



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 1 • gennaio-giugno

IN PRIMO PIANO

2 Al vertice della SIP: Claudio Mencacci

di A. Giannelli

3 Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

di C. Mencacci

5 Neuroetica e psichiatria

di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

12 Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

di E. Bondi, S. Cesa, L. Chiappa, M. Rabboni

22 Depressione e disturbi cardiovascolari

di A. Bertani, C. Gala

27 L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche

di M. Cocchi, L. Tonello, F. Gabrielli, A. Castaldo

35 L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri, U. Mazza, L. Zappa, A. Lax, F. Bartoli, M. Clerici

40 L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

di C. Di Lello, S. Taddei, A. Cataldi, E. Ronchi, P. Miragoli, G. Pozzi, C. Dudek, G. Biffi, P. Pismataro

46 Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

di V. Venturi, G. Cerveri, G. Migliarese, M. Riva, I. Tedeschi, C. Mencacci

NOTE DAI CONVEGNI

56 VI Convegno della F.I.A.P.

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

58 Disturbi affettivi tra ospedale e territorio: la sfida per una corretta risposta di cura

SPAZIO APERTO

62 Il progetto del Policlinico di Milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto

Comunicato Stampa

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN COPERTINA: Jeanne de Lorme de Lisle
Joseph Chinard, 1802

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Depressione e disturbi cardiovascolari

Angelo Bertani, Costanzo Gala**

L'obiettivo dell'articolo è una revisione della letteratura scientifica rispetto ad una condizione clinica complessa quale la co-presenza di disturbi cardiovascolari e il disturbo depressivo. Partendo dall'epidemiologia, quindi esamineremo alcune ipotesi eziopatogenetiche ed infine riassumeremo dei risultati su dei trattamenti farmacologici e non farmacologici.

EPIDEMIOLOGIA

Circa il 30% di tutte le morti sono correlabili ad eventi cardiovascolari, quanto questo fenomeno sia importante è ulteriormente testimoniato dal fatto che alcune stime dell'Organizzazione della Salute Mondiale prevedono che nel 2030 la depressione da sola sarà la seconda causa di disabilità dopo le malattie cardiovascolari.

Nelle ultime due decadi ricerche nel campo hanno studiato la relazione fra depressione e disturbi cardiovascolari. Molti studi hanno mostrato che la depressione è maggiormente prevalente in una popolazione di soggetti affetti da disturbi cardiovascolari rispetto alla popolazione generale, altri che la depressione risulti un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi cardiovascolari nella popolazione "sana", altri ancora che risulti essere un predittore di eventi infausti, quali l'infarto miocardico e la morte, in soggetti affetti da disturbi cardiovascolari.

Dal punto di vista epidemiologico si registra una prevalenza elevata dei disturbi cardiovascolari e di quelli depressivi, da ciò risulterebbe intuitivo una prevalenza alta di soggetti affetti dalla co-presenza delle

due condizioni, ma in realtà l'associazione ha un tasso di prevalenza ancora più elevato dell'atteso (11).

In particolare, la depressione maggiore e minore risultano avere una prevalenza pari a circa il 30-40% nelle settimane successive ad un infarto miocardico acuto. La prevalenza del disturbo depressivo maggiore da solo risulterebbe pari a circa il 15% nella popolazione degli infartuati.

D'altra la depressione risulterebbe associata ad un aumentato rischio di sviluppare delle malattie cardiovascolari (20, 17, 18, 14).

In particolare, l'evento "depressione" potrebbe predire delle complicanze del disturbo cardiovascolare, mentre un altro riporta un incremento del rischio morte di 2-2.5 volte nei soggetti che presentavano una condizione depressiva nella fase successiva all'infarto miocardico acuto (22, 23).

Recentemente, uno studio di coorte molto ampio con un campione di 1578 uomini e 1417 donne ha trovato che i sintomi ansiosi e depressivi erano più comuni nei soggetti affetti da disturbi cardiovascolari. Questi sintomi sarebbero dei fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi cardiovascolari e tale associazione non sembrerebbe essere spiegata in modo completo dalla loro associazione con altri fattori di rischio per disturbi cardiovascolari (10).

Infine altri studi hanno segnalato che anche l'ansia, in particolare se co-presente con la depressione, è associata ad un rischio incrementato di mortalità per disturbi cardiovascolari (24).

I risultati di studi epidemiologici suggerirebbero la necessità di una valutazione di screening per ansia e depressione nella popolazione di soggetti affetti da disturbi cardiovascolari e nello stesso tempo di un monitoraggio dal punto di vista cardiologico nei pazienti affetti da disturbi depressivi in modo da favorire un intervento precoce.

IPOSTESI EZIOPATOGENETICHE

I meccanismi patofisiologici esplicativi la relazione fra depressione ed il rischio di eventi cardiovascolari non sono a tutt'oggi chiariti.

Alcuni lavori hanno ipotizzato che la relazione sia mediata da comportamenti poco "sani" adottati dai soggetti depressi in particolare la scarsa attività fisica, la mancata adesione alle indicazioni di trattamento farmacologico per i disturbi cardiovascolari, alto tasso di tabagismo, presenza di altri fattori di rischio quali la ipercolesterolemia, iperglicemia.

Recenti studi però hanno contestato questa relazione almeno come unica esplicativa, ad esempio Shin et al (21) hanno evidenziato come i valori più elevati di colesterolo totale e più bassi valori di HDL colesterolo fossero presenti nei soggetti con un più basso punteggio di sintomi depressivi.

Un'altra ipotesi patogenetica porta dell'attenzione al ruolo del sistema nervoso autonomo (SNA) partendo dai risultati di alcuni studi che hanno evidenziato delle disfunzioni del SNA in soggetti affetti da depressione (7) e da qui si sono costruiti dei protocolli per studiare l'andamento del SNA nei soggetti depressi e affetti da disturbi cardiovascolari.

In aggiunta altri studi hanno suggerito che la relazione fra l'incremento del rischio di mortalità per eventi cardiovascolari e depressione fosse ricollegabile a disfunzioni del sistema nervoso autonomo o fattori dell'infiammazione

In particolare, ci sono suggestioni circa un'associazione fra il rischio di eventi mortali cardiovascolari e un riduzione dell'attività del parasimpatico a favore dell'incremento dell'attività simpatica.

Tra l'altro alcuni studi hanno supposto che la ridotta variabilità della frequenza cardiaca fosse un fattore prognostico negativo per gli eventi cardiovascolari (1)

Altri hanno evidenziato il possibile ruolo svolto da un incremento dei fattori dell'infiammazione (Ranjit et al 2007). In particolare un lavoro ha mostrato che le

citochine ed altri fattori infiammatori come la proteina C, TNF-alfa e delle citochine pro infiammatorie sono aumentate nei soggetti affetti da disturbi cardiovascolari e sarebbe implicati nello sviluppo di depressione (3). In altri studi tale relazione non è stata rilevata (10).

In aggiunta, uno studio mostra un'associazione maggiormente forte fra l'attività del SNA ed infiammazione nei soggetti depressi rispetto ai soggetti non affetti da depressione (9).

Uno studio recente però evidenzia che il fattore "depressione" sia di per sé un fattore di rischio per eventi mortali per disturbi cardiovascolari e solo in parte mediato da disfunzione del SNA e dai marker dell'infiammazione (12).

Un'altra ipotesi si concentra sul ruolo possibile del tono serotoninergico nella patogenesi del disturbo depressivo e dei disturbi cardiovascolari in base ai risultati di studi fatti sui recettori serotoninergici delle piastrine però recenti studi hanno trovato dei risultati negativi (19).

Infine, alcuni autori hanno proposto che il fattore "personalità" potesse fungere da mediatore nella relazione fra depressione e disturbi cardiovascolari in base ai risultati di alcuni studi che hanno mostrato che alcuni tratti ricollegabili alla personalità D siano dei fattori predittivi per lo sviluppo di una reazione depressiva in pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare acuto (4).

Pertanto la depressione potrebbe essere interpretata come una modalità reattiva in tali soggetti ad eventi stressanti così come gli eventi cardiovascolari l'espressione somatica con quadri quali ipertensione arteriosa, tachicardia sinusale.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO E NON FARMACOLOGICO

Storicamente, la necessità del trattamento dei soggetti affetti da depressione e da disturbi cardiovascolari si scontrava con il timore all'utilizzo degli antidepressivi

triciclici che erano i farmaci di prima scelta nella cura delle condizioni depressive.

Infatti, i triciclici presentano un effetto cardiotossico, hanno un'azione sul ritmo cardiaco in particolare possono provocare della tachicardia sinusale, dell'ipotensione ortostatica ed episodicamente arteriosa. Questo profilo favoriva la prescrizione di un trattamento inadeguato del paziente.

Tra l'altro, è noto delle alterazioni all' ECG durante il trattamento con triciclici, in particolare hanno evidenziato la possibilità dell'incremento del QTc.

Tra i triciclici, le amine terziarie quali amitriptilina, imipramina, clomipramina presentano più effetti negativi sul sistema cardiovascolari rispetto alle amine secondarie quali nortriptilina.

Complessivamente l'utilizzo dei triciclici non è sicuro e pertanto sconsigliato nei pazienti affetti da angina pectoris, infarto miocardico ed ipertensione arteriosa.

L'attenzione agli effetti indesiderati soprattutto relativi al sistema cardiovascolare risulta fondamentale nel momento della prescrizione di un antidepressivo in un paziente affetto anche da disturbi cardiovascolari. In particolare gli Inibitori del Reuptake della Serotonina (IRSS) in un primo tempo sono stati presentati come privi di cardiotossicità in relazione ai risultati degli studi pre-clinici.

Inoltre gli IRSS non mostrano determinare dell'ipotensione posturale od avere un effetto clinicamente significativo sulla frequenza cardiaca pertanto la letteratura suggerisce il loro utilizzo in pazienti affetti da disturbi cardiovascolari.

In un recente lavoro di revisione della letteratura sull'argomento (26) si segnala di 4 studi controllati, in doppio cieco, randomizzati sugli effetti di differenti IRSS in un periodo di circa 8-12 settimane in pazienti affetti da disturbo depressivo.

In un lavoro, i risultati hanno mostrato un effetto superiore della paroxetina al placebo in modo significativo (8), in un altro della sertralina (15). Negli stessi studi non

venivano riportati degli effetti indesiderati ricollegabili al trattamento suggerendo l'efficacia e la sicurezza degli IRSS in questi pazienti.

Mentre gli altri due non hanno trovato una differenza significativa. Il risultato della mancanza di una differenza significativa fra placebo e gli IRSS che gli autori attribuivano all'utilizzo di un monitoraggio clinico e d'interventi supportivi che avevano ricevuto anche i pazienti in placebo.

Più recentemente, i dati di valutazioni post-marketing hanno mostrato che il citalopram provoca un allungamento del QTc che a sua volta risulta un fattore per lo sviluppo di aritmie anche fatali, fra cui la torsione di punta.

Pertanto nel 2011 la Food and Drug Administration (FDA) ha annunciato che citalopram non può essere prescritto ad un dosaggio superiore a 40 mg/die. In un secondo tempo la FDA ha precisato che il dosaggio di 20 mg/die risulta prescrivibile come dosaggio massimo in un sottogruppo di pazienti ossia quelli con un'età superiore a 60 anni e che assumano altri farmaci inibitori del citocromo P450 2C19.

Un recente studio mostrerebbe una riduzione di QTc durante un trattamento con bupropione (2).

In questo lavoro si suggerisce che nella scelta del trattamento con IRSS si potrebbe considerare più sicuro l'utilizzo di sertralina rispetto al citalopram.

Infine il bupropione è stato suggerito come farmaco da utilizzare per l'augmentation (Kornbluh et al 2001), anche se la FDA non ha dato questa indicazione.

Infine, i risultati di questo studio hanno suggerito l'utilizzo di bupropione per correggere l'allungamento del QTc in pazienti parzialmente responsivi a citalopram e che necessiterebbe di un incremento del dosaggio per ottenere una risposta clinica.

Dall'esperienza clinica e alcuni lavori preliminari suggerirebbero che in generale il trattamento antidepressivo potesse migliorare l'andamento anche della condizione cardiologica oltre che attenuare la sintomatologia depressiva, però questi studi avevano dei campioni di soggetti arruolati di dimensioni ridotte come limitazione..

Ciò nonostante la American Heart Association ha raccomandato una valutazione di screening per la depressione in tutti i pazienti affetti da disturbi cardiovascolari (25).

Anche tenendo conto dei risultati di uno studio controllato e randomizzato, il quale ha mostrato che tra i soggetti trattati per depressione dopo un infarto miocardico: quelli che avevano avuto una risposta al trattamento per la depressione presentavano un tasso di eventi cardiaci negativi più basso rispetto a quello dei soggetti non responsivi al trattamento e a quelli non trattati (5).

Infine ci sono diversi esperti che consigliano un intervento integrato tra dei farmaci antidepressivi, un intervento psico-sociale e più recentemente anche alcuni clinici hanno proposto la prescrizione di interventi che agiscano sulle disfunzioni del SNA o sui fattori infiammatori in studi clinici controllati (12).

Fra gli esperti che propongono l'intervento psicoterapico come intervento sia da solo sia in associazione al trattamento farmacologico in soggetti affetti da depressione con dei disturbi cardiovascolari sottolineando l'assenza degli effetti indesiderati e l'alto tasso di accettazione del trattamento da parte dei pazienti stessi.

In letteratura sono però a tutt'ora poche le conferme dell'efficacia di interventi psicoterapici in pazienti depressi e affetti da disturbi cardiovascolari.

In particolare, un singolo studio controllato ha mostrato l'efficacia della combinazione di esercizio fisico e psicoterapia cognitivo-comportamentale nella cura della depressione in soggetti affetti da disturbi cardiovascolari (6), ma lo stesso studio non ha mostrato un'efficacia dei due interventi da soli. In aggiunta lo studio era su un campione limitato e pertanto sarebbe necessario ripetere altri studi su campioni più ampi.

Abbiamo selezionato i lavori maggiormente attendibili considerando il disegno dello studio, la numerosità del campione, il tipo di analisi statistiche usate ed abbiamo deciso i loro risultati nella *tabella 1*.

CONCLUSIONI

Nell'attualità, pertanto non ci sono delle linee guida al trattamento di soggetti affetti da disturbo depressivo in co-diagnosi con i disturbi cardiovascolari. Da una valutazione della letteratura e in accordo con l'esperienza clinica si suggerisce l'avvio di un trattamento farmacologico con IRSS. In caso di risposta parziale si consiglia l'associazione con un dosaggio basso di bupropione.

Infine, in caso di mancata risposta o di non possibilità di prescrizione dell'IRSS valutare l'intervento psicoterapico

Tabella 1. Studi di efficacia di diversi tipi di trattamento sulla depressione in soggetti con disturbi cardiovascolari

	Disegno dello studio	Campione	Intervento	Risultato
O' Connor et al 2010	RCT	469	Sertralina e supporto vs placebo e supporto	NS
Gottlieb et al 2007	RCT	28	Paroxetina vs placebo	Diff. Significativa
Leskakis et al 2010	RCT	25	Sertralina vs placebo	Diff. Significativa
Fraguas et al 2009	RCT	37	Citalopram e monitoraggio clinico vs placebo e monitoraggio clinico	NS
Powel et al 2010	RCT	902	Cure abituali e counseling con programmi management vs cure abituali	NS
Gary et al 2010	RCT	74	TCC vs TCC e esercizio fisico vs esercizio fisico vs intervento clinico standard	Diff significativa solo per il gruppo in trattamento combinato

di tipo cognitivo comportamentale o mindfulness-based.

Molti autori, infine, propongono l'utilizzo della prescrizione dell'esercizio fisico in associazione agli interventi sovra-citati.

*UOP 51, Azienda Ospedaliera san Paolo di Milano

BIBLIOGRAFIA

1. Buccelletti E, Gilardi E, Scaini E, Galiuto L, Persiani R, Biondi A, Basile F, Silveri NG., *Heart rate variability and myocardial infarction: systemic literature review and meta-analysis*, Eur Rev Med Pharmacol Sci 2009; 13: 299-307.
2. Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, Erb JL, Churchill SE, Kohane IS, Perlis RH., *QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records*, BMJ 2013; 29.
3. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. *From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain*, Nature Reviews Neuroscience 2008; 9: 46-56.
4. De Fazio P, Caroleo M, Rizza P, Cerminate G, De Serio D, Indolfi C, Segura-Garcia C. *Specific personality traits and coping styles predict affective symptoms in early post-acute coronary syndrome inpatients*.
5. De Jonge P, Honig A, van Melle JP, Schene AH, Kuyper AM, Tulner D, Schins A, Ormel J., *Nonresponse to treatment for depression following myocardial infarction: association with subsequent cardiac events*, American Journal of Psychiatry 2007; 164: 1371-78.
6. Gary RA, Dubar SB, Higgins MK, Musselman DL, Smith AL, *Combined Exercise and cognitive behavioural therapy improves outcome in patients with heart failure*, J Psychosom Res 2010; 69: 119-31.
7. Glassman AH, Bigger JT, Gaffney M, van Zyl LT, *Heart rate variability in acute coronary syndrome patients with major depression: influence of sertraline and mood improvement*, Arch Gen Psychiatry 2007; 69: 4-9.
8. Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA, Katzen S, Vesely MR, Greenberg et al, *A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure*, Am Heart J 2007; 153: 868-73.
9. Frasure-Smith N, Lesperance F, Irwin MR, Talajic M, Pollock BG, *The relationships among heart rate variability, inflammatory markers and depression in coronary heart disease patients*, Brain Behavior Immun 2009; 23: 1140-7.
10. Holt RI, Phillips DI, Jameson KA, Cooper C, Dennison EM, Peveler RC, *The relationship between depression, anxiety and cardiovascular disease: findings from the Hertfordshire Cohort Study*, J Affect Disord 2013; 186-9.
11. Katon WJ., *Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness*. Dialogue in clinical Neuroscience 2011; 13: 7-23.
12. Kop WJ, Stein PK, Tracy RP, Barzilay JI, Schulz R, Gootdiener JS. *Autonomic nervous system dysfunction and inflammation contribute to the increased cardiovascular mortality risk associated with depression*, Psychosomatic Medicine 2010: 626-635
13. Kornbluh R, Papakoostas GI, Petersen T, Neault NB, Nierenberg AA, Rosenbaum JF et al. *A survey of prescribing preferences in the treatment of refractory depression: recent trends*, Psychopharmacol Bull 2001; 35: 150-6.
14. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG., *Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction*, Circulation 2002; 105: 1049-53.
15. Lekakis J, Ikonomidis I, Papoutsis Z., Moutsatsou P, Nikolaou M., Parisis J. et al., *Selective serotonin uptake inhibitors decrease the cytokine-induced endothelial adhesiveness to monocytes and circulating levels of vascular adhesion molecules*, Int J Cardiol 2010; 139: 150-8.
16. Mavrides N., Nemeroff C., *Treatment of depression in cardiovascular disease*, Depression Anxiety 2013; 30: 328-41.
17. Nicholson A., Kuper H., Hemingway H., *Depression as AN aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies*, Eur Heart J 2006; 27: 2763-74
18. Rozanski A., Blumenthal J.A., Davidson K.W., Saab P.G., Kubzansky L., *The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology*, J. Am. Coll. Cardiol 2005; 45: 637-51.
19. Sanner J.E., Fraizer L., Udtha M., YJBM 2013; 86: 5-13.
20. Schulz R., Beach S.R., Ives D.G., Martire L.M., Ariyo A.A., Kop WJ., *Association between depression and mortality in older adults: the cardiovascular health study*, Arch Intern Med 2000; 160: 1761-8.
21. Shin J.Y., Suls J., Martin R., *Are cholesterol and depression inversely related? A meta-analysis of the association between two cardiac risk factors*, Annals of behavioural Medicine 2008; 36: 33-43.
22. Sorensen C., Brandes A., Hendricks O., Thrane J., Friis-Hasche E., Haghfelt T., Bech P., *Psychosocial predictors of depression in patients with acute coronary syndrome*, Acta Psychaitrica Scandinavica 2005; 34: 1234-42.
23. Van Melle J.P., de Longe P., Pijkerman T.A., Tijssen J.G., Ormel J., van Veldhuisen D.J., Van de Brink R.H., Vanden Berg M.P., *Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta analysis*, Psychosomatic Medicine 2004; 66: 814-22.
24. Watkins L.L., Kosh G.G., Sherwood A., Blumenthal J.A., Davidson J.R., O'Connor C., Setch M.H. *Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease*, JAHA 2013; 68
25. Whooley & Wong, *Depression and cardiovascular disorders* 2013; 9: 327-54.
26. Woltz P.C., Chapa D.W., Friedman E., Son H., Akintade B., Thomas S.A., *Effects of interventions on depression in heart failure: a systematic review*, Heart & Lung 2012; 41:469-83.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Segretario:

Mauro Percudani
(*Garbagnate Milanese, MI*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)

Consiglieri Eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)