

Il dolore muscolo-scheletrico è uno dei motivi più comuni di visita medica. Dolori alla schiena, artrosi, dolori miofasciali e condizioni come la fibromialgia colpiscono milioni di persone e spesso rispondono in modo incompleto alle terapie convenzionali. Negli ultimi anni la cannabis e i suoi derivati sono stati proposti come alternativa o complemento ai trattamenti tradizionali. Questo testo esamina le evidenze pratiche, spiega i meccanismi plausibili, valuta rischi e benefici, e propone indicazioni concrete per chi considera questa opzione.

Che cosa intendiamo per cannabis in questo contesto Cannabis è un termine ampio che comprende la pianta e i suoi estratti. Marijuana è spesso usata per riferirsi ai preparati con contenuto rilevante di THC, il componente psicoattivo. CBD, un altro cannabinoide, non produce intossicazione e ha un profilo di effetti diverso. Nella pratica clinica si trovano preparati a base di THC, a base di CBD, e combinazioni di entrambi, oltre a forme non combustibili come oli, capsule, e spray orali.

Perché potrebbe funzionare per il dolore muscolo-scheletrico Esistono più spiegazioni plausibili, verificate in studi preclinici e suggerite da ricerche cliniche. I recettori dei cannabinoidi, CB1 e CB2, sono presenti nel sistema nervoso centrale e nel tessuto immunitario. L'attivazione di questi recettori può modulare la percezione del dolore, ridurre l'infiammazione e interferire con processi di sensibilizzazione centrale che mantengono il dolore cronico. Inoltre, la cannabis può influenzare l'umore e il sonno: migliorare sonno e ansia può ridurre la gravità soggettiva del dolore e migliorare la funzione quotidiana.

Qualità delle evidenze disponibili La letteratura è mista. Per alcune forme di dolore neuropatico i dati supportano un effetto modesto a favore dei cannabinoidi. Per il dolore nocicettivo puro legato a infiammazione o danno tissutale, le prove sono meno convincenti. Molti trial clinici sono piccoli, di durata limitata, o usano prodotti non omogenei, il che rende difficile generalizzare. Review sistematiche e linee guida recenti tendono a trovare un beneficio modesto per il dolore cronico non oncologico, spesso sulla soglia della rilevanza clinica.

Esempio pratico: artrosi del ginocchio Un paziente di 68 anni con artrosi del ginocchio che ha già provato FANS topici e fisioterapia può riportare miglioramenti del dolore notturno e della qualità del sonno dopo l'introduzione di un prodotto a basso contenuto di THC e con CBD. Questo non è universale, e in alcuni pazienti non si osserva differenza significativa. L'eterogeneità dei prodotti e delle dosi influisce molto sugli esiti.

Tipi di dolore muscolo-scheletrico e cosa dice la ricerca

- Dolore neuropatico sovrapposto a dolore muscolo-scheletrico: le migliori evidenze si osservano quando c'è componente neuropatica, per esempio radicolopatia cronica con segni di neuropatia. Qui i cannabinoidi possono ridurre dolore bruciante e parestesie.
- Artrosi e dolore nocicettivo: studi mostrano risultati contrastanti. Alcuni pazienti sperimentano sollievo lieve e miglioramento del sonno, ma l'effetto analgesico medio è spesso piccolo.
- Fibromialgia e sindromi da dolore centrale: alcuni studi osservano miglioramenti di dolore, fatica e sonno con formulazioni che combinano THC e CBD, ma il rischio di effetti collaterali psichici richiede prudenza.
- Lombalgia cronica: i dati non sono univoci; la cannabis può aiutare pazienti selezionati, specialmente se associata a disturbi del sonno o componente neuropatica.

Formulazioni e vie di somministrazione La via di somministrazione incide su inizio d'azione, durata e profilo di effetti avversi. Fumare marijuana comporta un assorbimento rapido ma comporta rischi per le vie respiratorie. Vaporizzare riduce gli irritanti rispetto a fumare, ma non elimina del tutto il rischio. Oli sublinguali, spray orali e capsule forniscono dosi più prevedibili e un inizio più lento. Prodotti topici con CBD o con THC possono offrire sollievo locale con minori effetti sistemici, benché le evidenze siano limitate.

Pragmatica della scelta: quando considerare la cannabis Considerare cannabis quando il dolore è cronico, ha impatto sulla funzione quotidiana, e i trattamenti standard hanno fallito o causato effetti collaterali insopportabili. Importante valutare comorbidità psichiatriche, storia di uso sostanze, e rischio cardiovascolare. Qui una breve checklist pratica per la selezione dei candidati:

- dolore cronico con impatto funzionale, non adeguatamente controllato da terapie standard
- assenza di storia personale o familiare significativa di psicosi
- capacità di seguire istruzioni di dosaggio e monitoraggio
- comprensione dei limiti delle evidenze e delle normative locali
- accesso a un prodotto regolamentato e a un medico che possa monitorare

Questo elenco non esaurisce la valutazione clinica, ma aiuta a identificare pazienti per i quali discutere la cannabis è sensato.

Dosi, titolazione e strategia "start low, go slow" Non esiste una dose universale. Esperienza clinica e studi suggeriscono di iniziare con dosi basse di THC e aumentare lentamente per minimizzare effetti collaterali. Quando si usa un prodotto combinato, il rapporto tra THC e CBD influisce su efficacia e tollerabilità: CBD può attenuare alcuni effetti psicotropi del THC.

Ecco alcuni consigli pratici per la titolazione, presentati come lista rapida:

- iniziare con piccole dosi serali di un prodotto con basso contenuto di THC, osservare effetti su dolore e sonno per almeno 3-7 giorni
- aumentare la dose gradualmente ogni 3-7 giorni fino a raggiungere sollievo o insorgenza di effetti indesiderati
- preferire formulazioni orali o sublinguali per dosabilità e prevedibilità, riservare inalazione a chi necessita effetto rapido
- documentare risposta, effetti collaterali e interazioni con altri farmaci
- interrompere o ridurre la dose in caso di ansia, paranoia, confusione o peggioramento cognitivo

Questi passaggi si basano su principi pratici condivisi in clinica; adattare sempre al singolo paziente.

**Benefici osservati e cosa aspettarsi** Nella pratica clinica il beneficio più coerente non è una cura completa del dolore, ma una riduzione moderata della severità del dolore, miglioramento del sonno e talvolta riduzione della dipendenza da oppioidi o FANS. Alcuni pazienti riportano che la cannabis permette loro di aumentare l'attività fisica e la partecipazione sociale. Altri non notano alcun effetto o interrompono per effetti indesiderati.

**Rischi e effetti collaterali** Gli effetti collaterali variano con il contenuto di THC. I più comuni sono sedazione, capogiri, secchezza orale, astenia, e alterazioni di memoria a breve termine. Rischi più seri includono reazioni psichiatriche acute in soggetti predisposti e l'aumento del rischio di incidenti durante guida o operazioni pericolose. L'uso regolare può portare a dipendenza farmacologica in una minoranza di persone. L'uso in età giovanile è associato a peggior decorso cognitivo nelle persone predisposte; pertanto evitare in adolescenti e giovani adulti quando possibile.

**Interazioni farmacologiche** THC e CBD vengono metabolizzati da isoenzimi del citocromo P450. Possono quindi influenzare i livelli plasmatici di farmaci come anticoagulanti, anticonvulsivanti e alcuni antidepressivi. È buona pratica rivedere la terapia concomitante e monitorare l'emivita di farmaci critici o gli effetti clinici quando si inizia cannabis.

**Aspetti legali e qualità del prodotto** La normativa varia molto secondo il paese e spesso anche a livello regionale. In alcuni luoghi esistono prodotti medicinali regolamentati con dosaggi standardizzati; in altri si può <https://www.ministryofcannabis.com/it/semi-autofiorenti/> accedere a prodotti non regolamentati con variabilità di contenuto. La qualità del prodotto influisce su sicurezza ed efficacia: preferire farmaci autorizzati o fornitori che forniscono certificati di analisi. In assenza di controllo regolatorio, il rischio di contaminanti, di dosaggi imprecisi e di etichette ingannevoli aumenta.

**Monitoraggio clinico** Chi prescrive o consiglia cannabis dovrebbe definire obiettivi terapeutici chiari, tempi di valutazione, e criteri per sospendere la terapia. Misure semplici come scala numerica del dolore, questionari sulla funzione e registri del sonno aiutano a valutare beneficio. Controlli regolari consentono di identificare effetti avversi e di adattare la dose.

**Scenario clinico: riduzione degli oppiacei** In alcuni pazienti con dolore cronico che assumono oppioidi, l'introduzione di cannabis ha permesso di ridurre la dose di oppiacei. Tuttavia, la letteratura è eterogenea e non ci sono ancora prove robuste che la cannabis riduca in modo consistente morbilità e mortalità legate agli oppioidi. Monitoraggio attento e piano di tapering guidato da un medico rimangono necessari.

**Popolazioni in cui evitare o procedere con cautela** Persone con storia personale o familiare di psicosi, disturbi della personalità gravi, insufficienza cardiaca non stabile, o donne in gravidanza e allattamento dovrebbero evitare l'uso di prodotti contenenti THC. Anche l'uso in soggetti con guida professionale o lavoro ad alto rischio va valutato con prudenza.

**Esempio pratico: gestione di effetti collaterali** Ho seguito pazienti che riportavano ansia o paranoia con l'uso di prodotti ricchi di THC. La strategia che ha funzionato più spesso è stata sospendere il prodotto o ridurre la dose, passare a un prodotto con più CBD e meno THC, e rivalutare la necessità complessiva. Per la sedazione mattutina si è ottenuto beneficio spostando la dose alla sera o riducendo il dosaggio.

**Limiti da comunicare al paziente** Importante chiarire che le aspettative devono essere realistiche. Non sempre si ottiene sollievo completo. La qualità delle prove varia, e la risposta è individuale. La cannabis non sostituisce interventi fondamentali come fisioterapia, esercizio terapeutico e controllo dei fattori di rischio modificabili.

Ricerca futura e domande aperte Servono studi randomizzati, su larga scala, con prodotti standardizzati e follow-up prolungato. Domande rilevanti includono: quali sottogruppi di pazienti traggono reale beneficio? Qual è il miglior rapporto THC - CBD per ciascuna condizione? Quali sono gli effetti a lungo termine su funzione cognitiva e rischio cardiovascolare? Nel frattempo, le decisioni cliniche rimangono basate su un mix di evidenze limitate, esperienza clinica e preferenze del paziente.

Consigli pratici finali Un approccio prudente e centrato sul paziente funziona meglio. Discutere rischi e benefici, impostare obiettivi terapeutici concreti, iniziare con dosi basse e titolare lentamente, preferire prodotti regolamentati quando disponibili, monitorare regolarmente.

Se hai dolore muscolo-scheletrico e stai valutando la cannabis, parlane con il tuo medico curante. Porta una lista dei farmaci che prendi, parla di storia psichiatrica personale e familiare, e stabilite insieme un piano di prova con criteri chiari per continuare o interrompere. Così il trattamento diventa un percorso misurato, non un azzardo.

Note finali sulla terminologia Nel testo ho usato sia cannabis che marijuana per chiarezza terminologica: cannabis come termine ombrello per la pianta e gli estratti, marijuana per i preparati contenenti THC. Questi termini possono avere connotazioni diverse in ambito legale e culturale; usarli con precisione aiuta a evitare confusione.