



Osservazioni critiche, e richiesta di fare immediata chiarezza, sulle affermazioni riportate nello "Statement" sulla Cannabis pubblicato dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA):

"CANNABIS E SUOI DERIVATI: alcuni elementi di chiarezza su danni alla salute, l'uso medico dei farmaci a base di THC, la coltivazione domestica e l'uso voluttuario."

Dr. Serpelloni (DPA) et 18 al., Luglio 2012

Campagna per
l'informazione corretta sulla Cannabis ad uso terapeutico e L'ACCESSO AI FARMACI
P.I.C., 30 luglio 2012

Dopo la imprecisa intervista rilasciata il 15 luglio scorso dal Dott. Serpelloni ad un quotidiano veneto, per "avvisare" quella Regione di "prestare molta attenzione" nell'approvazione della legge regionale sui farmaci cannabinoidi, tuttora in discussione da parte del Consiglio regionale, giudicata a priori "pericolosa" ed "incostituzionale" sulla base di mal interpretazioni del testo, la situazione è già ulteriormente degenerata sin dai giorni immediatamente successivi, con le nuove "Raccomandazioni" del Dpa pubblicate in forma di "Statement" ufficiale il 16 luglio, recepite con timore reverenziale da quasi tutti gli organi di stampa in quanto confezionata come una "Review" scientifica, e firmata da 18 personalità e presidenti vari. Si rischia anche un ulteriore scivolamento del livello di legalità democratica e di convivenza sociale, ora che destinatari delle sempre più aperte pressioni di Serpelloni sono anche "la presidente Rai Tarantola, il Cda ed i dirigenti della tv di stato", perché "dedichi ampie fette di informazione" ai danni che produce la cannabis."

Il Report-Statement è in realtà un clamoroso grave ed inquietante passo falso del Dott. Serpelloni, commesso nella fretta di fermare la Regione Veneto ed il gruppo delle regioni inseguatrici. Ci sembra quindi venuto il momento che i fatti vengano mostrati, e valutati per quel che sono, prima che i danni divengano irreparabili. Sin dalla prima analisi dal documento emergono tanti, troppi errori, una visione distorta, vari "commi" ripetuti più volte, gravi falsificazioni delle conclusioni di studi internazionali, in altri casi citati del tutto a sproposito. Oltre a non troppo velate intimidazioni e vere e proprie offese alla classe medica e ai malati, e forse altolà ai politici (regionali?). Ma soprattutto, punto che sta a cuore ai pazienti, si fa riferimento a regolamentazioni inesistenti, menzionate a proprio gradimento senza neppure citarle per esteso. E questo è tanto più grave in un documento che dovrebbe chiarire il quadro delle normative in un campo in cui le problematiche legali sono così rilevanti. Davvero troppo, per chi tuttora rappresenta il governo ed è esponente della comunità medica.

Attendiamo che il Capo del dipartimento antidroga risponda con chiarezza alle legittime richieste di trasparenza dei malati, citando con completezza le fonti legislative alla base delle sue affermazioni. Ci auguriamo che non saremo i soli ad esigerlo. In caso non lo facesse, si esporrà alla inevitabile accusa di diffusione, tramite documento ufficiale con intestazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, di notizie falsificate riguardo più aspetti della prescrivibilità dei farmaci cannabinoidi, punto di particolare importanza per l'indebito danno causato con continuità in questi anni ai malati ed ai loro medici, non trattandosi di un episodio isolato. A meno di chiarimenti immediati, riterremo questo inaccettabile comportamento un crimine volontario e premeditato, di cui sarà chiamato a rispondere in tutte le sedi competenti. Riterremo corresponsabili a tutti gli effetti, coloro che si presteranno consapevolmente ad eventuali manovre di difesa o copertura di questa vergogna, indipendentemente dal ruolo rivestito.

*Per tutelare il nostro diritto alla salute,
non possiamo certo batterci per la modifica di norme fantasma che non esistono...*

Nota/Disclaimer:

Siamo pazienti, non medici e ricercatori scientifici, ci scusiamo quindi anticipatamente per l'impropria forma di presentazione, nonché per le imprecisioni e gli errori "formali" ed espositivi, certamente presenti. Altri, più competenti di noi, ci auguriamo vorranno fare la necessaria chiarezza e chiedere conto sul piano più specificamente medico-scientifico. La nostra non è una "Review", non ha pretese di documento scientifico, è solo una parodia del farsesco Statement originale, uno sberleffo al Capo, colto con le dita nella marmellata nell'atto di danneggiare i malati falsificando le carte. Tuttavia restiamo convinti che come in tutte le cose, quello che conta sia la sostanza: chiediamo giustizia.



**Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga**

Vers. 16.07.2012

Statement

CANNABIS E SUOI DERIVATI:

alcuni elementi di chiarezza su danni alla salute, l'uso medico dei farmaci a base di THC, la coltivazione domestica e l'uso voluttuario.

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

Eugenio Aguglia

Presidente Società Italiana di Psichiatria – SIP

Pietro Apostoli

Presidente Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale – SIMLII

Paolo Arbarello

Presidente Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni – SIMLA

Elisabetta Bertol

Presidente Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani – GTFI

Amedeo Bianco

Presidente Federazione Nazionale Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri – FNOMCeO

Giovanni Bigio

Presidente Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia – SINPF

Luigi Canonico

Presidente Società Italiana di Farmacologia – SIF

Giorgio Carbone

Presidente Società Italiana di Medicina d’Emergenza-Urgenza – SIMEU

Ivo Casagrande

Presidente Academy of Emergency Medicine and Care – AcEMC

Enrico Cherubini

Presidente Società Italiana di Neuroscienze – SINS

Annalisa Cogo

Presidente Società Italiana Pneumologia dello Sport – SIP Sport

Giancarlo Comi

Presidente Società Italiana di Neurologia – SIN

Claudio Cricelli

Presidente Società Italiana di Medicina Generale – SIMG

Silvio Garattini

Presidente Istituto di Ricerche Mario Negri – IRMN

Carlo Locatelli

Presidente Società Italiana di Tossicologia – SITOX

Vito Aldo Peduto

Presidente Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva – SIAARTI

Alberto Giovanni Ugazio

Presidente Società Italiana di Pediatria – SIP

Francesco Violi

Presidente Società Italiana di Medicina Interna – SIMI

1. INTRODUZIONE: NECESSITA' DI CHIAREZZA

a. Sempre più spesso compaiono sui media nazionali notizie ed informazioni sulla Cannabis e i suoi derivati con contenuti spesso imprecisi e fuorvianti soprattutto in relazione al possibile uso medico di alcuni suoi principi attivi.

è l'unico punto che ci sentiamo di condividere al 100%, di tutta la relazione.

b. Soprattutto le giovani generazioni, in relazione alla pubblicizzazione di queste potenzialità in ambito medico, molte volte impropriamente amplificate e fortemente esaltate, sviluppano spesso delle percezioni e delle credenze errate sulle reali potenzialità positive per la salute che la Cannabis illegale, cioè prodotta e venduta dalle organizzazioni criminali, dovrebbe analogamente avere.

c. Vengono spesso elencate infatti le potenzialità di utilizzo medico di queste sostanze, estendendo in maniera impropria i giudizi e le riflessioni scientifiche alle sostanze “di strada” prodotte in modo artigianale, fuori da ogni controllo igienico-sanitario e di qualità farmacologica del prodotto, equiparandole implicitamente a quelle prodotte mediante processi farmaceutici industriali controllati e sicuri, per finalità mediche.

d. Vi è inoltre la necessità di chiarire e non confondere i piani di utilizzo di tali sostanze psicoattive per scopi voluttuari ed edonistici con quelli per finalità mediche. Si tende infatti ad estendere, per giustificarne

l'uso, voluttuario esaltandone le potenziali attività medicamentose, alcune utilità riscontrate nei farmaci a base di THC al supporto alle cure di certe patologie o lenitive di sintomi particolarmente disagiati (come la nausea, i dolori e la rigidità muscolare, l'ansia ecc), anche alle droghe di strada per dichiararne implicitamente l'innocuità se non addirittura la loro presupposta bontà per la salute e giustificarne così l'uso voluttuario.

e. Si pubblicizzano inoltre possibili attività anticancro del THC o del cannabidiolo senza che questo finora abbia avuto nessun riscontro positivo sulla ricerca scientifica.

sono sempre di più i riscontri negli studi. Solo a titolo di esempio, senza cercare troppo:
Nat Rev Cancer. 2012 May 4. doi: 10.1038/nrc3247. [Epub ahead of print]
Towards the use of cannabinoids as antitumour agents.
Velasco G, Sánchez C, Guzmán M. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22555283>

Cell Death Differ. 2011 Jul;18(7):1099-111. doi: 10.1038/cdd.2011.32.
Anti-tumoral action of cannabinoids on hepatocellular carcinoma: role of AMPK-dependent activation of autophagy.
Vara D, Salazar M, Olea-Herrero N, Guzmán M, Velasco G, Díaz-Laviada I.
Source <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21475304>
Department of Biochemistry and Molecular Biology, School of Medicine, Alcalá University, Madrid, Spain.

British Journal of Cancer (2006) 95, 197–203. doi:10.1038/sj.bjc.6603236
www.bjcancer.com Published online 27 June 2006
A pilot clinical study of Delta9-tetrahydrocannabinol in patients with recurrent glioblastoma multiforme
M Guzmán, M J Duarte, C Blázquez, J Ravina, M C Rosa, I Galve-Roperh, C Sánchez, G Velasco and L González-Feria <http://www.nature.com/bjc/journal/v95/n2/abs/6603236a.html>

J Clin Invest. 2009;119(5):1359–1372. doi:10.1172/JCI37948.
Copyright © 2009, American Society for Clinical Investigation - Research Article
Cannabinoid action induces autophagy-mediated cell death through stimulation of ER stress in human glioma cells
María Salazar, Arkaitz Carracedo, Íñigo J. Salanueva, Sonia Hernández-Tiedra, Mar Lorente, Ainara Egia, Patricia Vázquez, Cristina Blázquez, et al. <http://www.jci.org/articles/view/37948>

Cancer Treat Rev. 2012 Jul 7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22776349>
Cannabinoids: A new hope for breast cancer therapy?
Caffarel MM, Andradas C, Pérez-Gómez E, Guzmán M, Sánchez C.

e la ricerca in sé abbonda di letteratura, su: cancro al polmone, pancreas, prostata, mammella, fegato, cute, tiroide, colon-retto, stomaco, utero, leucemia, linfoma, glioma, neuroblastoma, lista non esaustiva. In sempre più studi si legge di apoptosi delle cellule cancerose. Possibili attività antitumorali a livello sistemico sono state ammesse, nonostante forti pressioni politiche contrarie, dal National Cancer Institute, ente federale Usa. Poi ci sono le evidenze cliniche ed aneddotiche dei pazienti, specie dove l'uso terapeutico della Cannabis è una realtà da anni. Al punto 2-h, altri studi.

f. Tutto questo è fonte di confusione soprattutto nelle giovani generazioni e potrebbe creare false rassicurazioni relativamente alla pericolosità legata all'uso di tali sostanze stupefacenti facendo diminuire quindi un importante fattore di protezione e cioè la percezione del rischio.

g. Oltre a questo va considerato che vi sono molte spinte e pressioni di vario genere a voler rendere legale la coltivazione domestica della cannabis, giustificandola per un uso medico, ma fortemente autogestito sia nella fase prescrittiva, produttiva che di controllo della somministrazione.

h. Infine va considerata l'alta variabilità della percentuale di principio attivo che, in virtù delle nuove tecniche di cultura intensiva e modificazione genetica della pianta di cannabis, continua ad aumentare, con percentuali che in alcuni casi hanno raggiunto il 34% e, per alcuni suoi derivati, il 64%. Il mercato illegale infatti sta proponendo cannabis e suoi derivati con sempre più elevata concentrazione di THC.

i. Vi è quindi la necessità di far chiarezza su alcuni concetti di base relativamente alle considerazioni sopra riportate.

2. PRINCIPALI EFFETTI DELLA CANNABIS E DERIVATI

a. Innanzitutto va chiarito che la Cannabis e i suoi derivati (hascisc, olio di hascisc ecc.) sono sostanze stupefacenti tossiche e pericolose per l'organismo ed in particolare per le alterazioni che sono in grado di creare sulle funzioni neuropsichiche, i processi cognitivi, i riflessi, la vigilanza e il coordinamento psicomotorio. (1)

Si cita l'agenzia dell'ONU per Droghe e Crimine, da tempo presieduta dal russo Fëdorov, Paese dove la guerra alla droga è una priorità politica. Ecco invece il Rapporto del parlamento canadese, ricerca oltretutto più specifica sulla materia.

Il Senate Special Committee on illegal drugs del Parlamento canadese ha studiato e ricercato in materia, forte anche dell'esperienza di anni di utilizzo e sperimentazione della cannabis per uso terapeutico nel loro paese. Nel suo rapporto biennale http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenRep.asp?Language=E&Parl=37&Ses=1&comm_id=85 ha cercato di indagare sui differenti modelli di consumo, classificandoli in livelli di rischio, ossia "uso sperimentale", "uso regolare", "uso a rischio", "uso eccessivo". Non è stata presa in esame solamente la quantità di sostanza consumata e la frequenza, ma anche il contesto, ad esempio, se e quando il consumo si concili o al contrario interferisca con le normali attività quotidiane. Il rapporto conclude che: Allo stato dei fatti la ricerca ci dice che per la grande maggioranza dei consumatori ricreazionali la canapa non presenta conseguenze dannose per la salute fisica, psicologica e sociale, sia a breve che a lungo termine. Il che non significa, precisa il rapporto, che non esista un numero seppur limitato di consumatori "pesanti" che possono avere conseguenze negative (come malattie respiratorie, e/o difetti nella concentrazione e nella memoria tali da compromettere l'inserimento sociale)...

b. I principi attivi della cannabis infatti sono in grado di produrre nel tempo alterazioni della memoria, delle funzioni cognitive superiori quali l'attenzione, compromettendo quindi l'apprendimento e i tempi di reazione. Queste sostanze, tanto più se usate precocemente e costantemente, sono in grado di compromettere inoltre il fisiologico sviluppo del cervello negli adolescenti. (2)

l'uso abituale di qualunque sostanza psicoattiva da adolescenti, legale o meno, può disturbare una fase delicata della crescita relazionale, ma scrivere che si "compromette lo sviluppo del cervello" è tutt'altro, non portando alcuna evidenza a supporto del claim.

A sostegno delle proprie affermazioni, in grado di far precipitare nel panico milioni di famiglie italiane, migliaia delle quali sono famiglie di pazienti, il Dpa cita solo uno studio svedese, paese forse ancora più rigido del nostro verso la cannabis, dove anche l'uso medico è combattuto. 4 dei firmatari su 5 sono del Department of Public Health Sciences di Stoccolma. Lo studio prende un campione di 50.000 militari di leva di cui fossero "disponibili dati sull'uso di cannabis in tarda adolescenza", ed immaginiamo a quali dati ci si riferisca, in un paese dove l'abuso anche problematico di alcol è diffusissimo ma si schedano e puniscono duramente solo i consumatori di cannabis. Nell'abstract dello studio, dando per scontata nel Background di partenza l'evidenza che l'uso di cannabis causa psicosi e schizofrenia, ci si propone di indagare le relazioni tra cannabis ed i diversi disturbi psichici causati, ed i loro meccanismi. Si seguono i 50.000 del campione dalla leva militare per i 35 anni successivi, con riferimento a cure per diagnosi psicotiche. Gli 'utilizzatori frequenti' nel campione sono risultati addirittura 3.7 volte più affetti da schizofrenia rispetto alla media dei cittadini svedesi non utilizzatori di cannabis, e 2.2 volte più affetti da brevi psicosi. Strano, l'Europa dovrebbe pullulare di schizofrenici, a causa dell'incremento dei consumi di questi decenni, eppure nel numero dei casi rilevati non si registrano variazioni significative rispetto al passato. Ma chissà se fossimo schedati sin da adolescenti, e facessimo il militare in Svezia, forse un po' psicotici lo diventeremmo tutti, confermando così lo studio. Proseguendo, i ricercatori ammettono comunque che il rischio di schizofrenia è sceso nei decenni dopo la leva tra gli utilizzatori moderati, ed anche in quelli frequenti ma in misura minore. E che la presenza di brevi psicosi non ha aumentato maggiormente il rischio di schizofrenia in seguito, negli utilizzatori di cannabis rispetto ai non utilizzatori.

Tra l'altro, al contrario "l'uso occasionale "esplorativo" di droghe sarebbe invece correlato con un migliore equilibrio personale e inserimento sociale":

Shedler-Block, *Am Psychologist* 1990 45:612-30

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Shedler%20-%20Block%20-%20Am%20Psychologist%201990%2045%3A612-30>, dove si specifica anche: "Quanto scoperto

indica che: a) l'utilizzo problematico di droga è un sintomo, non una causa, di disadattamento personale e sociale, e b) il significato dell'uso di droga può essere compreso solo nel contesto della struttura della personalità di un individuo, e della storia del suo sviluppo. Si suggerisce che gli attuali sforzi in tema di prevenzione dell'uso di droga sono mal diretti nella misura in cui si concentrano sui sintomi, piuttosto che sulla sindrome psicologica alla base dell'abuso di droga."

c. Sono state immesse nel mercato illegale varietà di cannabis capaci di fornire un titolo di THC 20-40 volte più elevato, rispetto a quelle storicamente disponibili, che hanno una maggiore capacità di indurre dipendenza, che compromettono in modo più marcato le funzioni cognitive e la memoria e che facilitano maggiormente l'insorgenza di sintomi psicotici in individui vulnerabili. (1)

d. Il loro uso infatti si è dimostrato in grado di incrementare i rischi di comparsa o slatentizzazione di importanti disturbi psichiatrici. L'incremento del rischio di ammalarsi di un disturbo psicotico, quale la schizofrenia, anche a distanza di tempo, è significativamente correlato all'uso di cannabis durante l'adolescenza. Va sottolineato che questo periodo della vita è caratterizzato da una fase di sviluppo delle strutture cerebrali e che le modificazioni neuro-chimiche indotte dall'uso di cannabis incrementano significativamente la possibilità di manifestazioni psicotiche in soggetti vulnerabili anche per la presenza altri fattori di rischio. (3)

Importanti ricerche hanno trovato come effetto della cannabis una possibile slatentizzazione di pre-esistenti condizioni di schizofrenia, come correttamente osservato dai 19 firmatari del documento, ma non la comparsa di una nuova. Altri studi hanno mostrato che disturbi della personalità e patologie psichiche predispongono il soggetto all'assunzione di droghe, e non l'inverso.

e. La cannabis inoltre induce un aumento del rischio di incidentalità stradale. (4,5,6,7)

lo stesso vale per antistaminici, benzodiazepine, psicofarmaci, farmaci utilizzati in terapia del dolore. In realtà per la cannabis esistono studi contrastanti in materia, anche se nel nostro Paese queste ricerche sono state finora tenute fuori non solo dal dibattito, ma anche solo dalla possibilità di conoscerle, ed anche il Report del Dpa sembra non tenerne minimamente conto, neanche per segnalare che gli studi disponibili sono "contrastanti", termine che in questi casi si usa.

Si è infatti accertata una diminuzione della velocità mantenuta da guidatori sotto effetto di cannabis, al contrario per esempio dell'alcol, ed in alcuni studi (gli unici 2 che misurano anche la quantità di THC nel sangue, invece che limitarsi ai metaboliti, presenti nelle urine anche a distanza di molte settimane) addirittura una diminuzione dell'incidentalità, a dosaggi non elevati. Né si ha notizia di pazienti in terapia stabilizzata con i cannabinoidi, in Italia o all'estero, che siano soggetti ad aumentato rischio di incidentalità, anzi.

Yet, most culpability studies (Terhune and Fell, 1982; Terhune et al., 1992; Williams et al., 1985; Drummer, 1994; Hunter et al., 1998; Lowenstein and Koziol-McLain, 2001) also seem to indicate that cannabis alone does not increase crash culpability.

<http://www.ukcia.org/research/DoseRelatedRiskOfCrashes.pdf>

Hunter, C.E., Lokan, R.J., Longo, M.C., et al., 1998. The prevalence and role of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants in non-fatal crashes. Forensic Science, Department for Administrative and Information Services, Adelaide, South Australia.

Drummer, O.H., Gerostamoulos, J., Batziris, H., Chu, M., Caplehorn, J., Robertson, M.D., Swann, P., 2003a. The incidence of drugs in drivers killed in Australian road traffic crashes. *Forensic. Sci. Int.* 8, 154–162.

Drummer, O.H., Gerostamoulos, J., Batziris, H., Chu, M., Caplehorn, J., Robertson, M.D., Swann, P., 2003b. The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid. Anal. Prev.*, in press.

A confermare per altra via le conclusioni di questi ultimi 20 anni di ricerche,

"Medical Marijuana Laws, Traffic Fatalities, and Alcohol Consumption" pubblicato lo scorso Novembre 2011 dagli economisti Mark Anderson, Montana State University, Daniel Rees, University of Colorado, Denver e Benjamin Hanse, University of Oregon
http://pages.uoregon.edu/bchansen/MML_Alcohol_Consumption.pdf

Lo studio indica come legalizzare la droga per uso terapeutico renda le strade addirittura più sicure. Per giungere a questa conclusione i due studiosi hanno osservato le statistiche relative agli incidenti stradali verificatisi negli stati in cui è consentito l'utilizzo di marijuana medica. I ricercatori hanno rilevato dopo le liberalizzazioni un calo delle morti sulla strada dell'8,7%. L'approvazione di norme che consentono il ricorso alla sostanza stupefacente per motivi medici – spiegano gli esperti – tende a far aumentare il numero di adulti che utilizzano la droga. I dati osservati dagli economisti sono quelli forniti dal National Survey. Anderson, Rees ed Hansen hanno notato, ad esempio, un aumento del numero di persone che fumano, in Rhode Island e in Montana, dove la marijuana è stata legalizzata per uso medico di recente, aumento maggiore rispetto a quello notato nelle aree dove la cannabis era stata già legalizzata per uso medico da tempo, come in Vermont. Successivamente gli studiosi hanno osservato le statistiche relative agli incidenti stradali relative al periodo 1990-2009.

Tale calo è stato trainato da una diminuzione del 12% dei decessi in incidenti in cui uno dei conducenti aveva bevuto alcol.

Ciò che stiamo osservando, probabilmente, dicono gli economisti, è che le persone stanno sostituendo alcol con erba. Mentre bere rende in modo inequivocabile le persone dei guidatori più pericolosi, gli studi di laboratorio su come marijuana influisce la guida sono più ambigui. Da un lato, fumare altera le funzioni come il tempo di reazione, ma dall'altro, le persone sotto effetto di cannabis guidano più lentamente, ed evitano manovre rischiose.

Test sul fumare marijuana e guidare sono stati effettuati inoltre in vari paesi: Canada, Australia, Olanda, Stati Uniti, e Il Regno Unito. In Olanda all'Istituto per la ricerca sulla sicurezza stradale http://ec.europa.eu/transport/wcm/road_safety/erso/safetynet/content/swov_institute_for_road_safety_research_the_netherlands.htm sono arrivati ai seguenti risultati:

guidatori con un tasso di alcol nel sangue pari a 0.5%-0.8% avevano incidenti in misura 5 volte maggiore rispetto agli altri, quelli con tasso superiore invece arrivavano a 15 volte. I fumatori di cannabis invece alla guida non mostravano incremento di rischio, a dosaggi bassi o medi.

Combinando tutti i risultati principali degli studi degli ultimi 20 anni, emergono le 10 seguenti ragioni per cui i "marijuana drivers" sono risultati più sicuri dei guidatori sotto effetto di alcolici: <http://www.4autoinsurancequote.com/uncategorized/reasons-why-marijuana-users-are-safe-drivers/>

1) Secondo uno studio americano del 1983 dell' NHTSA chi usa marijuana guida più piano rispetto a un ubriaco.

2) I consumatori di cannabis non hanno nessun problema a guidare dritti nella propria corsi di marcia, secondo uno studio olandese datato 1993, ad opera dell'NHTSA. Lo studio inoltre aggiunge che l'uso di marijuana produce effetti limitati nei confronti delle capacità generali di guida.

3) Uno studio australiano dell'università di Adelaide afferma che guidare sotto l'effetto della cannabis comporta una minore propensione ad effettuare sorpassi, ed una maggiore attenzione a mantenere una velocità costante. Non vengono rilevati rischi, a meno che non si associ l'uso di cannabis con l'uso di alcol.

4) I consumatori di cannabis generalmente tendono ad avere una guida meno spericolata, secondo uno studio inglese dell' UK Transport Research Lab.

5) Gli stati che permettono l'uso della marijuana stanno notando un minor numero di mortalità a seguito di incidenti stradali; per esempio, in Colorado e Montana c'è stata una diminuzione del 9% di morti su strada e una contemporanea diminuzione del 5% della vendita di birra. La conclusione fu che l'uso di cannabis in effetti salva vite. La marijuana medica è permessa in 16 Stati negli Usa.

6) Piccole dosi di marijuana nel sistema di una persona hanno pochi effetti sull'abilità di guida (Canada, 2002)

7) Meno incidenti perché i fumatori di Marijuana anzitutto evitano di mettersi alla guida e preferiscono stare a casa; a questa conclusione sono arrivati molti test.

8) i fumatori di marijuana sono più sobri alla guida; anzi, negli stati dove la marijuana medica è legale, questi guidatori sono addirittura più sicuri e più cauti alla guida di molti altri guidatori sulle

strade (studio in Colorado e Montana, stati dove il numero di incidenti mortali è sceso del 9%)

9) diversi studi dimostrano come l'uso di cannabis porti ad essere più calmi e ad avere più attenzione e consapevolezza rispetto alle proprie reali abilità di guida, risultando quindi in un rischio inferiore a quello di un consumatore di alcol.

10) Svitati test mostrano come i fumatori di cannabis rispettino maggiormente le distanze di sicurezza, risultando quindi in una minore probabilità di creare incidenti.

Ogni test pare arrivare alle stesse conclusioni, in ognuno dei Paesi in cui sono stati eseguiti.

"In generale, la qualità degli studi che hanno valutato il rischio varia notevolmente. C'è una tendenza, per gli effetti stimati del consumo di droga sul rischio di incidenti, ad essere inferiore in studi ben controllati, rispetto agli studi scarsamente controllati."

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22785089>

f. L'uso di queste sostanze, ancor di più se prolungato o vicino o addirittura durante l'attività lavorativa, può essere causa di aumentato rischio di infortuni per il lavoratore e per persone terze soprattutto in attività come la guida di autoveicoli su strada o in azienda, o in mansioni che richiedono attenzione e adeguati tempi di ricezione. (8)

vale quanto riportato a commento del punto e, mentre per quanto riguarda gli infortuni, l'incidenza della cannabis potrebbe essere pressoché nulla rispetto all'alcol, come riportato da studi sull'accesso ai pronto soccorso ospedalieri per ferite da infortunio (*)

g. L'uso di queste sostanze inoltre può facilitare la comparsa di comportamenti antisociali e criminali. (9)

qui l'intervento del Dott. Serpelloni è stato ben più drastico, addirittura inqualificabile per un esponente delle istituzioni, assolutamente censurabile dal punto di vista della deontologia scientifica. Siamo esterrefatti e increduli che 18 personalità del calibro dei co-firmatari, abbiano potuto prestarsi ad una simile operazione. Infatti, il nostro **omette del tutto** le conclusioni dell'unico studio citato a supporto della sua grave affermazione, e **le riscrive ex-novo lui stesso in senso esattamente opposto**, secondo il proprio gradimento. Pratica gravissima. Del resto come avrebbe potuto il dott. Serpelloni citare compiutamente quello studio norvegese (Pedersen W, Skardhamar T.), che dice esattamente il contrario di quello che lui da anni sostiene? (i consumatori di cannabis sono risultati criminali, ma solo perché la cannabis è illegale ed usarla e detenerla è un crimine).

Dall'abstract:

RISULTATI: Abbiamo trovato robuste associazioni tra consumo di cannabis ed accuse penali registrate in seguito, sia in adolescenza e in età adulta. Queste associazioni sono state adeguate per una serie di fattori confondenti. In modelli separati, abbiamo controllato per le misure di alcool e per l'uso di altre sostanze illegali. Dopo la regolazione, abbiamo ancora trovato una forte associazione tra consumo di cannabis e successivi oneri penali. Tuttavia, al momento di eliminare tutte le accuse specifiche legate alla cannabis da parte dei nostri modelli, non abbiamo più osservata alcuna associazione significativa con l'uso di cannabis.

CONCLUSIONI: Lo studio suggerisce che il consumo di cannabis nell'adolescenza e nella prima età adulta può essere associato con successivo coinvolgimento in attività criminose. Tuttavia, la maggior parte di tale coinvolgimento sembra essere collegata a vari tipi di crimine specifici per la cannabis. Così, l'associazione sembra basarsi sul fatto che l'uso, il possesso e la distribuzione di droghe quali la cannabis è illegale. Lo studio **rafforza la preoccupazione per le leggi riguardanti l'uso, il possesso e la distribuzione di cannabis**

lo studio ideale per il direttore del Dpa, se oltre a citarlo l'avesse anche letto.

h. Studi approfonditi molto recenti hanno evidenziato un rischio di cancro del polmone associato al fumo di cannabis venti volte superiore oltre alla presenza di altre importanti patologie respiratorie. (10)

Rife. : British lung Fundation, Report "The impact of cannabis on our lungs" June 6th, 2012, che pretende di essere "la più esaustiva revisione dei dati di ricerca mai compilata sul tema". Della serie: una mano lava l'altra, e tutte e due insieme lavano il viso.

intanto l'articolo originale, che è appunto una revisione di studi precedenti e non una nuova ricerca, dice che uno spinello aumenta il rischio di cancro come venti sigarette, e non è una differenza da poco con quanto equivocato dal Dott. Serpelloni. Poi il report stesso ha trovato "le evidenze essere non conclusive, sui legami tra fumare cannabis e malattie polmonari come il COPD", ed ha chiesto ulteriore ricerca. La relazione chiede più ricerca in quasi ogni occasione, un'ambizione comune per tali istituzioni, e la cannabis è probabilmente la sostanza più intensamente oggetto di ricerca di sempre, per l'uso medicinale e per quello ricreativo.

Inoltre sin dalla sua presentazione, in TV, questo Report della British Lung Foundation (che sottolineiamo è un'associazione, non una società scientifica) è stato immediatamente criticato in UK per essere un "mix pericolosamente irresponsabile di congetture, opinioni estremiste e allarmismo".

(<http://www.clear-uk.org/irresponsible-and-misleading-reefer-madness-from-the-british-lung-foundation/>)

Il rapporto BLF contiene una serie di evidenti inesattezze ed omissioni. In 14 rade paginette patinate piene di foto di spinelli ed immagini varie, si avventura anche in zone che nulla hanno a che fare con i polmoni alimentando la storia terrificante sulla cannabis e le psicosi, e citando storie e aneddoti altamente fuorvianti e fuori di un contesto di evidenza, su malattie cardiovascolari e incidenti automobilistici.

Non a caso, la parte 4 del rapporto specifica: "Data la natura della cannabis di creare dipendenza, più ricerca è necessaria su come si può al meglio aiutare le persone a smettere".

Il pregiudizio e le prevenzioni che sono alla base della relazione BLF culminano in una dismissione del valore terapeutico della cannabis, che non si basa su alcuna prova scientifica. Invece, si cerca di addurre come prova un'udienza di una Corte di Appello inglese del 2005, e un parere della British Medical Association che invita a "ulteriori ricerche".

*E' stato chiesto al rappresentante della BLF, di citare la ricerca che ha sostenuto l'affermazione che uno spinello aumenta il rischio di cancro come venti sigarette. Quando non lo ha fatto, **la BLF è stata accusata di "mettere in circolazione informazioni false" per "catturare i titoli di stampa"**. La giornalista Keelan Balderson ha accusato la BLF di "spacciare un mito sfatato da tempo", sostenendo che non era il primo incidente simile, citando un'affermazione precedente della BLF che "3 spinelli sono pari a 20 sigarette", tratto da un rapporto pubblicato nel 2002.*

E' stato fatto notare che non vi era "alcun fondamento scientifico al claim", citando un precedente studio su 2200 persone, pubblicato nel Cancer Epidemiological Biomarkers and Prevention (riferimento anche nella relazione BLF) che aveva trovato "che l'associazione di questi tumori con la marijuana, anche a lungo termine o nel caso di uso pesante, non è forte e può essere al di sotto dei limiti rilevabili nella pratica".

Il report BLF citato dal Dpa si basa principalmente su di un precedente studio neozelandese del 2008, che osservava un campione di meno di 80 malati, mentre uno dei più grandi studi di casi controllati mai effettuato, presentato dal Dr Donald Tashkin della UCLA nel 2006 alla American Thoracic Society International Conference e che esaminava 2252 casi tra malati e gruppo di controllo, non viene menzionato, né dalla BLF nè dal Dpa.. Incredibile, dal momento che il report della BLF cita in gran numero i lavori del Dr. Tashkin, tranne proprio quello, lo studio più significativo di tutti. Forse perché mostrava come anche consumatori pesanti e di lungo termine 'di marijuana', non appaiono più a rischio di sviluppare cancro ai polmoni rispetto a quelli che hanno fumato meno cannabis, o non ne hanno fumata per nulla. Tashkin si sarebbe aspettato che la cannabis avesse effetti sui polmoni più seri del tabacco, dato che si era già scoperto che il fumo di cannabis conteneva il 50% in più di carcinogeni, e più del quadruplo di catrame. E' rimasto quindi sorpreso, quando ha scoperto che quelli che fumano cannabis da sola sviluppano meno tumori e meno COPD rispetto a chi non fuma per nulla, e che quelli che fumano cannabis mescolata al tabacco hanno risultati migliori rispetto a chi fuma solamente tabacco. Conclude quindi che la cannabis fornisce qualche tipo di effetto protettivo contro i danni ai polmoni, in particolare gli effetti carcinogeni del fumo di tabacco.

<http://www.sciencedaily.com/releases/2006/05/060526083353.htm>.

American Thoracic Society (2006, May 26). Study Finds No Link Between Marijuana Use And Lung Cancer.

Lo studio infatti ha scoperto che l'80% dei pazienti con tumore ai polmoni ed il 70% di quelli con tumore alla testa ed al collo aveva fumato tabacco, contro solo la metà circa dei pazienti per entrambi i tipi di cancro che avevano fumato cannabis. C'era una chiara associazione tra fumare tabacco ed il cancro, lo studio ha trovato un aumento di 20 volte del rischio di sviluppare cancro ai polmoni, in persone che avevano fumato 2 o più pacchetti di sigarette al giorno. Più tabacco una persona aveva fumato, maggiore era il rischio di sviluppare sia tumori al polmone, sia alla testa ed al collo, scoperte che erano in linea con molti studi precedenti.

Una possibile spiegazione per le nuove scoperte, aveva detto Tashkin, è che il THC possa incoraggiare le vecchie cellule a morire prima, ed essere quindi meno soggette a trasformazione in cellule cancerose. Anche in Europa oggi, si legge apertamente in sempre più ricerche di "apoptosi delle cellule malate, senza intaccare quelle sane" per alcuni tumori cerebrali, come il glioma, e di de-vascolarizzazione delle metastasi, cioè l'interruzione dell'alimentazione del tumore.

Inoltre sono stati analizzati i dati sulle sostanze carcinogene inalate, utilizzando vaporizzatori per l'assunzione medicinale della cannabis (ovviamente non mischiata a tabacco), verificando che è prossima a zero la quantità di sostanze tossiche, contenute nel fumo derivato dalla combustione. La campagna inglese 'TokePure' è basata proprio sulla considerazione che la cosa più pericolosa della cannabis sia il fumarla con il tabacco. Questo è un fatto scientifico che sembra essere completamente sfuggito alla BLF, hanno commentato in UK.

C'è poi un altro autorevole studio Usa del 2012, con 5016 partecipanti seguiti per 20 anni, giunto alle medesime conclusioni in tema di effetto protettivo della cannabis sui polmoni:

Association Between Marijuana Exposure and Pulmonary Function Over 20 Years

Mark J. Pletcher, MD, MPH; Eric Vittinghoff, PhD; Ravi Kalhan, MD, MS; Joshua Richman, MD, PhD; Monika Safford, MD; Stephen Sidney, MD, MPH; Feng Lin, MS; Stefan Kertesz, MD

Author Affiliations: Department of Epidemiology and Biostatistics (Drs Pletcher and Vittinghoff and Mr Lin) and Division of General Internal Medicine, Department of Medicine (Dr Pletcher), University of California, San Francisco; Asthma-COPD Program, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois (Dr Kalhan); Department of Surgery (Dr Richman) and Division of Preventive Medicine (Drs Safford and Kertesz), University of Alabama at Birmingham; Center for Surgical, Medical and Acute Care Research and Transitions, Veterans Affairs Medical Center, Birmingham (Drs Richman and Kertesz); and Division of Research, Kaiser Permanente of Northern California, Oakland (Dr Sidney).

JAMA. 2012;307(2):173-181. doi:10.1001/jama.2011.1961

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104848>

“In questi 20 anni di studio su marijuana e funzione polmonare, abbiamo confermato le attese riduzioni dei valori FEV1 e FVC dal consumo di tabacco. Al contrario, l'uso di marijuana è stato associato con un maggiore FEV1 e FVC, ai bassi livelli di esposizione tipico per la maggior parte degli utilizzatori di marijuana. Abbiamo trovato una forte evidenza statistica che le associazioni tra l'uso di marijuana e la funzione polmonare sono stati non lineari. A bassi livelli di esposizione, all'aumento del consumo di marijuana è stato associato un forte aumento sia in FEV1 (13 mL / joint-anno superiore [95% CI, 6,4 a 20], P <.001) che FVC (20 mL / joint-anni superiore [95% CI, da 12 a 27], P <.001), ma a livelli più alti di esposizione, la curva si è livellata o addirittura volta verso il basso.

Questo studio ha indagato l'esposizione respiratoria alla marijuana, e non l'esposizione per ingestione. I recenti aumenti della potenza della marijuana è improbabile che abbiano influenzato le nostre stime, perché non abbiamo rilevato un'interazione tra la marijuana e la funzione polmonare nel periodo di tempo dello studio.”

Del resto l'effetto antitumorale del THC è stato scoperto non oggi ma da oltre 35 anni...

J Natl Cancer Inst. 1975 Sep;55(3):597-602.

Antineoplastic activity of cannabinoids.

Munson AE, Harris LS, Friedman MA, Dewey WL, Carchman RA.

i. La pericolosità di queste sostanze è attualmente molto sottovalutata in relazione anche alla funzione "gateway" e cioè di sensibilizzazione cerebrale, che possono produrre rendendo più vulnerabile e disponibile l'individuo ad utilizzare successivamente sostanze stupefacenti quali l'eroina o la cocaina. (11)

Eroina e cocaina sono droghe "diverse" dalla cannabis, non "più forti", come sembrerebbe invece sostenere questa affermazione priva di senso e fondata su vecchi luoghi comuni, tant'è vero che in occidente l'aumento esponenziale del consumo di cannabis di questi ultimi decenni non ha causato alcun incremento nel numero di tossicodipendenti, anzi dove l'uso è tollerato, come in Olanda, il numero di TD è addirittura sceso (le analisi presumono sia un effetto della netta separazione dei canali di approvvigionamento per la cannabis). Dovremmo già avere milioni di TD in Italia e decine di milioni Europa, se fosse vero quanto sostenuto. Inoltre l'utilizzo di sostanze psicoattive inizia quasi sempre per gli adolescenti con tabacco ed alcol. E' una speculazione tutta da dimostrare, che la cannabis renda "più vulnerabile e più disponibile..." a causa di una "sensibilizzazione cerebrale".

< La teoria del passaggio (gateway drug theory in inglese) è la teoria che l'uso di "droghe leggere" possa portare ad un rischio futuro di passare a droghe pesanti più pericolosi e/o alla criminalità.[1] Essa si è spesso attribuita all'uso di diverse sostanze, tra le quali tabacco[2], alcool[3], e cannabis. La teoria nacque negli Stati Uniti, negli anni in cui il Federal Bureau of Narcotics promosse una campagna pubblicitaria a favore della promulgazione di un proibizionismo della cannabis. Essa tuttavia non poggia su alcuna base scientifica[4][5][6][7] né è mai stata scoperta alcuna proprietà intrinseca della Cannabis che possa metterne in relazione il consumo con quello di sostanze di altra natura, oppiacea o altro.[8][9][10]

http://it.wikipedia.org/wiki/Teoria_del_passaggio >

"I prodotti della canapa, non sono il primo passo verso le droghe pesanti." Su questa affermazione, ormai condivisa da tutta la comunità scientifica, ora finalmente c'è anche il timbro di una ricerca italiana (Luglio 2012), effettuata dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università di Roma Tor Vergata. La ricerca indipendente dai fini della politica non si è ancora del tutto estinta, in Italia.

I risultati a cui giungono i ricercatori non lasciano adito a dubbi: «Il consumo di cannabis di per sé non influenza la probabilità di passaggio all'eroina o alla cocaina». Di più: alle droghe pesanti ci si arriva per altre strade. A far aumentare le probabilità di passaggio sono «i fattori sociali». Lo studio spiega anche che «l'indagine sul passaggio fra i consumatori da una sostanza all'altra è stata svolta su un campione "distorto": nel senso che sono stati presi in esame mille persone tossicodipendenti detenute nelle carceri italiane (300 dipendenti da eroina, 800 da cocaina). Applicando il risultato del campione all'intera società italiana il legame tra le sostanze risulta ancora più debole», osserva Giovanni Trovato, professore associato di Economia. «La probabilità di passaggio dalla cannabis all'eroina diminuisce con l'avanzare dell'età, e sul consumo di eroina influiscono di più le condizioni sociali, come il tasso di disoccupazione, e quello di scolarizzazione».

http://www.globalist.it/Detail_News_Display?ID=31157&typeb=0&Cannabis-ed-eroina-due-mondi-opposti-Lo-dice-la-scienza

j. L'uso continuativo di cannabis può dare dipendenza e può indurre un grande potenziale d'abuso ed evolutivo verso dipendenze da eroina e cocaina in persone vulnerabili. (12)

Sulla ormai screditata funzione "gateway" riportata nei punti i e j non sprecheremo troppe parole, il "grande potenziale di abuso ed evolutivo verso..." è anche questo tutto da dimostrare. Che poi il Dott. Serpelloni, oltre ad uno studio francese del "Paris Sud innovation group in adolescent mental health", a sostegno della sua tesi citi il libro del 2011 "Cannabis e Danni alla Salute", scritto da... se stesso, è veramente il massimo.

Numerosi studi clinici fatti sulla pratica di fumare marijuana o cannabis non hanno riscontrato che questa conduca ad alcun tipo di dipendenza, né che sia una sostanza di passaggio per droghe più pesanti, come cocaina o morfina. Ma anzi, già secondo uno dei primi (e più celebri) studi sull'argomento, il Rapporto La Guardia del 1944, fumare marijuana aiuterebbe ad uscire dalla dipendenza da queste sostanze.

Conclusioni: Dopo più di cinque anni di ricerche i membri del comitato di studio redassero un catalogo di 13 punti salienti con le conclusioni alle quali erano giunti. Tralasciando quelle a carattere sociologico e inerenti alle statistiche del consumo in zone particolari di New York, si stabilì che

(punti 7, 8 e 9):

- La pratica di fumare la marijuana non conduce alla dipendenza, nel senso medico del termine.
 - La vendita e la distribuzione di marijuana non è sotto il controllo di nessun singolo gruppo organizzato. (era il 1944, ancora agli albori del proibizionismo...)
 - L'uso di marijuana non conduce alla dipendenza da morfina o eroina o cocaina e nessuno sforzo è fatto per creare un mercato per questi narcotici, stimolando la pratica di fumare marijuana.
- <http://www.druglibrary.net/schaffer/Library/studies/lag/conc1.htm>

Già dai tempi del Rapporto La Guardia dunque, la Teoria del passaggio sarebbe priva di fondamento.

Pubblicato nel 1944, certamente il rapporto dovette contrariare Harry Anslinger, l'inventore della proibizione della canapa (anche quella ad uso tessile ed industriale, perdurante tuttora negli Usa), che lo bollò come non scientifico. Il rapporto evidenziò persino come il fumo di marijuana non solo non fosse causa di alcuna dipendenza o violenza ma potesse essere addirittura usato come farmaco efficace per combattere la dipendenza da alcool o eroina[4]. Harry Anslinger denunciò il sindaco di NY Fiorello La Guardia, la New York Academy of Medicine ed i medici che per anni avevano lavorato alle ricerche, dichiarando che non si sarebbero dovuti più condurre esperimenti o studi sulla marijuana senza un suo personale permesso. Egli fece così interrompere, fra il 1944 e il 1945, ogni ricerca in corso sui derivati della Cannabis, e secondo alcuni incaricò personalmente l'American Medical Association[5] di prepararne una che rispecchiasse le posizioni governative.[6][7]. Nel 1939 infatti circa 3.000 membri dell'Associazione erano stati arrestati dagli agenti del Federal Bureau of Narcotics di Anslinger, incaricati di perseguire i dottori che prescrivevano narcotici per quelli che egli giudicava scopi illeciti: alla fine del 1939 la American Medical Association stipulò un accordo con Anslinger, cosicché nel corso dei dieci anni successivi, dal 1939 al 1949, solo tre medici furono accusati per utilizzo di droghe illecite.

Lo studio condotto dalla A.M.A. tra il 1944 e il 1945 su richiesta personale di Anslinger, avendo come obiettivo quello di smentire quanto dichiarato nel Rapporto La Guardia, fece nuovamente leva su commenti di tipo razzista, con asserzioni che "del gruppo sperimentale, trentaquattro uomini erano negri, e uno solo era bianco" o ancora, che "quelli che fumavano marijuana divenivano irrispettosi dei soldati bianchi e degli ufficiali durante la segregazione militare"[8][9].

Soltanto nel 1972 la stessa fonte istituzionale che aveva diffusa la serie di voci scientificamente infondate riguardo ai pericoli della Cannabis ammise che "quei racconti erano ampiamente falsi" e che "esaminando accuratamente la documentazione, non si trova conferma dell'esistenza di una relazione causale tra l'uso di marijuana e l'eventuale uso di eroina"[10]. Si dichiarò dunque che il bando sulla Cannabis era stato attuato e tuttora sussisteva "senza che nessuna ricerca seria e completa fosse stata condotta sugli effetti della marijuana".[10]

k. L'uso precoce e prolungato inoltre produce fenomeni di neuroplasticità con alterazione dello sviluppo micro strutturale della sostanza grigia e della sostanza bianca cerebrale con associata alterazione funzionale dei recettori cerebrali del sistema endocannabinoide. (13)

siamo alle comiche. Lo studio citato a supporto di cotanta affermazione, in realtà si occupa di tutt'altro. E' basato sulle dichiarazioni (assessments) di soli 12 utilizzatori di canapa dopo 5 giorni di uso come d'abitudine seguito da 45 giorni d'astinenza totale dalla sostanza, solo che non ricerca affatto "fenomeni di neuroplasticità ed alterazione dei recettori cerebrali", bensì le possibili crisi di astinenza, comprendenti secondo gli autori aggressività, rabbia, ansia, diminuzione dell'appetito, riduzione del peso corporeo, irritabilità, irrequietezza, tremore, disturbi del sonno e mal di stomaco. Dall'abstract: "L'insorgenza di solito si è verificata dopo 1-3 giorni, gli effetti di punta dopo 2-6 giorni, e la maggior parte degli effetti è durato 4-14 giorni. Decorso, entità e tempi di questi effetti sembrano paragonabili a tabacco ed altre sindromi di astinenza."

Vi sono piuttosto lavori più seri e certamente più pertinenti, i quali dimostrano che i cannabinoidi promuovono effettivamente fenomeni di neuroplasticità, ma nel senso di neurogenesi:

Volume 115, Issue 11 (November 1, 2005)

J Clin Invest. 2005;115(11):3104–3116. doi:10.1172/JCI25509.

Wen Jiang^{1,2}, Yun Zhang¹, Lan Xiao¹, Jamie Van Cleemput¹, Shao-Ping Ji¹, Guang Bai³ and Xia Zhang¹

“Cannabinoids promote embryonic and adult hippocampus neurogenesis and produce anxiolytic- and antidepressant-like effects” <http://www.jci.org/articles/view/25509>

e

<http://faculty.psy.ohio-state.edu/wenk/documents/MolecPsych142009.pdf>

<http://www.osu.edu/news/newsitem2227>

http://en.wikipedia.org/wiki/Neurogenesis#Effects_of_Marijuana

I. L'uso di queste sostanze è incompatibile con la guida e lo svolgimento di mansioni lavorative a rischio per terzi. (14)

forse si sono dimenticati di averlo già scritto ai punti sia e che f, ed anche in altri...

3. USO MEDICO DEI FARMACI A BASE DI THC

a. I farmaci a base di THC presentano un rischio di abuso soprattutto tra gli adolescenti. (15)

teniamo nella dovuta considerazione il semplice fatto che conseguenze letali sarebbero impossibili con farmaci a base di cannabinoidi, a differenza della maggior parte dei farmaci a rischio di abuso da parte di adolescenti,

Lo studio del Colorado citato, ha per oggetto (dall'abstract): "valutare la prevalenza e la frequenza della diversione della marijuana medica e l'uso fra gli adolescenti in terapia per abuso di sostanze, ed identificare i fattori connessi al loro uso di marijuana medica.", e la conclusione è la richiesta di inasprire le leggi: "Questi risultati avvalorano la necessità di cambiamenti politici, che proteggano contro la diversione di marijuana medica".

Sarà un caso questo recentissimo studio "politico", dato che il Colorado è attualmente sotto i riflettori perché sarà quest'anno chiamato, insieme agli stati di Oregon e Washington, a votare per legalizzare l'uso di marijuana da parte di adulti responsabili, dopo che anni fa un analogo pronunciamento popolare era stato annullato dopo vigorosi ricorsi alle Corti giudiziarie, per una disputa sul numero dei voti validi? E che essendo accoppiata questa nuova iniziativa di riforma con le elezioni presidenziali Usa, si sta scrivendo la storia e gli interessi in campo sono enormi?

Al contrario, recenti studi come quello qui sotto riportato osservano come le leggi per la legalizzazione della marijuana medica non hanno causato alcun aumento nell'uso della marijuana da parte dei teen-agers, negli Stati dove sono in vigore.

Lamoureux, Shannon. 2011. "State Medical Marijuana Laws Have Not Increased Teen Marijuana Use." Colorado Dispensary Services, 3 July.

<http://www.cdscenters.com/blog/2011/07/03/state-medical-marijuana-laws-have-not-increased-teen-marijuana-use/>.

b. L'esistenza di farmaci a base di THC e il loro impiego in medicina non può giustificare minimamente l'uso voluttuario a scopi edonistici e non medici della Cannabis e dei suoi derivati, messi in commercio dalle organizzazioni criminali o autoprodotta mediante la coltivazione illegale.

c. La via inalatoria garantisce il miglior assorbimento del THC, ma non è in grado di assicurarne un dosaggio prevedibile e riproducibile nel sangue. Infatti, i livelli ematici conseguibili, variano ampiamente a seconda del contenuto di THC della preparazione, della presenza o meno di tabacco, della profondità e durata delle inspirazioni e del tempo di permanenza del fumo nei polmoni.

E' corretto scrivere che la via inalatoria garantisca il miglior assorbimento di THC e degli altri cannabinoidi, esistono poi fior di studi clinici controllati che hanno utilizzato anche la cannabis fumata, in maniera assolutamente scientifica. Esiste peraltro una possibile variabilità della

concentrazione nel sangue anche nel caso di assunzione per via orale, dovuta al first-pass epatico e ad altri fattori contingenti. Comunque sia nessun farmaco è miscelato con il tabacco, infatti nessun medico prescrive di fumare spinelli. Si possono al contrario inalare i vapori ottenuti con il riscaldamento della Cannabis mediante apposito vaporizzatore, senza combustione ed evitando così la formazione delle sostanze tossiche. Inoltre, questa modalità di assunzione, ad effetto pressoché immediato, consente un autodosaggio ottimale da parte del paziente, consentendogli di interrompere l'inalazione al raggiungimento degli effetti terapeutici desiderati.

d. E' auspicabile, al pari di tante altre ricerche scientifiche, che anche per queste sostanze si sviluppino studi indipendenti e rigorosi sulle reali potenzialità, campi di applicazione (16) e i rischi derivanti dall'applicazione in ambito medico.

Quindi per il Dott. Serpelloni fino ad ora gli studi sono stati fatti da organismi non indipendenti. Eppure i farmaci a base di cannabinoidi sono stati approvati dalla FDA americana e dalle Agenzie equivalenti in UK, Germania, Svizzera, Spagna, Olanda e molti altri Paesi d'Europa. Si insinua forse che questi enti hanno valutato con superficialità gli studi, o che sono interessati al traffico di droghe illegali?

Altro studio australiano quello proposto dal Dott. Serpelloni, che però non si è affatto interessato a "potenzialità, campi di applicazione, e rischi in ambito medico", bensì incredibilmente a "Effetti negativi sulla salute dell'uso non-medico della cannabis". I nostri complimenti, non ci stupiamo più di nulla.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19837255>

Adverse health effects of non-medical cannabis use.

Hall W, Degenhardt L. w.hall@sph.uq.edu.au

School of Population Health, University of Queensland, Herston, QLD, Australia.

e. I farmaci a base di THC sono disponibili anche nel nostro Paese e il loro impiego è disciplinato da specifiche leggi che ne regolamentano giustamente il campo di applicazione clinica, la prescrizione e l'uso esclusivamente per finalità mediche.

Se "sono disponibili" significasse la possibilità del malato di andare presso un ospedale e trovare il farmaco disponibile sarebbe corretto, ma in quasi tutte le Asl il tempo eventualmente richiesto sono mesi, e quasi sempre sono non disponibili a priori, nonostante la legge ne preveda la reperibilità.

*Sulla prescrizione ed uso medico dei farmaci siamo tutti d'accordo, ma **potrebbe cortesemente indicarci QUALI SONO queste "specifiche leggi che ne regolamentano il campo di applicazione", Dott. Serpelloni?***

f. Va sottolineato però che questi farmaci trovano corretta applicazione solo sulla base di una precisa diagnosi e prescrizione medica specialistica.

*In altre parole, secondo il Dpa un medico generico non è in grado di diagnosticare la nausea da chemioterapia e la sindrome debilitante di un malato di AIDS, o lo stato di sofferenza di un malato di glaucoma o epilessia o di Sclerosi multipla; tutte patologie per cui vi è evidenza di efficacia per i farmaci a base di cannabinoidi. Oltretutto **non vi è alcuna disposizione normativa, riguardo la necessità che siano esclusivamente medici specialisti ad effettuare le prescrizioni.** Al contrario già anni addietro, una interrogazione parlamentare in proposito aveva ottenuto dal ministero della Sanità la risposta "bastano i medici generici" a smentita di tale voce senza fondamento, che purtroppo circola ancora, diffusa anche da chi si trova a rivestire ruoli di primo piano e teoricamente dovrebbe contribuire a chiarire questi aspetti normativi.*

*Dott. Serpelloni, potrebbe cortesemente rivelarci anche **a QUALE LEGGE O DECRETO si riferisce, che limiterebbero queste prescrizioni ai medici specialisti?***

g. Non è opportuno né terapeuticamente conveniente, lasciare l'utilizzo di questi principi attivi alla sola decisione e autosomministrazione non prescritta del paziente poiché, proprio per le caratteristiche psicoattive di queste sostanze, potrebbero essere abusati o utilizzati impropriamente. Dato il rischio abuso

e utilizzo improprio di questi principi attivi è invece opportuno che venga attentamente verificato che le dosi corrispondano a quanto prescritto dal medico in tutte quelle condizioni in cui sia prevista dalla legge l'autosomministrazione domiciliare da parte del paziente.

1. l'autosomministrazione domiciliare, per i cannabinoidi è prevista in TUTTE le condizioni di utilizzo, quale sarebbe la citata previsione di legge che invece, secondo il Dott. Serpelloni, in alcuni casi la limiterebbe?

2. verificato come, Dott. Serpelloni, minaccia di controlli domiciliari a random della polizia? E perché queste verifiche non si fanno per gli oppiacei, inseriti nella più controllata tabella II sezione A degli stupefacenti, e le vorrebbe solo per la cannabis?

h. Tutti i pazienti che potrebbero beneficiare di questi farmaci su giudizio del medico specialista e per le patologie previste ed autorizzate, dovrebbero poterne avere accesso e, sulla base delle singole programmazioni e decisioni regionali (competenti della spesa sanitaria) e della sostenibilità finanziaria, poterne disporre gratuitamente al pari di altri farmaci analoghi.

*Della necessità di prescrizione da parte di medici specialisti abbiamo già detto, ribadiamo anche la richiesta che il nostro ci chiarisca **QUALE LEGGE O DECRETO NAZIONALE STABILISCA LE PATOLOGIE "PREVISTE ED AUTORIZZATE"**. Se mai avvenisse una simile interferenza, al medico verrebbe concesso di curare i suoi pazienti sulla base di "autorizzazioni" dei politici.*

i. I farmaci a base di cannabinoidi sono per lo più farmaci di seconda scelta, di solito proposti come terapia complementare a quella fondata su farmaci di efficacia comprovata in studi clinici controllati e il cui profilo di tollerabilità è ampiamente definito nell'uso corrente.

Non esistono farmaci bollati come di seconda scelta "in linea di principio", al di là ovviamente di ogni pregiudizio politico religioso o ideologico che, secondo la Carta di Vienna, è da tenere rigorosamente fuori dalla porta in quanto estraneo ai principi della ricerca. Prima e seconda scelta non vengono assolutamente fissate dalla politica, per nessun farmaco o protocollo, ma da uno o più 'consensus statements' dei ricercatori che se ne occupano, recepiti poi dall'AIFA, o dalla FDA o chi per esse (NON il Dpa...).

la seconda affermazione farebbe nuovamente dedurre che gli studi clinici effettuati per i farmaci a base di cannabinoidi non siano adeguatamente suffragati da trial clinici, accusa non di poco conto di cui il Capo del Dpa si assume in prima persona tutte la responsabilità.

j. Va tuttavia ricordato che numerosi studi internazionali hanno dimostrato l'alto potenziale di uso improprio di queste prescrizioni e pertanto è necessario instaurare una attenta e scrupolosa sorveglianza clinica oltre che di tracciabilità del farmaco (così come è previsto dal ministero della salute).

vale per gli oppiacei, per altri farmaci molto tossici, ma anche per moltissimi farmaci di uso corrente, il cui uso improprio causa milioni di morti. Ovvio che medici e farmacisti siano chiamati a lavorare con coscienza e scrupolo, nello stesso modo in cui gestiscono l'aspirina, gli antinfiammatori FANS, i sonniferi, gli antibiotici e tutti gli altri farmaci "ad alto potenziale di uso improprio", spesso problematici anche nel caso di "uso proprio", a differenza della cannabis.

Inoltre il protocollo di tracciabilità del farmaco, disponibile sul sito web del Ministero della Salute, riguarda produttori, siti di lavorazione, importatori, farmacie ed ospedali, che c'entra la modalità d'assunzione dei pazienti? Le chiediamo di chiarire anche questo punto, Dott. Serpelloni.

Oltre ad "instaurare una attenta e scrupolosa sorveglianza clinica", propone un controllo invasivo magari domiciliare, per controllare quanto farmaco il malato assume e come lo assume? Esiste forse analoghe prassi anche per i barbiturici e le benzodiazepine inserite nella stessa tabella II sez. B, o per la morfina ed i farmaci oppioidi elencati nella II A?

4. COLTIVAZIONE DOMESTICA E AUTOCURA

- a. Da alcune organizzazioni viene proposto che i pazienti possano coltivare in proprio a livello domestico la cannabis al fine di poter produrre in autonomia il quantitativo necessario per il proprio consumo personale.
- b. Da un punto di vista medico e di corretta gestione terapeutica, una coltivazione domestica di piante di cannabis non potrebbe essere controllata in alcun modo per quanto riguarda le caratteristiche farmacologiche delle piante (quantità e proporzione dei vari principi psicoattivi – non solo del THC – , tenore di delta 9 THC) che verrebbero realmente prodotte ed utilizzate.

è evidente il cortocircuito: infatti è vietata proprio dalla legge in vigore, non solo al paziente ma anche alle strutture sanitarie, ai laboratori ed ai medici, la possibilità di svolgere gli effettuabilissimi test del tenore di THC, come di qualunque altro componente della cannabis, E' questo l'unico motivo dell'impossibilità di conoscere il tenore dei vari cannabinoidi nelle coltivazioni domestiche.

- c. Inoltre la produzione domestica non potrebbe escludere l'uso improprio voluttuario essendo impossibile per altro, controllare il reale dosaggio nell'arco del tempo di sostanza attiva, come invece si può fare con i farmaci.

vero che la produzione domestica non potrebbe escludere del tutto il rischio di "uso improprio voluttuario", sebbene molto limitato nel caso della cannabis autocoltivata in piccole quantità da malati per l'uso terapeutico personale. Del resto l'uso improprio voluttuario è possibile con qualunque altro farmaco in capsule o gocce, del quale è tecnicamente molto più semplice l'abuso, relativamente al discorso del dosaggio assunto.

Consideriamo però che se anche il paziente autocoltivasse la propria pianta, sussiste la già menzionata possibilità di conoscere la reale concentrazione di principi attivi, pratica attualmente vietata dalla legge in vigore, e quindi anche il reale dosaggio assunto nell'arco di tempo. Inoltre il paziente potrebbe essere lo stesso monitorato dal medico, come da tempo ufficialmente avviene p. es. in Canada e California, dato che comunque si parte da una diagnosi medica fatta attraverso esami clinici, ma forse queste argomentazioni sono fuori dalla portata del Dott. Serpelloni.

- d. La coltivazione domestica potrebbe creare un problema rispetto al controllo della dose giornaliera terapeutica assumibile dal paziente per una determinata patologia, in quanto la quantità di sostanza (anche in relazione alla variabilità del principio attivo nelle piante coltivate) che il paziente potrebbe autosomministrarsi, non sarebbe sotto controllo medico ma lasciata ad un'autoproduzione e ad un' "autocura" inaccettabili sotto il punto di vista della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure mediche.

ripetizione del punto precedente. In tema di profilo di sicurezza, va comunque considerato anche che la dose letale (LD) per la cannabis è puramente teorica anche in associazione con altri farmaci e sostanze, 20/40.000 volte il dosaggio terapeuticamente efficace secondo stime derivanti da ricerche sui topi, impossibile quindi da assumere nella forma naturale. Al contrario, la LD per molti farmaci da banco è ben inferiore, ad esempio per la comune Aspirina è di 60/90 volte la dose terapeutica ed una dose inferiore può uccidere un bambino, mentre per farmaci chemioterapici tossici si arriva ad una LD di sole 1,5-2 volte il dosaggio terapeutico.

L'Aspirina tra l'altro è risultata il veleno più comunemente usato dai suicidi, secondo solo al gruppo di sostanze contenute nei sonniferi, mentre il Dott. Serpelloni certamente non ignora che sono centinaia di migliaia ogni anno in occidente, i decessi attribuiti a farmaci di uso corrente e 'da banco', contro gli "zero" decessi causati dalla cannabis.

- e. In caso di reale necessità per la presenza di patologie specifiche, certificate da uno specialista, coloro che potrebbero beneficiare dell'uso di questi farmaci, potranno ricorrere ai prodotti farmaceutici esistenti con tutte le garanzie di sicurezza, efficacia e stabilità del prodotto industriale, evitando quindi di promuovere modelli di "autocura", autoprescrizione e senza alcun controllo sulla qualità e quantità di principio attivo assunto.

Se i pazienti avessero davvero potuto accedere e "ricorrere ai prodotti farmaceutici esistenti con tutte le garanzie di sicurezza, efficacia e stabilità", col supporto del medico curante e dell'ospedale, magari utilizzando un vaporizzatore, allora in molti gravemente malati non sarebbero stati costretti a

coltivarsi la pianta a casa in famiglia, commettendo un reato tuttora considerato molto grave e rischiando conseguenze penali in prima persona, pur di poter alleviare le proprie sofferenze con una terapia che non solo gli studi, ma spesso loro stessi hanno verificato personalmente essere, nel proprio caso, efficace.

Ribadiamo di nuovo l'arbitrarietà e infondatezza a livello normativo delle affermazioni riguardo le "patologie specifiche certificate da uno specialista".

5. RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda quindi alle organizzazioni sanitarie e ai professionisti a vario titolo coinvolti nella messa a disposizione, prescrizione, uso e controllo di questi farmaci:

a. Estrema prudenza ed attenzione nell'utilizzo di questi farmaci anche relativamente al non creare false aspettative di cura o false credenze su analoghi effetti benefici ottenibili anche dall'uso delle "droghe di strada" a base di THC;

Tradotto significa che se tuttora non si utilizzano questi farmaci (benché sia possibile dal 1997!) è stato per assecondare le campagne contro la cannabis "di strada"? Abbiamo capito bene? Possiamo solo far notare che, anche a causa di tale chiusura, la maggior parte dei pazienti hanno scoperto l'efficacia terapeutica dei cannabinoidi proprio partendo dalla cannabis "di strada" ed autocoltivata?

b. Di prescrivere tali farmaci solo ed esclusivamente per usi medici e secondo le modalità previste e regolamentate dalla legge;

questa frase non significa assolutamente nulla di concreto, mostra solo la volontà di intimidire la categoria. E' addirittura offensivo che dei medici raccomandino ad altri medici di prescrivere farmaci per usi medici, e solo con ricetta.

c. Di non incentivare o rendere possibile in alcun modo la coltivazione domestica della cannabis finalizzata all'autocura e all'autosomministrazione di tali sostanze per pazienti, tantomeno per l'uso voluttuario;

riteniamo che questa "raccomandazione", su carta intestata del governo, non sia rivolta a professionisti sanitari, ma ad altri "professionisti a vario titolo coinvolti nel controllo", ed alla politica: di non allentare i divieti.

d. Di porre particolare attenzione ed attivare i necessari controlli sia clinici che di tracciabilità del farmaco (così come previsto dal Ministero della Salute) affinché questi farmaci non vengano abusati o utilizzati in modo improprio o ceduti a terze persone.

"abusati o utilizzati in modo improprio" si presume dai pazienti.

Oltre a quello clinico che altri controlli suggerisce, Dott. Serpelloni?

Il protocollo di tracciabilità del farmaco, disponibile sul sito web del ministero della Salute, riguarda produttori, importatori, farmacie ed ospedali, che c'entra con la modalità d'assunzione dei pazienti?

e. Infine, da un punto di vista medico, si sconsiglia fortemente, al pari di tutte le altre sostanze stupefacenti, qualsiasi assunzione per finalità voluttuarie della cannabis e dei suoi derivati (17).

non è concepibile sia una raccomandazione rivolta a professionisti sanitari, sarebbe troppo.

A chi sono rivolte realmente queste "raccomandazioni"? Sembra quasi un ultimatum a medici, legislatori (specie regionali...), amministratori, pazienti, a tratti anche "linee guida" per politici, magistrati e forze dell'ordine. Forse però è solo un editto valido per tutti, come un monarca che detta le sue ultime volontà. Raccomanda estrema prudenza ed attenzione... "non rendere possibile in alcun modo (tolleranza zero) la coltivazione domestica finalizzata all'autocura e autosomministrazione". Quel "in alcun modo" suona un po' minaccioso, stavolta ce n'è anche per i pazienti, sembra voler minacciare tra le righe l'autore, ed accanto a quel "tanto meno per uso voluttuario" suona ancora più sinistro: sono considerazioni politiche, a chi si sta rivolgendo?

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. UNODC, Cannabis – A short Review, March 2012.
2. Manrique-Garcia E., Zammit S. et al. "Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 5 year of follow-up of a population-based cohort". Psychological Medicine, 2012.
3. Zalesky A., Solowij N., Yu Cel M., Dan, et al. "Effect of long-term cannabis use on axonal fiber connectivity". Brain, June 2012.
4. EMCDDA INSIGHTS - Cannabis production and markers in Europe – Giungo 2012.
5. BMJ Group – "Acute cannabis consumption and motor vehicle", February 2012.
6. Penning R., Veldstra JL., Daamen AP., Olivier B., Verster JC., "Of abuse, driving and traffic safety", Curr Drug Abuse Rev. 2010.
7. Wadsworth E.J.K., Moss S.C., Simpson S.A., Smith A.P., "A community based investigation of the association between cannabis use, injuries and accidents" – journal of Psychopharmacology, 2005.
8. Lhermitte M., Frimat P., Labat L., Haguenoer JM., "Use og illicit substances in the workplace", Ann Pharm Fr. 2012.
9. Pedersen W., Skardhamar T., "Cannabis and crime: finding from a longitudinal study" Addiction 2010.
10. British Lung Foundation "The Impact of cannabis on our lungs", June 2012.
11. Mayet A., Legleye S., Falissard B., Chau N., "Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other drugs among French adolescent: use of a multi-state model".
12. Serpelloni G., Gomma M., Rimondo C. et al. "Cannabis e Danni alla Salute" DPA-PCM, Nov. 2011.
13. Budney A.J., More B.A., Vandrey R.G. "The time Curse and Significance of Cannabis Withdrawal", Journal of Abnormal Psychology 2003.
14. Mark Asbridge, Jill A. Hayden, Jennifer L. Cartwright, "Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of obseravtional studies and metaanalysis", BJM 2012.
15. S. Salomonsen-Sautel, J.T. Sakai et al., "Medical Marijuana Use Among Adolescent in Substance Abuse Treatment", Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, July 2012.
16. Hall W. & Degenhard L., "Adverse Healt effects of non medical cannabis use", Lancet 2009.
17. Hall W., "The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implication for policy?".

.....

"Elementi di chiarezza"? In effetti abbondano, nel breve testo, ma non certo nel senso inteso dal Dpa.. Un documento scientifico dovrebbe essere prima di tutto obiettivo e preciso... Già le "review" (revisioni di studi precedenti) spesso non lo sono, ma questa parodia non è nemmeno l'ombra di una review. E' una frettolosa selezione di pochi articoli, per sostenere tesi molto generiche e preconcelte. Un documento del genere se fosse stato un articolo scientifico non sarebbe stato pubblicato nemmeno su una rivista locale di otorinolaringoiatria veterinaria.

*Parlando di "chiarezza", ribadiamo che il punto cruciale ed inaccettabile, dal punto di vista dei malati, è **la pretesa del Dpa che già oggi esistano leggi e decreti per cui tali farmaci «POSSONO ESSERE PRESCRITTI SOLO DA SPECIALISTI E SOLO PER PATOLOGIE PREVISTE PER DECRETO»**, affermazioni entrambe false (e tendenziose), come molti pazienti e medici ben sanno anche per esperienza personale, in grado però di danneggiare migliaia di malati e confondere ancora di più gli amministratori delle varie Regioni, ed i medici, che come è noto non sono mai stati informati correttamente sulle proprietà curative delle terapie a base di cannabinoidi, sui reali effetti collaterali, né sulle norme correnti che ne permettono l'utilizzo medico.*

