasso di crimini, bisogna necessariamente tenere conto come spesso tali dispensari siano presenti in zone dove il tasso di criminalità risulta già elevato di per sé¹⁶. Nonostante le numerose preoccupazioni su un aumento della criminalità e del disagio sociale, la ricerca su questa associazione resta tuttora inconclusiva.

CTP E SANITÀ PUBBLICA

Molti studi hanno valutato l'impatto della legalizzazione della CTP su altri aspetti di sanità pubblica. Alcuni di essi suggeriscono da un lato effetti positivi, come la riduzione del consumo di alcol e del tasso di suicidi^{17,18}, dall'altro, tuttavia, riportano alcuni casi di ingestione non intenzionale della sostanza da parte dei bambini⁹. Alcuni studi condotti negli USA hanno riportato una possibile relazione tra legalizzazione della CTP e un aumento di potenza della cannabis presente nel mercato, che potrebbe portare a conseguenze sulla salute più gravi²⁰⁻²². Questo fenomeno, tuttavia, non trova riscontro in studi condotti in Olanda²³. La scarsità degli studi su questo argomento limita comunque la possibilità di confrontarne i risultati e valutarne validità e generalizzabilità. Nonostante la ricerca sull'impatto sociale di una legalizzazione della CTP rappresenti un settore emergente e in rapida crescita, la letteratura sull'argomento è ancora piuttosto limitata, sia per numero di studi che per la mancanza di una rigorosa base teorica e metodologica. Un ulteriore sviluppo della ricerca in tal senso, accanto ad un maggiore coinvolgimento dei ricercatori, in particolare sociologi, è necessario e va incoraggiato per poter orientare e valutare eventuali cambiamenti normativi basandosi su prove di evidenza scientifica e non su semplici credenze, preoccupazioni generali o luoghi comuni.

Elia Ferroni

*Sistema Epidemiologico Regionale (SER)
Regione Veneto*

BIBLIOGRAFIA

- Ferroni E, Amato L. Legalizzazione della cannabis in una prospettiva di sanità pubblica, *Medicina delle Dipendenze* 2014; 15: 15-21.
- Bostwick JM. Blurred boundaries: the therapeutics and politics of medical marijuana. *Mayo Clinic Proc* 2012; 87 (2): 172-186.
- Mikuriya TH. Marijuana in medicine: past, present and future. *California Medicine* 1969; 110 (1): 34.
- UN. Single convention on narcotic drug, 1961. Disponibile al seguente indirizzo: http://www.unodc.org/pdf/convention1961_en.pdf.
- Kalant H: Medicinal use of cannabis. History and current status. *Pain Res Manag* 2001; 6 (2): 80-91.
- Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28 (2): 153-157.
- Campbell FA, Tramèr MR, Carroll D et al. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. *BMJ* 2001; 323: 13.
- Gates P, Albertella L, Copeland J. The effects of cannabinoid administration on sleep: a systematic review of human studies. *Sleep Med Rev* 2014; 18 (6): 477-487.
- Lynch ME, Campbell F. Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials: cannabinoids for pain. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 72 (5): 735-744.
- NCSL. State medical marijuana laws-national conference of state legislatures, 2014. Disponibile al seguente indirizzo: <http://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>NIDA.
- Belle-Isle L, Walsh Z, Callaway R et al. Barriers to access for Canadians who use cannabis for therapeutic purposes. *Int J Drug Pol* 2014; 25 (4): 691-699.
- Shipton EA, Shipton EE. Should doctors be allowed to prescribe cannabinoids for pain in Australia and New Zealand? *Austr N Zeal J Psych* 2014; 48 (4): 310-313.
- Levinthal C. *Drugs, society and criminal justice*, 2008. Boston: Pearson.
- Joy JE, Watson SJ, Benson JA (1999). *Marijuana and medicine: Assessing the science base*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies Press.
- Gorman DM, Huber JCJ. Do medical cannabis laws encourage cannabis use? *Int J Drug Pol* 2007; 18 (3): 160-167.
- Bogges LN, Pérez DM, Cope K et al. Do medical marijuana behave like locally undesirable land uses? Implications for the geography of health and environmental justice. *Urban Geography*, 2014. Disponibile al seguente indirizzo: <https://ssl.haifa.ac.il/doi/pdf/10.1080/,DanaInfo=www.tandfonline.com+02723638.2014.881018>.
- Anderson MD, Hansen B, Rees D. Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption. *J Law Econ* 2013; 56 (2): 333-369.
- Anderson MD, Rees DI, Sabia JJ. Medical marijuana laws and suicides by gender and age. *Am J Pub Health* 2014; 104 (12): 2369-2370.
- Wang GS, Roosevelt G, Heard K. Pediatric marijuana exposures in a medical marijuana state. *JAMA Ped* 2013; 167 (7): 630-633.
- Sevigny EL, Pacula RL, Heaton P. The effects of medical marijuana laws on potency. *Int J Drug Pol* 2014; 25 (2): 308-319.
- Di Forti M, Morgan C, Dazzan P et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psych* 2009; 195 (6): 488-491.
- Ramaekers JG, Kauert G, van Ruitenbeek P et al. High-potency marijuana impairs executive function and inhibitory motor control. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31 (10): 2296-2303.
- Hazekamp A. An evaluation of the quality of medicinal grade cannabis in the Netherlands. *Cannabinoid* 2006; 1 (1): 1-9.