

APPELLO UFFICIALE

Care Before Discrimination (La cura prima della discriminazione) — I diritti dei pazienti e la proposta di restrizione del CBD

Un appello della coalizione internazionale di pazienti · campagna: **CBD is a Human Right** (Il CBD è un diritto umano)

Il presente appello non rivendica un diritto giuridico autonomo a un prodotto. Riguarda il modo in cui una proposta di restrizione amministrativa del CBD lederebbe diritti già consolidati dei pazienti — la loro autonomia, la loro dignità e il loro diritto a decisioni trasparenti e basate sull'evidenza.

In sintesi: che cosa chiede la coalizione

Il presente appello è rivolto ai governi degli Stati membri dell'UE — in particolare al Governo della Repubblica Ceca — agli organi di controllo delle droghe delle Nazioni Unite e alle istituzioni dell'Unione europea. Esso formula sei richieste:

1. **Pubblicare le prove.** Qualsiasi restrizione del CBD deve essere preceduta da una valutazione trasparente e pubblicata delle prove scientifiche e giuridiche — compresa la stessa affermazione dell'INCB secondo cui le prove relative al precursore sono “limitate”.
2. **Nessuna restrizione occulta o amministrativa.** Le misure che incidono sull'accesso dei pazienti non devono essere introdotte senza un dibattito pubblico aperto, una verifica di proporzionalità e una valutazione dell'impatto sui pazienti.
3. **Rispettare l'autonomia e la dignità del paziente.** Onorare il diritto del paziente di assumere decisioni informate e autonome sul proprio trattamento, e respingere la stigmatizzazione dei pazienti come detentori di un presunto “precursore di droga”.
4. **Regolamentare in modo proporzionato — non chiediamo la deregolamentazione.** Sosteniamo norme di buona fabbricazione e di qualità, test obbligatori sui contaminanti, un'etichettatura accurata e restrizioni di età ove pertinenti, e accettiamo che gli Stati possano legittimamente regolamentare il CBD per la sanità pubblica, la sicurezza alimentare, l'etichettatura, i limiti di età, le licenze e la sorveglianza del mercato.
5. **Agire sul rischio reale.** Indirizzare l'azione di contrasto verso i prodotti realmente pericolosi — i cannabinoidi sintetici e semisintetici venduti come “articoli da collezione” — e non verso i prodotti a base di CBD testati su cui i pazienti fanno affidamento.
6. **Dare voce ai pazienti.** Consultare formalmente le organizzazioni di pazienti nelle decisioni che incidono sull'accesso al trattamento.

Chi promuove questo appello e a chi è rivolto

Questo appello è promosso da una coalizione internazionale di organizzazioni di pazienti, composta da **Aube** (Canada), **Centrum Paraple** (Repubblica Ceca), **Dosemociones** (Spagna), **Fuck Cancer** (Repubblica Ceca), **KOPAC — Associazione di pazienti per il trattamento con cannabis** (Repubblica Ceca), **Mothers for Cannabis** (Portogallo), **PatientsCann** (Regno Unito) e **Verein Medcan** (Svizzera).

Si tratta di un appello aperto. Ulteriori organizzazioni di pazienti e rappresentanti di altri Paesi stanno aderendo alla coalizione, e ulteriori organizzazioni e singole persone possono aderire come firmatari; le adesioni successive restano benvenute.

Rivolgiamo questo appello a: i governi degli Stati membri dell'UE, in particolare il Governo della Repubblica Ceca; la Commissione sugli stupefacenti delle Nazioni Unite (CND) e l'International Narcotics Control Board (INCB); gli organi e le istituzioni dell'Unione europea; i giornalisti e i media; la comunità dei pazienti e l'opinione pubblica.

Perché promuoviamo questo appello adesso

Il 24 febbraio 2026 l'International Narcotics Control Board ha emesso una notifica interna, *PP Notice No. 1/2026 “Observations concerning cannabidiol (CBD)”*, contrassegnata “For Official Use Only”.¹ Il documento fa seguito

¹Sebbene la notifica rechi l'intestazione “For Official Use Only”, essa è disponibile online e la coalizione ne ha verificato l'autenticità. Nello spirito della trasparenza che il presente appello invoca, la coalizione pubblica la notifica unitamente a questo documento affinché i lettori possano riscontrare ogni affermazione rispetto alla fonte.

alla designazione del CBD come precursore di droga da parte della Cina nel settembre 2024 e riferisce che, a partire dall'ottobre 2024, la Cina ha pre-notificato volontariamente le esportazioni di CBD: al 16 febbraio 2026 si registravano 211 pre-notifiche verso 25 Paesi (15 dei quali in Europa), per un volume complessivo offerto di quasi 450 tonnellate e 33.660 litri di CBD.

Dall'inizio di marzo 2026, in alcuni Stati, tra cui la Repubblica Ceca, sono state avanzate dichiarazioni pubbliche sempre più incisive sul “pericolo del CBD come precursore di droghe sintetiche”. Nel pomeriggio di venerdì 29 maggio 2026, il Governo ceco ha trasmesso in sordina una proposta di restrizione del CBD alla procedura interna di consultazione interministeriale. La coalizione considera con preoccupazione questo modo di procedere — sia per il *modo* in cui è avvenuto, al di fuori dello sguardo pubblico, sia perché le affermazioni pubbliche vanno oltre ciò che le prove disponibili comprovano.

È questo il nocciolo della questione. Una decisione che raggiungerebbe centinaia di migliaia di pazienti nella Repubblica Ceca — e, qualora costituisse un precedente, milioni in tutta l'Unione europea e potenzialmente decine di milioni nel mondo — viene plasmata in sordina, su un documento che il pubblico non può leggere, giustificata da un argomento che le prove non dimostrano. Quale che sia la propria opinione sul CBD, una decisione di questo tipo dovrebbe essere assunta alla luce del sole.

Che cosa mostra effettivamente la documentazione

Il presente appello si fonda sulla stessa *PP Notice No. 1/2026* dell'INCB — che la coalizione ha verificato e pubblica unitamente a questo appello — letta congiuntamente al *Precursors Report for 2025* (E/INCB/2025/4), documento **pubblico** dell'INCB, e alle convenzioni stesse. Citiamo la notifica anziché parafrasarla, affinché la documentazione parli da sé.

Il CBD non è una sostanza soggetta a controllo. Il CBD non è incluso nelle tabelle delle convenzioni internazionali sul controllo delle droghe. Il CBD purificato è un medicinale autorizzato per determinati disturbi convulsivi, e il CBD non è inebriante.

Le prove relative al precursore sono limitate — ma la preoccupazione non è priva di fondamento, e lo affermiamo. La documentazione dell'INCB registra che alcuni Stati hanno sollevato la preoccupazione che il CBD possa essere utilizzato nella fabbricazione di delta-9-THC, delta-8-THC, HHC e HHC-O, e che l'analisi forense di taluni prodotti a base di HHC abbia indicato una via di fabbricazione che potrebbe aver avuto origine dal CBD. Al contempo, l'INCB descrive come “limitate” le prove dell'utilizzo *effettivo* del CBD come materia prima, e gli Stati che sollevano preoccupazioni non hanno indicato prove di un utilizzo in laboratori clandestini su larga scala. La posizione onesta non è dunque che l'argomento del precursore sia infondato, bensì che esso **non è adeguatamente comprovato** per giustificare la riclassificazione di una sostanza non inebriante — il principio attivo di un medicinale autorizzato — come precursore soggetto a controllo.

Con l'espressione “cannabinoidi sintetici” si indicano due cose diverse — e solo una è collegata al CBD. Questa distinzione costituisce l'intero argomento, e dunque la enunciamo con chiarezza. I prodotti realmente pericolosi venduti come “articoli da collezione” sono cannabinoidi *completamente sintetici* — la famiglia delle “spice”. Sono prodotti a partire da sostanze chimiche industriali che non hanno nulla a che vedere con il CBD, sicché limitare il CBD non servirebbe affatto a fermarli. L'unico collegamento reale tra il CBD e un prodotto inebriante è l'**HHC semisintetico**, che può essere ottenuto dal CBD estratto dalla canapa a basso contenuto di THC. Ma l'HHC è stato a sua volta ormai sottoposto a controllo internazionale — Tabella II della Convenzione del 1971 sulle sostanze psicotrope, in vigore dal 6 dicembre 2025 — sicché anche quell'unica preoccupazione è già stata affrontata, in modo diretto, al livello del prodotto pericoloso. Limitare oggi il CBD, in nome di una sintesi dell'HHC ormai controllata all'origine, sarebbe sproporzionato: non si riclassifica una materia prima non inebriante — il principio attivo di un medicinale per bambini — quando il prodotto pericoloso che da essa può essere ottenuto è già soggetto a controllo.

Perché l'obiezione “il medicinale non viene vietato” non coglie il punto

Anticipiamo la replica più naturale: *nessuno vieta il medicinale — il prodotto autorizzato (Epidiolex) resta disponibile, e il CBD negli alimenti è semplicemente una questione di Novel Food (nuovo alimento)*. Questa risposta non risponde all'appello, per tre ragioni.

In primo luogo, la misura all'esame **non** è una misura di autorizzazione all'immissione in commercio o di sicurezza alimentare; è una **riclassificazione ai fini del controllo delle droghe** del CBD come precursore. La sua portata è assai più ampia di un singolo prodotto purificato: getterebbe un'ombra sulle preparazioni di CBD a spettro completo e sul contenuto di CBD della cannabis medica prescritta, nonché sull'approvvigionamento legale da cui i pazienti effettivamente dipendono — in gran parte prodotto da fabbricanti locali dell'UE.

In secondo luogo, l'argomento del Novel Food **vale in senso contrario**. Se la preoccupazione genuina fosse la sicurezza dei consumatori, gli strumenti proporzionati esistono già: l'autorizzazione Novel Food, le norme di buona fabbricazione e di qualità, i test sui contaminanti, l'etichettatura accurata e i limiti di età. Andare oltre questi strumenti già consolidati per ricorrere a una classificazione come *precursore di droga* — lo strumento più gravoso disponibile — per affrontare quella che viene presentata come una questione di mercato dei consumatori è la definizione stessa di misura sproporzionata. In base al diritto dell'UE una restrizione deve essere la misura meno restrittiva adeguata allo scopo; una riclassificazione come precursore non lo è.

In terzo luogo, e in modo più fondamentale, l'obiezione risponde a una domanda che non stiamo ponendo. Non rivendichiamo un diritto giuridico autonomo ad acquistare un determinato prodotto. Rivendichiamo il diritto dei pazienti di **decidere il proprio trattamento**, di essere **trattati con dignità anziché come sospetti**, e di vedere assunte **in modo trasparente e su prove reali** le decisioni che li riguardano. Una misura può lasciare sullo scaffale un medicinale autorizzato e nondimeno violare tutti e tre questi diritti.

Che cosa è in gioco per i pazienti

Il CBD e le complesse preparazioni derivate dalla cannabis sono impiegati per mantenere una qualità di vita tollerabile da parte di pazienti — spesso in età avanzata — che convivono con dolore cronico, disturbi del sonno, ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico. Una restrizione occulta, introdotta per via amministrativa senza dibattito aperto e senza una solida base probatoria, priverebbe questi pazienti di un trattamento che hanno scelto e che li aiuta, e li bollerebbe, di fatto, come persone che “detengono un precursore”. Si tratta di un affronto alla loro dignità non meno che di una restrizione alle loro cure.

Siamo inequivocabili su un punto: non chiediamo che il CBD sia lasciato senza regolamentazione, e riconosciamo che gli Stati mantengono la competenza a regolamentarlo. Chiediamo soltanto che qualsiasi restrizione sia introdotta **in modo trasparente** — sulla base di una valutazione pubblicata delle prove, di una verifica di proporzionalità e di una valutazione dell'impatto sui pazienti — anziché in modo occulto o mediante misura amministrativa.

Distinguiamo inoltre chiaramente tra **CBD farmaceutico** e **CBD di consumo**. Il CBD purificato (Epidyolex) ha ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio nell'UE nel settembre 2019, sulla base di studi clinici randomizzati controllati di fase 3, per le crisi epilettiche nella sindrome di Dravet, nella sindrome di Lennox-Gastaut e nel complesso della sclerosi tuberosa. Gran parte del CBD utilizzato dai pazienti in Europa non è un medicinale prescritto, bensì un prodotto di consumo impiegato per il dolore, l'ansia o il sonno. Entrambi rilevano in questa sede, ma non sono il medesimo oggetto giuridico — e, come esposto sopra, l'esistenza di un medicinale autorizzato non risponde ad alcuna delle preoccupazioni di autonomia, dignità o trasparenza sollevate dal presente appello. La differenza è anche una differenza di **dose**, ed è ampia: l'Epidyolex prescritto è somministrato in base al peso corporeo a circa 10-25 mg/kg/die — pari a circa 700-1.750 mg/die per un adulto di 70 kg — mentre la maggior parte delle persone che utilizzano oli di CBD di consumo ne assume dell'ordine di 25-100 mg/die, forse da dieci a cinquanta volte meno. I valori proposti di assunzione accettabile e di limite per gli integratori si collocano nel medesimo intervallo ridotto — decine di milligrammi al giorno, compresa una dose giornaliera accettabile dell'ordine di 10 mg per adulto al giorno adottata nel Regno Unito. Una misura impostata attorno a un prodotto di consumo assunto in decine di milligrammi non dovrebbe essere costruita sul profilo posologico e di rischio di un medicinale soggetto a prescrizione ad alto dosaggio.

Il quadro giuridico e dei diritti umani

Lo slogan della campagna — *CBD is a Human Right* — è una formula sintetica per indicare un insieme di diritti **consolidati**, non l'affermazione che una persona detenga un diritto giuridico autonomo a un particolare prodotto. Lette nel senso inteso dalla coalizione, le tre lettere stanno per **Care Before Discrimination** (La cura prima della discriminazione): il diritto dei pazienti di ricevere cure e di essere trattati come pazienti anziché come sospetti. I più solidi tra questi fondamenti sono l'autonomia, la dignità e la trasparenza del procedimento.

Autonomia e consenso informato. La Convenzione di Oviedo afferma il consenso libero e informato e il diritto di assumere decisioni autonome sul proprio trattamento, accanto a un accesso equo a cure sanitarie di qualità adeguata. Una restrizione occulta scavalca la scelta consolidata e informata del paziente senza consultazione.

Trasparenza, partecipazione e responsabilità. Non sono soltanto norme di buon governo; nell'inquadramento del diritto alla salute in chiave di diritti umani esse ne sono parte integrante. Le Nazioni Unite considerano l'accesso a medicinali di buona qualità come “uno degli elementi fondamentali” del diritto al più alto standard di salute conseguibile (OHCHR; ICESCR, art. 12), e lo collegano espressamente a *trasparenza, partecipazione e responsabilità*. Una decisione assunta su una notifica non pubblica, senza consultazione dei pazienti, è l'antitesi di tale standard. *(Ci basiamo su questo come contesto di supporto: il diritto alla salute non garantisce alcun prodotto particolare, ma esige*

che le decisioni che incidono sull'accesso siano trasparenti, partecipative e basate sull'evidenza.)

Dignità e non discriminazione. Le misure che riducono l'accesso al CBD e alla cannabis medica, e che stigmatizzano i pazienti come detentori di un precursore, possono chiamare in causa gli obblighi degli Stati ai sensi della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, in particolare l'articolo 5 (uguaglianza e non discriminazione) e l'articolo 25 (diritto alla salute).

I trattati sul controllo delle droghe non avvalorano il trattamento del CBD come stupefacente soggetto a controllo. L'articolo 4, lettera c), della Convenzione unica del 1961 limita le sostanze soggette a controllo agli scopi medici e scientifici, mentre gli articoli 23 e 28 stabiliscono un regime specifico per la coltivazione della cannabis. Tali disposizioni non forniscono alcun fondamento per trattare il CBD — che non è incluso nelle tabelle — come uno stupefacente soggetto a controllo.

Le comunicazioni dell'INCB sono pareri, non diritto vincolante. Ai sensi degli articoli 31 e 32 della Convenzione di Vienna sul diritto dei trattati, i trattati sono interpretati in buona fede secondo il significato ordinario dei loro termini nel contesto. Le comunicazioni dell'INCB sono le opinioni di un organo di vigilanza istituito da un trattato e devono essere lette unitamente al testo del trattato, non come diritto in sé. La stessa posizione dell'INCB è mutata — una comunicazione precedente trattava il CBD come non coperto dalle convenzioni, mentre il parere del 2026 prospetta il CBD come potenziale materia prima pur ammettendo che le prove sono limitate. Tale tensione rafforza una lettura fondata sui diritti e sulla proporzionalità.

Diritto dell'UE: proporzionalità, non immunità. Nella sentenza *Kanavape* (CGUE, C-663/18, 19 novembre 2020) la Corte ha statuito che il CBD non è uno stupefacente, che uno Stato membro non può vietare il CBD legalmente prodotto in un altro Stato membro, e che le restrizioni alla libera circolazione per ragioni di sanità pubblica “non possono basarsi su considerazioni puramente ipotetiche”. Il CBD in questione era legalmente prodotto nella Repubblica Ceca. *Kanavape* non significa che il CBD non possa essere regolamentato — gli Stati possono agire per la sanità pubblica, la sicurezza alimentare, l'etichettatura, i limiti di età, le licenze e la sorveglianza del mercato — ma una restrizione deve essere giustificata da prove reali e pubblicate e da una genuina verifica di proporzionalità, e deve essere la misura meno restrittiva adeguata allo scopo. Una restrizione occulta, fondata sulla nozione di precursore, basata su un'ipotesi probatoriamente limitata mal si concilierebbe con questa giurisprudenza.

Che cosa provocherebbe effettivamente una restrizione occulta

Una restrizione del CBD imposta in modo non trasparente, sostenuta da affermazioni non adeguatamente comprovate, spingerebbe i pazienti — per i quali i prodotti a base di CBD realizzati per lo più da fornitori locali dell'UE aiutano a gestire le loro patologie — verso il mercato nero. Il crollo della disponibilità legale verrebbe rapidamente colmato da un approvvigionamento non regolamentato, esponendo i pazienti alla contaminazione da metalli pesanti, idrocarburi policiclici aromatici, pesticidi ed erbicidi. Una restrizione fondata su un argomento non comprovato non proteggerebbe quindi i pazienti, ma li esporrebbe a un rischio per la salute sostanzialmente più elevato rispetto a un mercato legale razionalmente regolamentato. Essa, inoltre, non riuscirebbe a proteggere i bambini dai cannabinoidi sintetici, perché nulla cambierebbe quanto alla disponibilità e alla continua produzione di nuove molecole di cannabinoidi sintetici nel mercato grigio — molecole che sono ottenute da composti diversi dal CBD.

È questo l'avvertimento centrale della coalizione: una misura presentata come protettiva consegnerebbe i pazienti esattamente al mercato dal quale dichiara di volerli proteggere.

Che cosa proponiamo invece: una regolamentazione proporzionata

Questa coalizione non chiede che il CBD sia lasciato senza regolamentazione. Chiediamo una regolamentazione proporzionata e trasparente che protegga i pazienti e il pubblico: norme chiare di qualità e di buona fabbricazione; test obbligatori sui contaminanti — metalli pesanti, pesticidi, solventi residui e contaminazione microbica; un'etichettatura chiara e accurata del contenuto e della concentrazione; restrizioni di età ove pertinenti; e, soprattutto, un'azione di contrasto efficace indirizzata al rischio reale — i cannabinoidi sintetici e semisintetici venduti come “articoli da collezione”. Una regolamentazione di questo tipo protegge i pazienti; un divieto occulto del CBD non lo fa, perché rimuove prodotti testati da un mercato regolamentato lasciando intatti i prodotti realmente pericolosi.

Un avvertimento contro un “effetto domino”

Il tentativo di classificare il CBD tra i precursori è da tempo promosso in seno alla CND principalmente da alcuni Stati, mentre l'Unione europea vi si è finora opposta. La coalizione è preoccupata che, qualora la Repubblica Ceca — che da tempo promuove una politica delle droghe razionale e basata sull'evidenza — creasse un precedente di restrizione

fondato su un argomento del precursore non adeguatamente comprovato, ciò possa innescare una reazione a catena in tutta l'UE e oltre. Sottoponiamo questa valutazione al dibattito pubblico e degli esperti.

Sul peso delle prove

Si obietta spesso che vi siano “troppo pochi studi clinici randomizzati controllati” a conferma dell'efficacia e della sicurezza del CBD. Questa obiezione non dovrebbe essere sopravvalutata in nessuna delle due direzioni. Nell'arco di circa tre decenni di ampia disponibilità, i pazienti e i loro clinici hanno già generato un vasto corpus di **prove del mondo reale — i nostri stessi dati di pazienti — provenienti dalla pratica clinica quotidiana**. Non si tratta di un'assenza di prove; si tratta di prove che esistono in abbondanza e che troppo facilmente vengono messe da parte. Le prove del mondo reale sono preziose — in particolare per la sicurezza, la tollerabilità, la qualità di vita e l'efficacia nei pazienti complessi e multimorbosi che gli studi randomizzati escludono — e costituiscono una parte essenziale della **totalità delle prove**; non dovrebbero essere scartate per il solo fatto di non derivare da studi randomizzati, né presentate come a essi equivalenti.² Le due cose sono complementari, e una valutazione solida pondera l'intera base probatoria. Rileviamo, inoltre, il fenomeno documentato del “reverse spin bias” — la tendenza di alcune revisioni sistematiche a sottostimare un beneficio reale anche laddove i loro stessi dati mostrino un effetto statisticamente significativo.³

Le nostre richieste: trasparenza nel processo decisionale

In quanto comunità di pazienti, rivendichiamo una legittima pretesa di informazione sulle decisioni che ci riguardano direttamente. Invitiamo i governi competenti a rispondere, in modo trasparente e pubblico:

Chi ha ricevuto la notifica e come è stata gestita? Quali punti focali nazionali hanno ricevuto la *PP Notice 1/2026*, quando, e che cosa ne hanno fatto?

Quali misure, e in quale conformità con i diritti dei pazienti? A quali misure sono pervenuti i governi, e come reggerebbero esse a una verifica dell'autonomia del paziente, della Convenzione di Oviedo e della proporzionalità ai sensi del diritto dell'UE?

Quali prove di un ruolo di precursore esistono? Quali prove specifiche detengono effettivamente i governi che si basano sull'argomento del precursore, dato che lo stesso INCB descrive le prove come limitate?

Dove passa la linea tra rischio comprovato e ipotesi? Quali informazioni documentate sulla reale catena di produzione dei cannabinoidi sintetici e semisintetici detengono i governi, e che cosa hanno fatto riguardo ai prodotti venduti come “articoli da collezione”?

Su quali dati si fondano le dichiarazioni pubbliche? Chiediamo una spiegazione delle dichiarazioni pubbliche sul CBD come precursore e dei dati specifici su cui esse si basano.

Applichiamo a noi stessi lo stesso standard. La coalizione è impegnata nella trasparenza che chiede ad altri: stiamo finalizzando e pubblicheremo la nostra politica sul finanziamento e l'indipendenza, e ci stiamo registrando nel Registro per la trasparenza dell'UE.

Un appello all'Unione europea

Invitiamo le istituzioni dell'Unione europea a esaminare se le affermazioni pubbliche sul CBD come “precursore” avanzate negli Stati membri siano avvalorate da prove verificate, e a proteggere sia il mercato interno sia i pazienti da restrizioni amministrative prive di tale fondamento. Chiediamo una valutazione volta a stabilire se le misure all'esame corrispondano al contenuto effettivo dei materiali dell'INCB o a una loro distorsione, e richiamiamo i vincoli stabiliti nella sentenza *Kanavape*.

Domande per i media

Invitiamo i giornalisti a porre domande specifiche ai responsabili: che cosa si intende esattamente con l'affermazione sul CBD come precursore di sostanze sintetiche, e su quali dati essa si basa? Come la si concilia con la stessa affermazione dell'INCB secondo cui le prove sono limitate? Perché si prende in considerazione lo strumento più gravoso — il

²Schlag AK, Nutt DJ, et al. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.

³O'Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.

controllo dei precursori di droga — quando esistono già strumenti proporzionati propri del mercato dei consumatori? Quale impatto avrebbero le misure su anziani e pazienti cronici? E vi è il rischio che uno Stato membro divenga l'innescio di una catena di restrizioni in tutta l'UE?

Conclusione e invito ad aderire

Chiediamo una politica razionale, trasparente e basata sull'evidenza che rispetti l'autonomia, la dignità e il diritto dei pazienti di decidere sulla propria salute. Non chiediamo che il CBD sia lasciato senza regolamentazione; chiediamo che esso sia regolamentato in modo proporzionato e trasparente, e che l'azione di contrasto sia indirizzata al rischio reale. Ci opponiamo a una restrizione occulta del CBD fondata su un argomento del precursore non avvalorato dalle prove attualmente disponibili — e ci opponiamo, con altrettanta fermezza, all'assunzione di una decisione di questo tipo a porte chiuse. Invitiamo i governi, la CND, l'INCB e le istituzioni dell'UE alla trasparenza, e invitiamo le organizzazioni di pazienti e le singole persone ad aderire a questo appello.

Aggiungi il tuo nome — firma l'appello: <https://www.openpetition.eu/petition/online/la-cura-prima-della-discriminazione-e-un-diritto-umano>

CBD is a Human Right.

Coalizione internazionale di organizzazioni di pazienti: Aube (Canada), Centrum Paraple (Repubblica Ceca), Dose-mociones (Spagna), Fuck Cancer (Repubblica Ceca), KOPAC (Repubblica Ceca), Mothers for Cannabis (Portogallo), PatientsCann (Regno Unito) e Verein Medcan (Svizzera); ulteriori organizzazioni in via di adesione.

Riferimenti

Scientific and clinical

1. Schlag AK, Zafar RR, Lynskey MT, Athanasiou-Fragkouli A, Phillips LD, Nutt DJ. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.
2. O'Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.
3. Florian J, Salcedo P, Burkhart K, et al. Cannabidiol and liver enzyme level elevations in healthy adults: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2025;185(9):1070-1078. doi:10.1001/jamainternmed.2025.2366.
4. Boehnke KF, Gagnier JJ, Matallana L, Williams DA. Cannabidiol product dosing and decision-making in a national survey of individuals with fibromyalgia. *J Pain*. 2022;23(1):45-54. doi:10.1016/j.jpain.2021.06.007.
5. Henderson RG, Vincent M, Rivera BN, Bonn-Miller MO, Doepker C. Cannabidiol safety considerations: development of a potential acceptable daily intake value and recommended upper intake limits for dietary supplement use. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2023;144:105482. doi:10.1016/j.yrtph.2023.105482.
6. European Medicines Agency. Epidyolex (cannabidiol): marketing authorisation. Amsterdam: EMA; 19 September 2019. ema.europa.eu.

International and legal

7. International Narcotics Control Board. Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances (Precursors Report 2025). E/INCB/2025/4. Vienna: INCB.
8. International Narcotics Control Board. PP Notice No. 1/2026: Observations concerning cannabidiol (CBD). Vienna: INCB Secretariat; 24 February 2026. (Headed "For Official Use Only"; available online, verified by the coalition, and published alongside this appeal for transparency.)
9. European Union Drugs Agency (EUDA). Semi-synthetic cannabinoids: distribution and supply. Lisbon: EUDA. Accessed 16 February 2026.
10. Court of Justice of the European Union. Case C-663/18, *B S and C A* ("Kanavape"). Judgment of 19 November 2020. ECLI:EU:C:2020:938. eur-lex.europa.eu.
11. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (as amended), Arts. 4(c), 23, 28.
12. United Nations. Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969, Arts. 31-32.
13. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention), ETS No. 164, 1997, Arts. 3 and 5.

14. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), 1966, Art. 12.
15. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2006, Arts. 5 and 25.
16. OHCHR. Access to medicines — a fundamental element of the right to health; Human Rights Council resolution 12/24. Geneva: OHCHR.
17. Commission on Narcotic Drugs. Decision placing HHC under Schedule II of the 1971 Convention on Psychotropic Substances (in force 6 December 2025).
18. United Kingdom Food Standards Agency / Advisory Council on the Misuse of Drugs. CBD acceptable daily intake guidance.