



SECONDA PARTE

MODERATORI:

Dott. GIOVANNI GATTA - Dott. RUGGERO GRAZIOLI

- ore 11.00** *Le proprietà farmacologiche della cannabis terapeutica*
Prof.ssa SANDRA SIGALA
- ore 11.30** *Modalità di prescrizione, forme farmaceutiche e corretto utilizzo*
Dott. PIERO LUSSIGNOLI
- ore 12.00** *L'uso omeopatico della cannabis*
Dott. GIAMPIERO DI GIOVANNI
- ore 12.30** *Casi clinici nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale*
Dott. ALBERTO MAGNI
- ore 13.00** *Discussione e Conclusioni*
- ore 13.30** *Verifica dell'apprendimento dei partecipanti*

Convegno

**USO MEDICO DELLA CANNABIS:
REALTÀ E PROSPETTIVE**

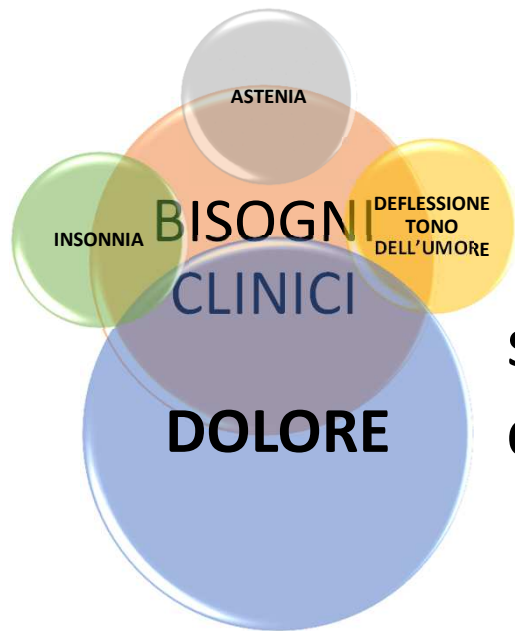
**CASI CLINICI NELL'AMBULATORIO
DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE**

Giancarlo 62 anni

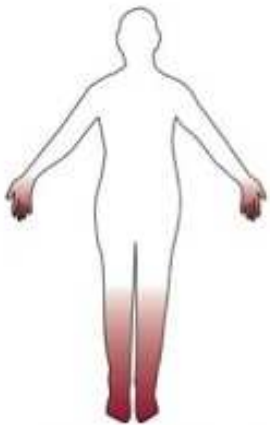


PROBLEMI APERTI

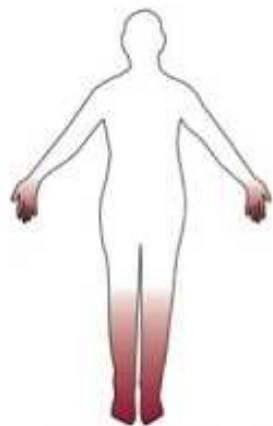
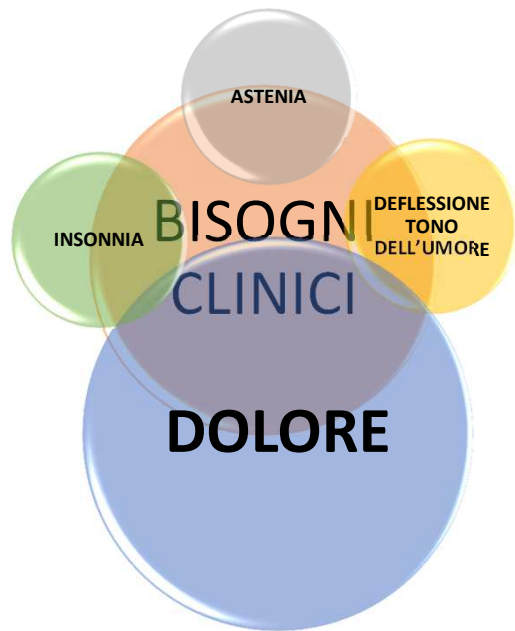
- **2015 → 2017** Recidiva linfonodale addominale e carcinosi peritoneale di adenocarcinoma ulcerato (G3) della giunzione esofago-gastrica
 - ✓ Intervento chirurgico di resezione esofageo-gastrica (ottobre 2015) → esofagogastroplastica T3N3M0
 - ✓ CHEMIOTERAPIA CON FOLFOX (adiuvante)
 - ✓ CHEMIOTERAPIA CON FOLFIRI (malattia metastatica → impianti peritoneali e coinvolgimento di stazioni linfonodali sopra e sottodiaframmatiche)
 - ✓ CHEMIOTERAPIA CON PACLITAXEL E RAMUCIRUMAB
 - ✓ CHEMIOTERAPIA CON CAPECITABINA (SOSPESA)



“Dottore...ho sempre le mani e i piedi come se fossero freddi....a volte come se ci fossero degli spilli..se mi lavo le mani con l’acqua fredda me i sento come bruciare...mi da fastidio persino il lenzuolo sulle gambe la sera e non mi lascia dormire”



**NEUROPATIA PERIFERICA IATROGENA –
PARANEOPLASTICA?**



PAIN

Durata del dolore:
 Da quanto tempo? N° di: Giorni Settimane Mesi Anni Non valutabile
 E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: Sì No
 Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: Sì No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci? Sì No

Tipologia:
 Localizzato: Sì No Irradiato neurologico: Sì No

Frequenza:
 Poche volte (≤ 3) al di alla settimana al mese all'anno continuo
 Più volte (> 3) al di alla settimana al mese all'anno non valutabile

Tipo di dolore: Nocicettivo somatico Meccan.-Strutt. Nocicettivo viscerale Break-Trough Neuropatico

Ipersens. Spinale: Presente Assente

Massima intensità algica:
 Mattino Pomeriggio / Sera Notte Senza Variazioni

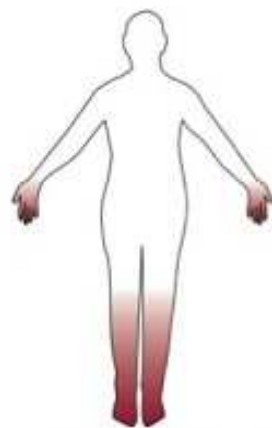
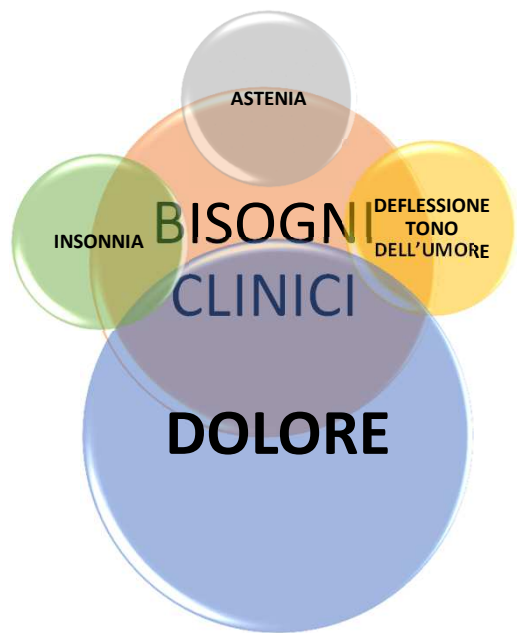
Intensità del dolore:

Tollerabilità: Molto tollerabile Tollerabile Poco tollerabile Insopportabile

Problemi a svolgere le attività quotidiane: Nessuno Pochi Qualche volta Molti Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo: Risolto Deceduto Migliorato Stazionario Peggiorato Non valutabile Trasferito

Chiusura indagine



PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	POSOLOGIA
DULOXETINA	60 MG	1 CP ORE 8
PREGABALIN	75 MG	1CP X 2 ORE 8 - 20
OSSICODONE/PARACETAMOLO	5 MG / 325 MG	1 CP A.B.



Laura, moglie di Giancarlo

...”ieri ho visto un programma in TV dove intervistavano delle persone che hanno dolore cronico come Giancarlo e con l’utilizzo di cannabis sono state meglio...possiamo darla anche a lui?”

Neuropathic pain – pharmacological management

The pharmacological management of
neuropathic pain in adults in
non-specialist settings

Il dolore cronico
in
Medicina Generale



Uptodate®



Ministero della Salute



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI
E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

OGGETTO: trasmissione del documento recante raccomandazioni ai medici prescrittori di *Cannabis FM-2* prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze secondo le normative dell'UE in materia di sostanze attive, certificata GMP secondo le Good manufacturing practices dell'UE.

DGDMF12516 del 22 febbraio 2017



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI
E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

OGGETTO: trasmissione del documento recante raccomandazioni ai medici prescrittori di *Cannabis FM-2* prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze secondo le normative dell'UE in materia di sostanze attive, certificata GMP secondo le Good manufacturing practices dell'UE.

In considerazione delle evidenze scientifiche fino ad ora prodotte, che saranno aggiornate ogni due anni, si può affermare che **l'uso medico della *cannabis* non può essere considerato una terapia propriamente detta, bensì un trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard, quando questi ultimi *non hanno prodotto gli effetti desiderati, o hanno provocato effetti secondari non tollerabili, o necessitano di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali.***

l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace;

Il dolore cronico
in
Medicina Generale



“.....si è certamente di fronte a un dolore neuropatico può essere **necessario inviare il paziente allo specialista per un primo inquadramento diagnostico approfondito**”

Neuropathic pain – pharmacological management

The pharmacological management of
neuropathic pain in adults in
non-specialist settings

Treatments that should not be used

1.1.12 Do not start the following to treat neuropathic pain in non-specialist settings, unless advised by a specialist to do so:

- **cannabis sativa extract**
- capsaicin patch
- lacosamide
- lamotrigine
- levetiracetam
- morphine
- oxcarbazepine
- topiramate
- tramadol (this is referring to long-term use; see recommendation 1.1.10 for short-term use)
- venlafaxine.

Cancer pain management: Adjuvant analgesics (coanalgesics)

Authors: [Russell K Portenoy, MD](#), [Ebtesam Ahmed, PharmD, MS](#), [Yair Y Keilson, MD](#)
Section Editor: [Janet Abraham, MD](#)
Deputy Editor: [Diane MF Savarese, MD](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.
Literature review current through: Oct 2017. | **This topic last updated:** Mar 06, 2017.

there are no controlled studies demonstrating the efficacy of inhaled or ingested marijuana as an adjunct to traditional pain medications for patients with cancer-related pain. On the other hand, there are several published randomized trials demonstrating at least short-term benefit for smoked or vaporized cannabis in patients with neuropathic pain; none of the trials included patients with cancer-related pain.

Neuropathic pain

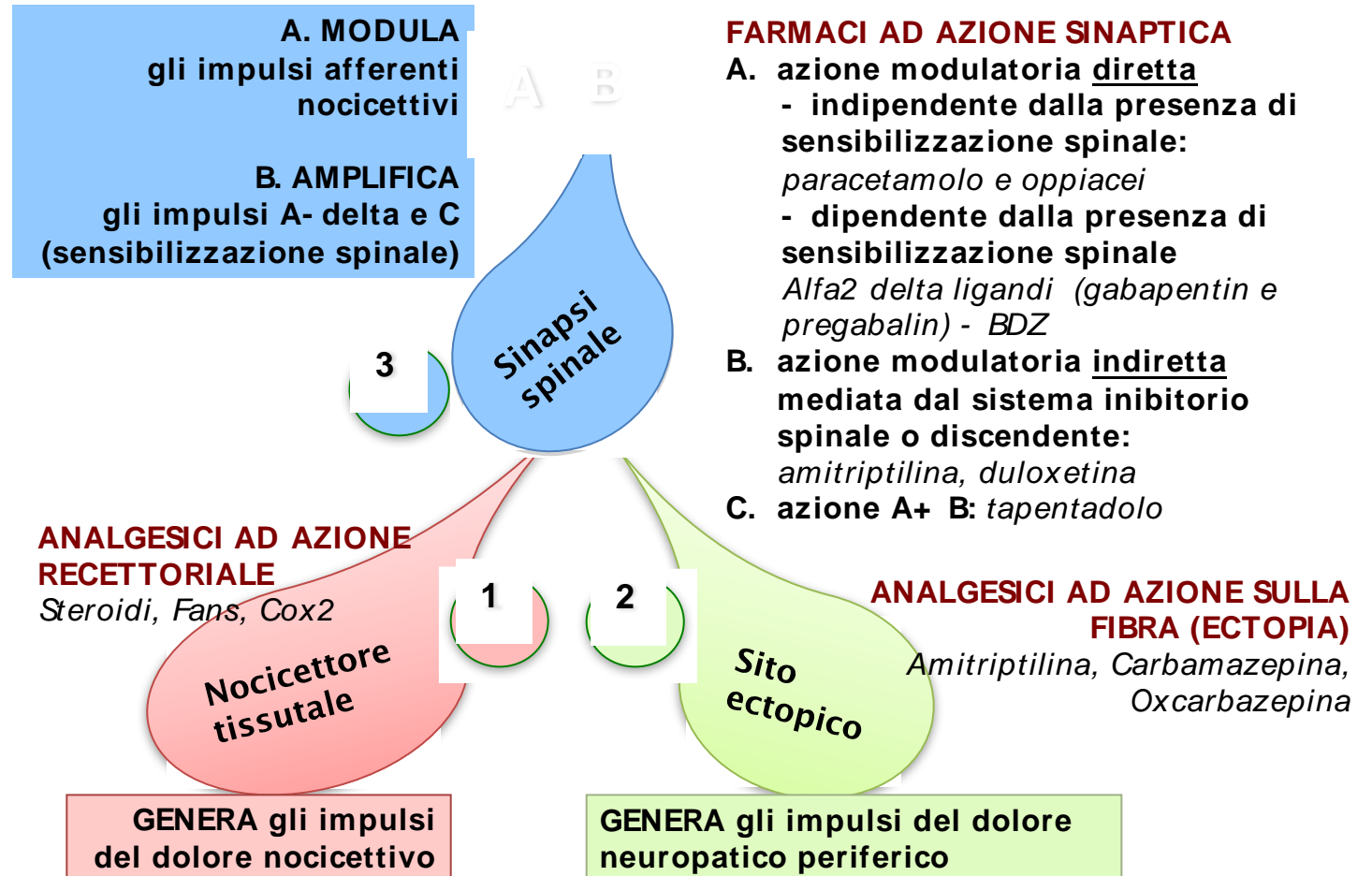
A trial of another anticonvulsant, a cannabinoid, or an alpha-2 adrenergic agonist could be considered in patients with neuropathic pain that is **refractory to opioids and other appropriate adjuvant analgesics**

Analgesici e meccanismi patogenetici

C. Bonezzi, P. Lora Aprile, G. Ventriglia

**SOSPETTO DOLORE
NEUROPATICO
PERIFERICO**

AMITRIPTILINA
(on label)
o **CARBAMAZEPINA**
(off label rimborsati)
o **OXACARBAZ.** *(off label non rimborsata)+ (ev.)*
ALFA2 DELTA LIGANDI
(in label con nota 4)
e/o
DULOXETINA
(in label con nota 4)
o **VENLAFAXINA**
o **CLONAZEPAM**
o **BACLOFENE**
(tutti off label)
+
PARACETAMOLO
e/o **OPPIACEI***
o **TAPENTADOLO***



- ✓ **L'utilizzo di Cannabis Terapeutica può essere un'opzione terapeutica da considerare nel caso clinico in oggetto?**
- ✓ **Può essere considerata tenendo conto che il dolore del paziente deve essere considerato refrattario alla "terapia convenzionale"**
- ✓ **Il paziente ha una "terapia convenzionale" adeguata?**
- ✓ **Il ventaglio di opzioni terapeutiche è ampio e non tutte le alternative terapeutiche sono state impiegate**
- ✓ **E' di competenza del Medico di Medicina Generale iniziare un trattamento con Cannabis Terapeutica nel caso in oggetto?**
- ✓ **Le linee guida NICE indicano come l'inizio di questa terapia debba essere impostata in un setting specialistico**
- ✓ **Qual è il percorso corretto di un paziente affetto da dolore neuropatico?**
- ✓ **Invio a centro specialistico per la terapia del dolore**

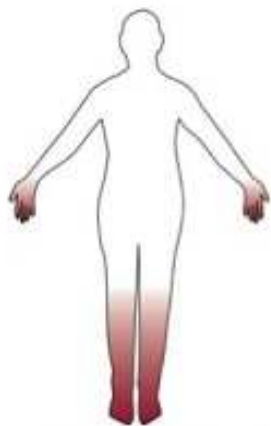
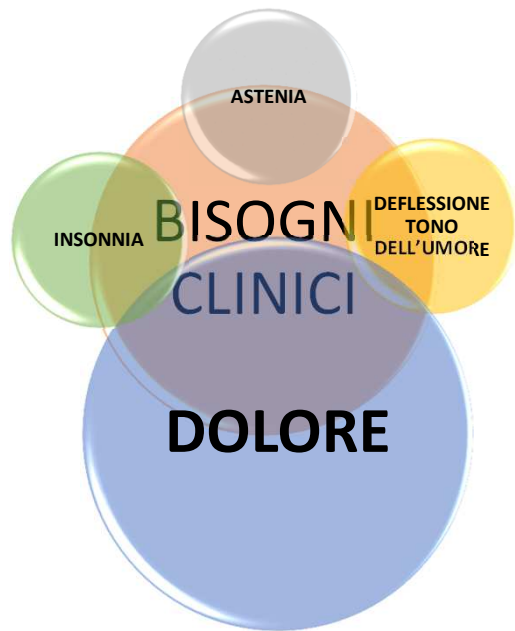




PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	POSOLOGIA
DULOXETINA	60 MG	1 CP ORE 8
PREGABALIN	75 MG	1CP X 2 ORE 8 - 20
OSSICODONE/PARACETAMOLO	5 MG / 325 MG	1 CP A.B.



PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	POSOLOGIA
AMITRIPTILINA	Os Gtt 20 ml 4%	25 GTT LA SERA (50 MG/DIE)
PREGABALIN	150 MG	1CP X 2 ORE 8 - 20
TAPENTADOLO	100 MG	1 CP X 2 ORE 8 20



PAIN

Durata del dolore:
 Da quanto tempo? N° di: Giorni Settimane Mesi Anni Non valutabile
 E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: Sì No
 Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: Sì No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci? Sì No

Tipologia:
 Localizzato: Sì No Irradiato neurologico: Sì No

Frequenza:
 Poche volte (≤ 3) al di alla settimana al mese all'anno continuo
 Più volte (> 3) al di alla settimana al mese all'anno non valutabile

Tipo di dolore: Nocicettivo somatico Meccan.-Strutt. Nocicettivo viscerale Break-Trough Neuropatico

Ipersens. Spinale: Presente Assente

Massima intensità algica:
 Mattino
 Pomeriggio / Sera
 Notte
 Senza Variazioni

Intensità del dolore:

Tollerabilità: Molto tollerabile Tollerabile Poco tollerabile Insopportabile

Problemi a svolgere le attività quotidiane: Nessuno Pochi Qualche volta Molti Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo: Risolto Deceduto Migliorato Stazionario Peggiorato Non valutabile Trasferito

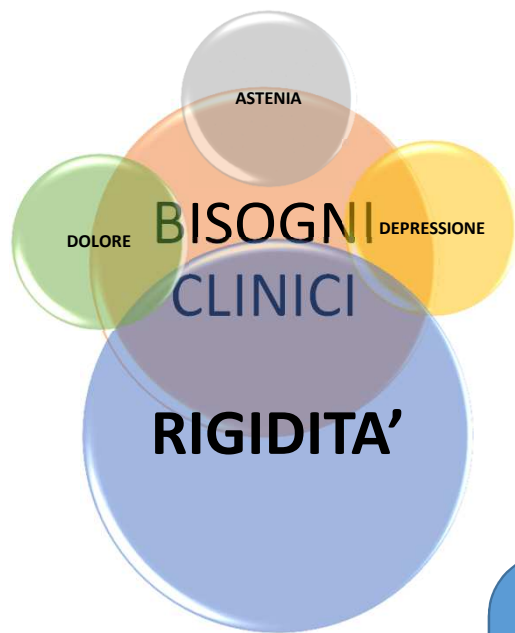
Chiusura indagine

Giovanni a 52 anni



PROBLEMI APERTI

- DIABETE MELLITO TIPO 1 DALL'ETA' DI 5 ANNI IN INSULINOTERAPIA
- SCLEROSI MULTIPLA' DALL'Età DI 25 ANNI con particolare interessamento degli arti inferiori
 - Trattato con INTERFERONE fino al 2002 (pz rifiuta terapia dal 2002)
 - Nel 2010 CICLOFOSFAMIDE



“Dottore sento le gambe rigide, come dei tronchi, ormai mi muovo con il deambulatore e per fare 10 metri è come fare una maratona...la notte ho come degli spasmi..una specie di dolore che non mi fa dormire”

SPASTICITA'

Baclofene 25 mg ½ cp die con scarso beneficio
Tossina Botulinica con scarso beneficio



SPASTICITA'

Baclofene 25 mg ½ cp die con scarso beneficio
Tossina Botulinica con scarso beneficio

delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) / cannabidiolo (CBD)
Spray per Mucosa Orale (Sativex) → disgeusia e secchezza
delle fauci



CONDIVISIONE DELLA SCELTA TERAPEUTICA



Allegato A) Scheda per la *prescrizione medica magistrale* - da rinnovarsi volta per volta - e il follow-up dei trattamenti a base di preparati vegetali di *cannabis sativa*

DM 9 novembre 2015; Legge regionale n.11 17 luglio 2014; Legge 8 aprile 1998, n. 94; DPR 309/90

IMPIEGO MEDICO DELLA CANNABIS A CARICO DEL SSR

**1. Riduzione del dolore associato a spasticità con resistenza alle terapie convenzionali o intolleranza ad altri cannabinoidi
in pazienti affetti da sclerosi multipla**

Codice ICD IX

Entità del dolore: specificare punteggio scala NRS (≥ 5)

2. Riduzione del dolore neuropatico cronico in pazienti con resistenza a trattamenti convenzionali

Specificare: Patologia

Codice ICD IX

Entità del dolore: specificare punteggio scala NRS (≥ 5)

NON A CARICO DEL SSR



**Regione
Lombardia**

PUO' IL MMG PRESCRIVERE?

Preparazioni magistrali a base di *Cannabis* FM2 possono essere prescritte **da qualsiasi medico abilitato e iscritto all'Ordine dei Medici mediante prescrizione magistrale non ripetibile (RNR) redatta secondo l'articolo 5 della Legge 94/98 (cosiddetta Di Bella)**. La rimborsabilità della prescrizione è stabilita a livello di ciascuna Regione e PPAA, mediante leggi e delibere regionali o provinciali.

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a

dichiara di essere stato/a dettagliatamente e comprensibilmente informato/a dal Dottor.....sulla possibilità di impiego, nell'ambito della mia patologia, del farmaco [specificare il tipo] e sui suoi potenziali effetti collaterali.

In particolare dichiaro di essere consapevole che il farmaco in questione mi viene proposto per una indicazione diversa da quella indicata nella scheda tecnica del farmaco medesimo ma che ciò avviene sulla base della convinzione, suffragata dai risultati di lavori apparsi sulla letteratura medica internazionale, che esso possa risultare utile nel trattamento di alcuni dei sintomi connessi alla mia malattia.

La necessità di ricorrere alla specialità medicinale sopraindicata è dovuta alla mancanza di valida alternativa terapeutica, avendo il sottoscritto praticato, senza benefici, le alternative disponibili in commercio sul territorio nazionale.

Firma..... Lì,.....

LA RICETTA

Dr ALBERTO MAGNI

Medico Chirurgo convenzionato SSN

VIA FRANCESCO AGELLO 1, 25015 Desenzano del Garda

15 11 2017

PAZIENTE NUMERO 1234

Si prescrive: **CANNABIS FLOS 19% THC (Bedrocan) una cartina da _50_ mg**

di tali numero **_30_ cartine**

Posologia: **1 cartina _2_ volte al dì da assumersi per via orale mediante decozione**

Motivazione della prescrizione (non indicare la diagnosi) paziente non responsivo alle terapia convenzionali

RICETTA NON RIPETIBILE

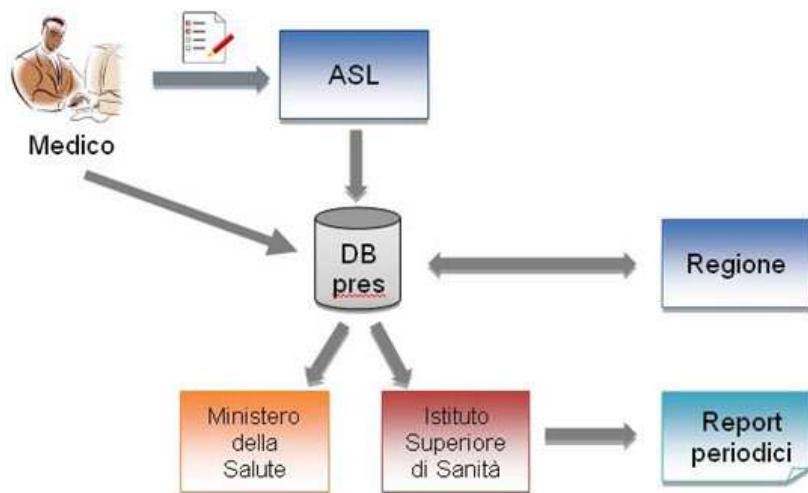
Timbro originale e firma del medico

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI

Istruzioni per la compilazione

Secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della salute 9 novembre 2015, al momento della prescrizione, il medico compila la Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con *Cannabis* e la invia alla ASL territorialmente competente secondo le indicazioni che le stesse Regioni forniranno.

Il medico prescrive la preparazione magistrale secondo la normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 5 della legge 94/98.



In attesa di stabilire le modalità operative di accreditamento alla piattaforma dedicata all'inserimento e alla trasmissione delle schede di prescrizione all'Iss, le schede possono essere inviate via mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

francesca.menniti@iss.it; roberto.dacas@iss.it

Oppure per fax al numero: 06-49904248.



Progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di *cannabis*

Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con *cannabis*

Regione _____ ASL _____

MEDICO PRESCRITTORE

Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo mail _____

medico ospedaliero/specialista MMG
specializzazione (specificare) _____

PAZIENTE

Codice alfanumerico _____ Et  (anni) | | sesso M F
(ai sensi art.5 comma 3 legge 94/98)

PRESCRIZIONE

Cannabis FM2 Cannabis FM19 Importazione (specificare) _____

Data inizio terapia | | | | | | | | | | Durata terapia (giorni) | | |

Posologia in peso di cannabis

Dose die _____

N. somministrazioni / die _____

Modalit  di assunzione

orale inalatoria
 altro (specificare titolo e dosaggio) _____

Esigenza di trattamento

- analgesia in patologie che implicano spasticit  associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali
- analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace
- effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non pu  essere ottenuto con trattamenti tradizionali
- effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non pu  essere ottenuto con trattamenti standard
- effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali
- riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non pu  essere ottenuta con trattamenti standard
- altro (specificare) _____

TERAPIA Prima prescrizione Prosecuzione terapia Sospensione terapia

Prosecuzione della terapia sintomatologia migliorata sintomatologia stabile

Sospensione della terapia sintomatologia peggiorata comparsi effetti indesiderati sintomatologia stabile

Data sospensione terapia | | | | | | | | | |

Impiego attuale della cannabis sostituisce terapia convenzionale integra terapia convenzionale

SEZIONE DA COMPILARE SOLO ALLA PRIMA PRESCRIZIONE

Terapia convenzionale

- il trattamento precedente non ha prodotto gli effetti desiderati
- il trattamento precedente ha provocato effetti indesiderati non tollerabili
- il trattamento necessita di incrementi posologici che potrebbero superare la dose terapeutica
- altro (specificare) _____

Paziente gi  in trattamento con prodotti a base di cannabis

Prodotto _____
posologia _____

Data dell'ultima assunzione di cannabis | | | | | | | | | |

Durata del trattamento < 6 mesi 6-12 mesi > 12 mesi

- il trattamento ha migliorato la sintomatologia il trattamento non ha modificato la sintomatologia
- il trattamento ha peggiorato la sintomatologia sono comparsi effetti indesiderati

Nel caso in cui si osservi una sospetta reazione avversa, si ricorda di compilare la scheda di segnalazione (Allegato B del DM 9.11.2015) scaricabile dal sito www.epicentro.iss.it/focus/erbe/fitosorveglianza.asp

Osservazioni del medico prescrittore

Timbro SSN (se convenzionato)

Luogo _____ data | | | | | | | | | |

Istruzioni per la compilazione

Secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della salute 9 novembre 2015, al momento della prescrizione, il medico compila la Scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati con *Cannabis* e la invia alla ASL territorialmente competente secondo le indicazioni che le stesse Regioni forniranno. Il medico prescrive la preparazione magistrale secondo la normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 5 della legge 94/98.

FITOSORVEGLIANZA

Nell'ambito delle attività del [Sistema di sorveglianza delle sospette reazioni avverse a prodotti di origine naturale](#) coordinato dall'Istituto superiore di sanità, il monitoraggio della sicurezza sarà effettuato attraverso la raccolta delle segnalazioni di sospette reazioni avverse associate alla somministrazione delle preparazioni magistrali a base di *cannabis*

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER PREPARAZIONI MAGISTRALI A BASE DI CANNABIS

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE				
1. INIZIALI	2. ETÀ	3. SESSO	4. PESO CORPOREO	5. ORIGINE ETNICA
6. EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA ALLATTAMENTO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	7. DATA INSOGENZA REAZIONE	
8. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI	11. LA REAZIONE È MIGLIORATA CON LA SOSPENSIONE? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			
9. EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI	12. A. STATO ASSEGUITA TERAPIA SPECIFICA? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO QUALI? _____			
	13. GRADITÀ DELLA REAZIONE			
	<input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> PERICOLO ALLA VITA <input type="checkbox"/> MORTE			
	14. ESITO <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> REAZIONI PERSISTENTI <input type="checkbox"/> MORTE			
10. COMMENTI SULLA RELAZIONE TRA PRODOTTO E REAZIONE				
<input type="checkbox"/> CIEFA <input type="checkbox"/> PRELABILE <input type="checkbox"/> POSSIBILE <input type="checkbox"/> INIBIBIA <input type="checkbox"/> SCONOSCIBILA				
INFORMAZIONI SUL PRODOTTO				
15. PRODOTTO SOSPETTO <i>(Indicare la denominazione e la composizione come descritte in etichetta)</i>				
15.a. QUALIFICA DEL PRODOTTO				
<input type="checkbox"/> GALENICO <input type="checkbox"/> PRODOTTO FARMACEUTICO <input type="checkbox"/> INTEGRATORE <input type="checkbox"/> ALIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO				
16. DOSAGGIO/DIE				
17. VIA DI SOMMINISTRAZIONE				
18. DURATA DELL'USO				
DAL _____ AL _____ <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Non compensati dei sintomi <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO				
19. RIPRESA DELL'USO				
20. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL PRODOTTO È STATO ASSUNTO O PRESCRITTO				
21. FARMACI/CONCOMITANTI/DOSSAGGIO, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, DURATA DEL TRATTAMENTO				
22. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI <i>(specificare)</i>				
23. CONDIZIONI CONCOMITANTI E PREDISPONENTI				
INFORMAZIONI SUL SEGNALATORE				
24. QUALIFICA				
<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> FARMACISTA <input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SPECIALISTA				
25. DATI DEL SEGNALATORE				
NOME E COGNOME _____				
INDIRIZZO _____				
TEL. FAX _____				
E-MAIL _____				
26. DATA DI COMPILAZIONE _____				
27. FIRMA _____				

Inviare la scheda compilata al fax n. 06 49904248

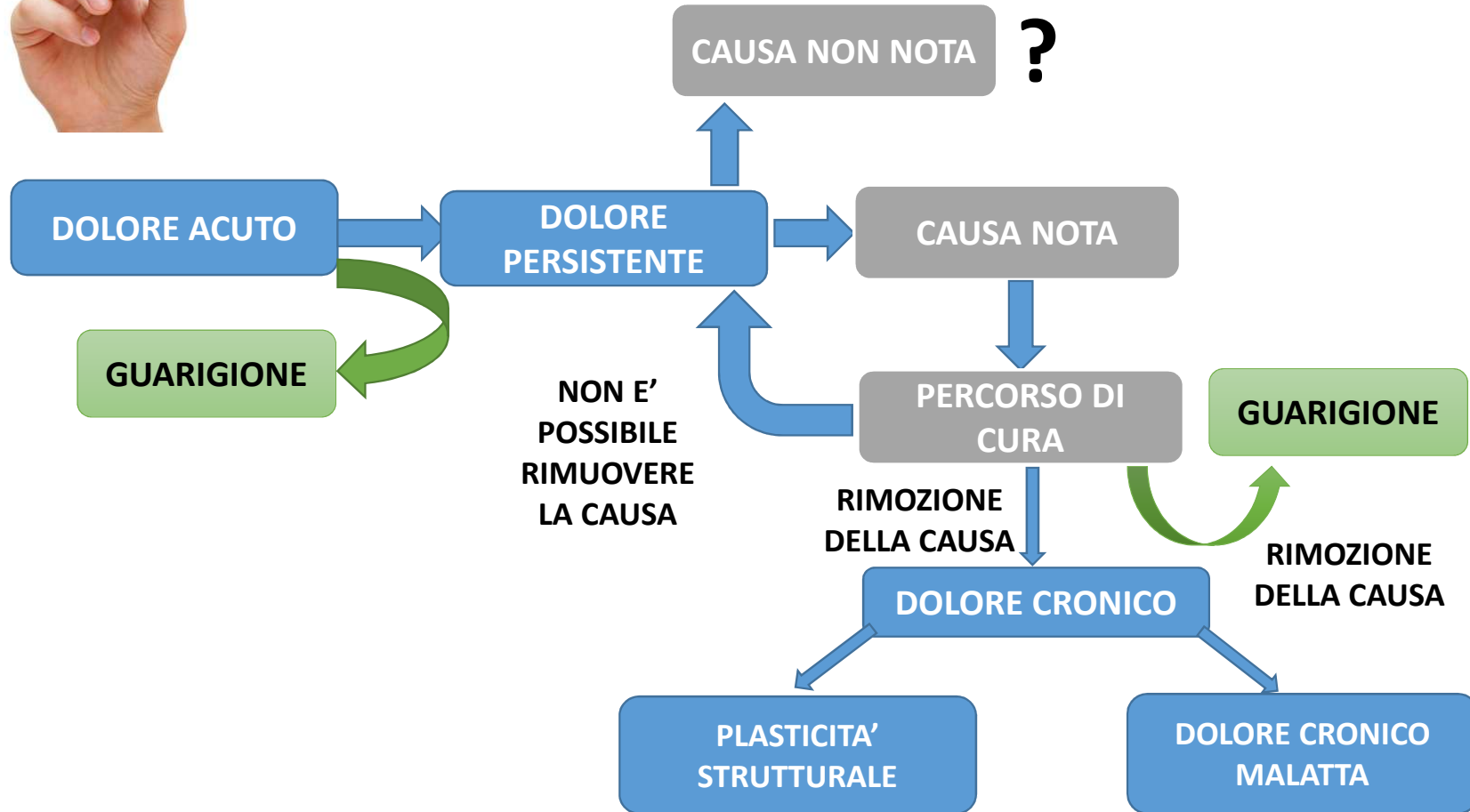
27. FIRMA

Inviare la scheda compilata al fax n. 06 49904248

— 25 —

— 25 —

SUMMARY



Uso terapeutico della cannabis nel dolore cronico: efficacia ed effetti avversi

Antonino Cartabellotta^{1*} Corrado Iacono²

¹Medico Chirurgo, Fondazione GIMBE, ²Farmacista, Comitato Etico Bologna-Imola



6. Conclusioni

A fronte di un incremento della disponibilità di cannabis per uso terapeutico e alle grandi aspettative dei pazienti, solo pochi studi rigorosi ne hanno valutato l'efficacia

sul dolore cronico: in particolare, limitate evidenze suggeriscono che la cannabis può alleviare il dolore neuropatico, ma su altri tipi di dolore le prove di efficacia sono insufficienti. Relativamente ai rischi, dalla revisione emergono limitate evidenze sull'associazione tra il consumo di cannabis e l'aumento del rischio di eventi avversi non gravi a breve termine e di gravi effetti avversi sulla salute mentale, come le psicosi.

Considerato che nei pazienti con dolore cronico non esistono dati definitivi sui benefici della cannabis e sono disponibili limitate informazioni sui rischi, è indispensabile la conduzione di studi metodologicamente rigorosi e di adeguate dimensioni per rispondere ai quesiti di ricerca non ancora risolti (tabella 3).

CONSIDERAZIONI

- ✓ Dolore Cronico non è solo durata
- ✓ Approccio Farmacologico "Multimodale" ("Combination Therapy")
- ✓ Presa in carico del paziente Multidisciplinare
- ✓ Bisogni e Preferenze dei pazienti affetti da dolore cronico
- ✓ Cannabis Terapeutica può essere considerata in casi selezionati nel piano terapeutico del paziente:
 - Scelta condivisa con il paziente e con il team multidisciplinare
 - Comunicazione medico- paziente e medico – medico