



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXX • n. 1 • gennaio-giugno

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:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
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*)
Gabiella 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 Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 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 PRIMO PIANO

3 La paranoia (ri-)accende i forni crematori
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

8 L'ADHD nell'adulto
Esperienza clinica e linee guida per il trattamento
di Migliarese G., Magni E., Cerveri G., Venturi V., Mencacci C.

23 Linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del delirium nella persona anziana
di Toscano M.

36 Questioni "Alle Frontiere della 180"
Alcuni spunti di riflessione
di Bruno D.

39 Conoscenza degli effetti e uso della Cannabis
Uno studio su un campione di studenti bolognesi
di Staccini L., Mandelli L., Ali S., Cucchi M., Porcelli S.

51 La necessità di un intervento precoce nella Schizofrenia
Utilizzo dei LAI e barriere nel loro utilizzo
di Gala C., Cavallotti S.

57 Dipendenza da internet e comorbidità psicopatologica
Una indagine in pazienti in carico ai servizi di salute mentale dell'area metropolitana
di Di Bernardo I., Truzoli R., Varinelli A., Viganò C.A.

64 Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) nell'Adulto
Un progetto in Valtellina e Alto Lario
di Ballantini M.

PSICHIATRIA FORENSE

69 Il Disegno di Legge c.d. GELLI è divenuto legge dello stato
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Timoteo*

Leda con il cigno
Musei capitolini

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

La necessità di un intervento precoce nella Schizofrenia

Utilizzo dei LAI e barriere nel loro utilizzo

di Costanzo Gala * e Simone Cavallotti **

INTRODUZIONE

La Schizofrenia è un disordine psichiatrico grave e complesso che ha importanti implicazioni sia per quanto riguarda il paziente che per quanto riguarda la società. Sebbene il decorso clinico sia generalmente negativo, si stima che il 50% dei pazienti abbia un andamento intermittente caratterizzato da ricadute cliniche rilevanti intervallate da periodi di relativo benessere, mentre circa il 20% dei pazienti manifesta sintomi cronicizzati che comportano una disabilità (Barbato, 1998).

A livello globale, questa patologia ha un'incidenza di circa lo 0.7% con variazioni di circa cinque volte, dipendenti dall'esposizione o meno a fattori di rischio (McGrath, 2008). Questi ultimi sono stati ben studiati nel corso degli anni e possono essere riconducibili sia a condizioni ascrivibili al neuro sviluppo (stress materno e/o infezioni durante la gravidanza) che a problematiche di tipo socio-economico (povertà, maltrattamento in età infantile, immigrazione) (Owen, 2016). Negli ultimi anni si sono accumulate evidenze scientifiche anche riguardo l'uso di cannabinoidi e l'insorgenza di questa patologia (Moore, 2007).

Questi fattori di rischio, unitamente a predisposizioni genetiche (SWGPGC, 2014), possono portare all'insorgenza di sintomi psicotici e, ancor prima, a sintomi prodromici che caratterizzano Stati Mentali a Rischio. I Servizi Psichiatrici hanno il dovere di intervenire precocemente, a partire proprio da questi Stati Mentali, in modo da migliorare l'*outcome* della patologia ed evitarne la cronicizzazione (Fusar-Poli, 2015).

Nonostante la scarsa efficacia sui sintomi negativi e sulla cognitività, gli antipsicotici rimangono il primo trattamento per la cura della Schizofrenia, soprattutto per quanto riguarda il controllo della sintomatologia positiva (Owen, 2016). Proprio il controllo di questo tipo di sintomatologia migliora notevolmente la qualità di vita ed il funzionamento socio-lavorativo dei pazienti schizofrenici, offrendo loro la possibilità di raggiungere anche una vera e propria remissione (Haro, 2014).

Un grande ostacolo alla cura è tuttavia costituito dalla mancanza di *compliance* alla terapia psicofarmacologica, fenomeno spesso diffuso tra i pazienti e oggetto di riflessione clinica. Esso comporta ospedalizzazioni, perdita di giorni di lavoro sia per il paziente che per i suoi familiari, nonché ulteriori costi: ad oggi la Schizofrenia è una delle 25 malattie al mondo che hanno un maggior peso da un punto di vista economico (Chong, 2016).

Alla luce di tutto ciò, nel corso degli anni, la comunità scientifica ha ritenuto sempre più importante intervenire in modo mirato sin dalle frasi prodromiche di malattia al fine di migliorarne l'andamento. Proprio per questo l'appendice dell'ultimo Manuale Diagnostico Statistico ha dedicato una sezione al trattamento di questa tematica (APA, 2013).

Dunque, la chiave di un buon trattamento di questa patologia sta nella tempestività dell'intervento e nella ottimale aderenza all'assunzione della terapia antipsicotica; è stato ben documentato, infatti, che la sospensione delle cure farmacologiche nella Schizofrenia porti ad un incrementato tasso di ospedalizzazioni (Kane, 1996). Inoltre, ogni scompenso acuto comporta danni rilevanti a livello organico, ben documentati con Risonanza Magnetica (Nasrallah, 2011): l'encefalo di un soggetto schizofrenico è architettrualmente simile a quello di un paziente che soffre di demenza.

La realtà italiana mostra ancora importanti mancanze per quanto riguarda un intervento farmacologico adeguato e mirato in soggetti al primo scompenso psicotico. In un importante studio che ha coinvolto tutti i

Dipartimenti di Salute Mentale in Italia è stato trovato che solo il 35% applica una strategia farmacologica che si rifaccia alle linee guide internazionali, mentre il 90% dei centri fornisce un supporto aspecifico di tipo psicoeducativo e/o psicoterapico. Si rende pertanto necessaria una maggiore attenzione all'intervento farmacologico tempestivo, personalizzato e che si rifaccia ad evidenze di letteratura su tutto il territorio nazionale in modo uniforme (Cocchi, 2015)

Le vecchie terapie antipsicotiche depot e, soprattutto, i nuovi long-acting (LAI) sono sicuramente un'arma in più per garantire una stabilità alle cure e per minimizzare le ricadute rispetto alle sole terapie orali (Khan, 2016), anche se la prescrizione rimane ancora troppo bassa per tutta una serie di perplessità degli psichiatri (Brissos, 2014). Si stima, infatti, che in Italia più del 90% degli psichiatri si dichiara favorevole all'uso dei LAI, ma solamente il 17% effettivamente li prescrive (Piccinni, 2015).

BARRIERE ALL'UTILIZZO DEI LAI E LA NECESSITÀ DI UN INTERVENTO PRECOCE

Diversi studi (Offord, 2013; Marcus, 2015) hanno dimostrato come il tasso di ricadute e di reospedalizzazione sia nettamente diminuito con l'assunzione di una terapia long-acting e come questa consapevolezza sia stata acquisita dagli psichiatri (Hamann, 2010). Anche solo la mancanza di assunzione o l'assunzione irregolare della terapia psicofarmacologica per os, infatti, può condurre ad uno scompenso clinicamente rilevante (Weiden, 2004): solo un'assunzione regolare della terapia antipsicotica può garantire il benessere del paziente nel tempo (Kane, 1996).

Nonostante il 42% dei giovani pazienti abbandoni la farmacoterapia dopo un anno dall'insorgenza della sintomatologia psicotica e circa il 50% sospenda la terapia antipsicotica orale dopo la prima ospedalizzazione (Tiihonen, 2011), la somministrazione dei LAI rimane ad uso pressoché esclusivo di una popolazione di pazienti cronicizzati sia come sintomatologia (positiva, negativa e cognitiva) che come basso funzionamento socio-lavorativo (Mirski, 2012).

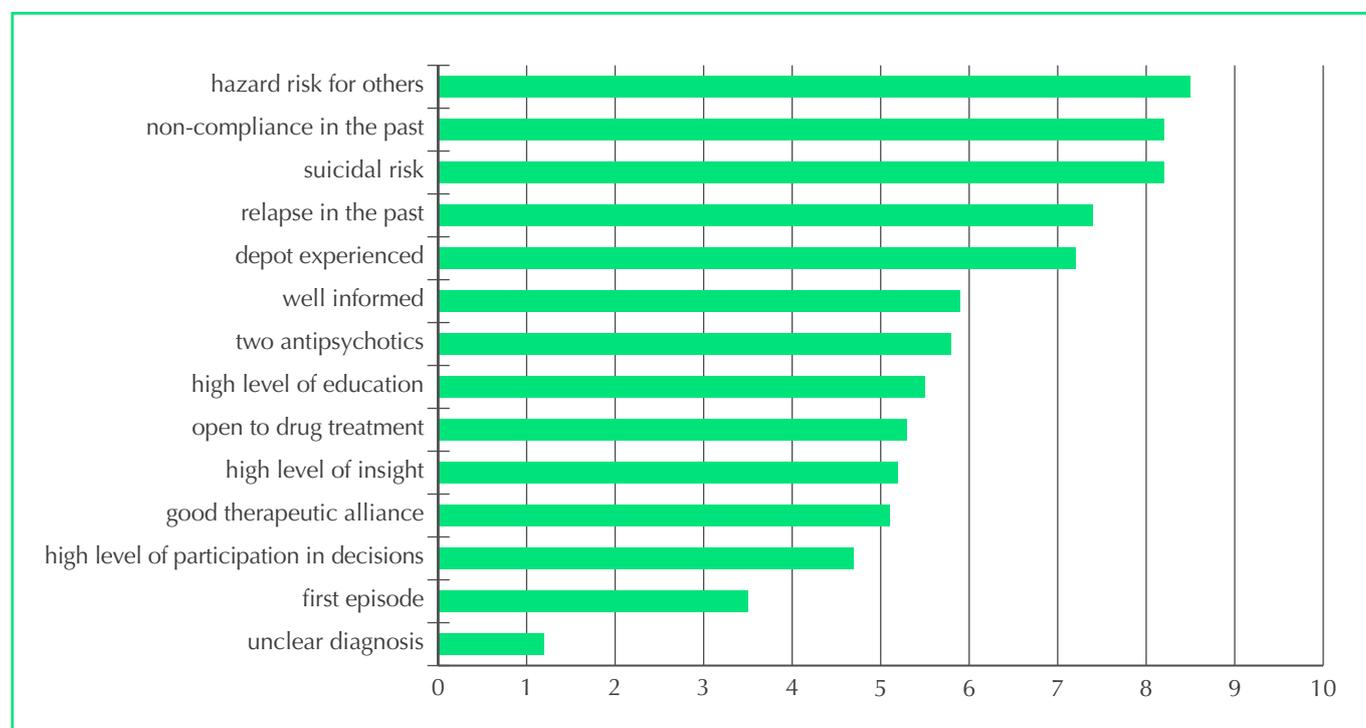


Figura 1— tratta da: Heres S, Hamann J, Mendel R, Wickelmaier F, Pajonk FG, Leucht S, Kissling W, *Identifying the profile of optimal candidates for antipsychotic depot therapy. A cluster analysis.* *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32(8):1987-93, 2008.

In un interessante lavoro è stato evidenziato come emerge, da una vasta intervista ad una popolazione di psichiatri, che la prescrizione di LAI a giovani al primo scompenso psicotico sia drammaticamente bassa: essere all'esordio di malattia costituisce addirittura una delle ultime motivazioni alla prescrizione di LAI (*figura 1*). Negli ultimissimi anni il paradigma sta cominciando a cambiare: perché non prescrivere le terapie depot/long-acting a soggetti giovani all'esordio di malattia e garantendo loro un minore tasso di ricadute con un netto miglioramento prognostico? (Stahl, 2014).

Analizzando la realtà clinica, in un recente studio (De Bartolomeis, 2016) si è indagato quali siano i motivi che influenzano la scelta di una terapia antipsicotica rispetto ad un'altra e quali elementi sono alla base di una prescrizione di un LAI. Gli Autori hanno trovato che il primo fattore a guidare la scelta di una terapia rispetto ad un'altra sia l'efficacia, seguita dalla tollerabilità, funzionamento globale socio-lavorativo ed infine la qualità di vita. Inoltre, è stato documentato che il primo motivo che spinge uno psichiatra ad intraprendere una terapia LAI sia la scarsa aderenza all'assunzione di farmaci antipsicotici per bocca; giocano un ruolo importante anche lo scarso controllo della sintomatologia (positiva) con terapie orali, un contesto sociale di isolamento, giovani pazienti all'esordio di malattia e, infine, la mancanza di altri interventi terapeutici.

Nonostante le evidenze di letteratura sottolineino l'importanza dell'assunzione di una terapia antipsicotica soprattutto all'inizio della malattia (Subotnik, 2015), l'idea di prescrivere una terapia long-acting all'esordio di Schizofrenia non è così radicata ed è presente un'ambivalenza comunicativa al giovane paziente dovuta a pregiudizi del prescrittore (Weiden, 2015), che spesso non spiegano i vantaggi di una tale scelta terapeutica, lasciando il paziente (ed i familiari) in dubbi o paure (Potkin, 2013).

Gli elementi più comuni legati alla mancanza di una prescrizione di una terapia LAI sono soprattutto legati

al timore di una scarsa tollerabilità e sicurezza, di effetti indesiderati potenzialmente più gravi rispetto ad una terapia orale, allo stigma verso l'esecuzione di una terapia iniettiva che lega il paziente ad una struttura ambulatoriale e, infine, a costi elevati (Brissos, 2014).

Queste perplessità e barriere all'utilizzo dei LAI sono spesso poco supportate da recenti evidenze di letteratura: alcuni lavori suggeriscono una parità di efficacia (Misa-wa, 2016) tra terapia LAI ed orale. Le due modalità di somministrazione mostrano anche la stessa probabilità di comparsa di gravi effetti indesiderati (Adams, 2001; Glazer, 1992). Addirittura, la qualità di vita è migliore in persone che assumono LAI (Pietrini, 2016) ed i costi sanitari correlati con ospedalizzazioni, uso inappropriato di farmaci e perdita di giornate lavorative per pazienti e caregivers (Lin, 2013) sono notevolmente più bassi rispetto a quelli dei pazienti schizofrenici che assumono terapie antipsicotiche orali. Esistono anche evidenze che mostrano come la prescrizione di LAI diminuisca in modo significativo il numero di omicidi commessi da pazienti con una diagnosi di psicosi (Sher, 2015).

Inoltre, lo stigma può essere ridimensionato con una corretta psicoeducazione (Amlan, 2014); i familiari sarebbero esentati dal controllo dell'assunzione del farmaco e i sanitari potrebbero attivamente monitorare ed eventualmente agire in caso di interruzione delle terapie (NICE, 2009).

Oltre alle perplessità discusse, che limitano la prescrizione di LAI, esiste anche un'altra problematica, già accennata sopra, riguardante la poco corretta identificazione del paziente candidabile a questo tipo di trattamento.

Come suggerito da un interessante lavoro (Rossi, 2012), alcuni pazienti in particolare mostrano una statisticamente significativa possibilità di interrompere le prescrizioni farmacologiche, fatto che li candiderebbe all'assunzione di una terapia long-acting: essi sono giovani pazienti con una breve storia di malattia, con mancanza o parziale di consapevolezza di malattia, con eventuale presenza di abuso di sostanze stupefacenti (*si veda anche figura 2*).

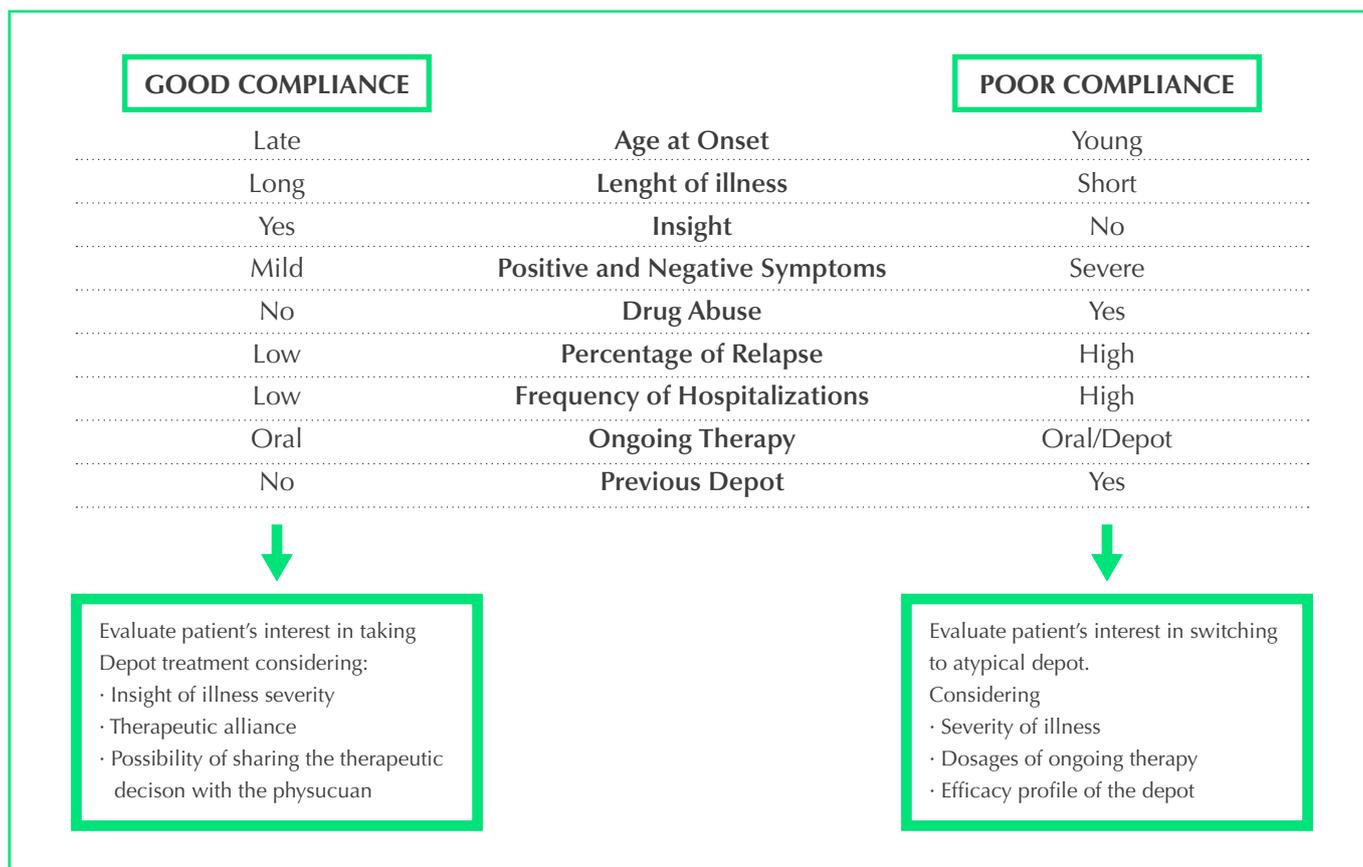


Figura 2 — Decision algorithm for choosing a long-acting antipsychotic based on treatment compliance predictors reported in the literature (Rossi, 2012)

CONCLUSIONI

Le evidenze suggeriscono che il disturbo schizofrenico è una problematica in cui serve un intervento farmacologico precoce per migliorare l'andamento della malattia. È noto, inoltre, che l'assunzione di una terapia continuativa e sicura garantisce una prognosi migliore. La somministrazione delle terapie depot e long-acting, dunque, soddisfa questa esigenza dei clinici e garantisce ai pazienti una remissione sintomatologica e un miglioramento della qualità della vita.

Spesso, tuttavia, i clinici stessi hanno preconcetti che rendono la presentazione dei LAI poco convincente ai pazienti e ai loro familiari: essi sembrano risultare un presidio poco valido, orientando conseguentemente la scelta su terapie orali che non garantiscono quei risultati che sono spesso sperati per la risoluzione delle problematiche cliniche. Recenti evidenze hanno dimostrato come questi pregiudizi siano spesso infondati e come le terapie long-acting rappresentino un'opzione che cambia drammaticamente l'andamento della

malattia: infatti, come mostrato, i pazienti possono beneficiare di una diminuzione dei tassi di ricadute, di ospedalizzazioni e di un miglioramento della qualità di vita. Inoltre, l'uso dei LAI comporterebbe una significativa riduzione dei costi della disabilità correlata alla Schizofrenia. Il compito del clinico dovrebbe avvicinarsi sempre più all'individuare in modo puntuale il candidato ideale per questo percorso terapeutico e al comunicare al meglio i vantaggi e gli eventuali svantaggi di questo tipo di terapie.

Afferenza degli autori

* *Direttore DSM "Ospedale San Paolo" ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

** *Psichiatra DSM "Ospedale San Paolo" ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

RIFERIMENTO MAIL: simone.cavallotti@ao-sanpaolo.it

BIBLIOGRAFIA

1. Barbato A., *Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy*, *Aust N Z J Psychiatry*. 32: 673-679, 1998.
2. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J., *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality*, *Epidemiol Rev*. 30: 67-76, 2008.
3. Owen M.J., Sawa A., Mortensen P.B., *Schizophrenia*, *Lancet*. 388(10039): 86-97, 2016.
4. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., et al., *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*, *Lancet*. 370: 319-328, 2007.
5. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, *Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci*, *Nature*. 511:421-427, 2014.
6. Fusar-Poli P., Rocchetti M., Sardella A., Avila A., Brandizzi M., Caverzasi E., Politi P., Ruhrmann S., McGuire P., *Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis*, *Br J Psychiatry*. 207(3):198-206, 2015.
7. Haro J.M., Novick D., Perrin E., Bertsch J., Knapp M., *Symptomatic remission and patient quality of life in an observational study of schizophrenia: is there a relationship?*, *Psychiatry Res*. 220(1-2):163-169, 2014.
8. Chong H.Y., Teoh S.L., Wu D.B., Kotirum S., Chiou C.F., Chaiyakunapruk N., *Global economic burden of schizophrenia: a systematic review*, *Neuropsychiatr Dis Treat*. 12:357-73, 2016.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013
10. Kane J.M., *Schizophrenia*, *N Engl J Med*. 334(1):34-41, 1996
11. Nasrallah H.A., Smeltzer D.J., *Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia*, *Handbooks in Health Care* co, 2011.
12. Cocchi A., Cavicchini A., Collavo M., Ghio L., Macchi S., Meneghelli A., Preti A., *Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi*, *Early Interv Psychiatry*. Sep 29, 2015.
13. Khan A.Y., Salaria S., Ovais M., Ide G.D., *Depot antipsychotics: Where do we stand?* *Ann Clin Psychiatry*. 28(4):289-298, 2016.
14. Brissos S., et al, *The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal*, *Ther Adv Psychopharmacol*. 4(5): 198-219, 2014.
15. Piccinni C., Piazza A., Poluzzi E., Tarricone I., Koci A., Berardi D., Fioritti A., de Ponti F., *Social and clinical descriptors of antipsychotic prescription*, *Int J Psychiatry Med*. 49(1):45-62, 2015
16. Offord S., Wong B., Mirski D., Baker R.A., Lin J., *Healthcare resource usage of schizophrenia patients initiating long-acting injectable antipsychotics vs oral*, *J Med Econ*. 16(2):231-239, 2013.
17. Marcus S.C., Zummo J., Pettit A.R., Stoddard J., Doshi J.A., *Antipsychotic adherence and rehospitalization in schizophrenia patients receiving oral versus long-acting injectable antipsychotics following hospital discharge*, *J Manag Care Spec Pharm*. 21(9):754-768, 2015.
18. Hamann J., Mendel R., Heres S., Leucht S., Kissling W., *How much more effective do depot antipsychotics have to be compared to oral antipsychotics before they are prescribed?* *Eur Neuropsychopharmacol*. 20(4):276-9, 2010.
19. Weiden P.J., Kozma C., Grogg A., Locklear J., *Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia*, *Psychiatr Serv*. 55(8):886-891, 2004.
20. Tiihonen J., Haukka J., Taylor M., Haddad P.M., Patel M.X., Korhonen P., *A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia*, *Am J Psychiatry*. 168(6):603-9, 2011. Erratum in: *Am J Psychiatry*. 169(2):223, 2012.
21. Mirski D et al., *LAI antipsychotics are currently used in patients with more severe Schizophrenia*, Presented at: 2012 Meeting of the American Psychiatric Association. May 5-9, 2012; Philadelphia, PA. Poster NR6-26.
22. Stahl S.M., *Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first?* *CNS Spectr*. 19(1):3-5, 2014.

23. De Bartolomeis A., Fagiolini A., Vaggi M., Vampini C. *Targets, attitudes, and goals of psychiatrists treating patients with schizophrenia: key outcome drivers, role of quality of life, and place of long-acting antipsychotics*, *Neuropsychiatr Dis Treat.* 11;12:99-108, 2016.
24. Subotnik K.L., Casaus L.R., Ventura J., Luo J.S., Hellemann G.S., Gretchen-Doorly D., Marder S., Nuechterlein K.H., *Long-acting injectable risperidone for relapse prevention and control of breakthrough symptoms after a recent first episode of schizophrenia. A randomized clinical trial*, *JAMA Psychiatry.* 72(8):822-9, 2015.
25. Weiden P.J., Roma R.S., Velligan D.I., Alphas L., DiChiara M., Davidson B., *The challenge of offering long-acting antipsychotic therapies: a preliminary discourse analysis of psychiatrist recommendations for injectable therapy to patients with schizophrenia*, *J Clin Psychiatry.* 76(6):684-90, 2015.
26. Potkin S., Bera R., Zubek D., Lau G. B., *Patient and prescriber perspectives on long-acting injectable (LAI) antipsychotics and analysis of in-office discussion regarding LAI treatment for schizophrenia*, *MC Psychiatry.* 13:261, 2013.
27. Misawa F, Kishimoto T, Hagi K, Kane JM, Correll CU, *Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics: A meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics*. *Schizophr Res.* 176(2-3):220-30, 2016.
28. Adams C.E., Fenton M.K., Quraishi S., David A.S., *Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia*, *Br J Psychiatry.* 179:290-299, 2001.
29. Glazer W.M., Kane J.M., *Depot neuroleptic therapy: an underutilized treatment option*. *J Clin Psychiatry.* 53(12):426-33, 1992.
30. Pietrini F, Spadafora M., Tatini L., Talamba G.A., Andrisano C., Boncompagni G., Manetti M., Ricca V., Ballerini A., *LAI versus oral: A case-control study on subjective experience of antipsychotic maintenance treatment*, *Eur Psychiatry.* 37:35-42, 2016.
31. Lin J., Wong B., Offord S., Mirski D., *Healthcare cost reductions associated with the use of LAI formulations of antipsychotic medications versus oral among patients with schizophrenia*, *J Behav Health Serv Res.* 40(3):355-66, 2013.
32. Sher L., Rice T., *World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Men's Mental Health, Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders*. *World J Biol Psychiatry.* 16(4):212-29, 2015
33. Amlan K.D., Malik A., Haddad P.M., *A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections*, *Ther Adv Psychopharmacol.* 4(5): 179-185, 2014.
34. NICE, *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (update)*. NICE Clinical Guidelines No. 82. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2009.
35. Rossi G., Frediani S., Rossi R., Rossi A., *Long-acting antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia: use in daily practice from naturalistic observations*, *BMC Psychiatry.* 12:122, 2012.

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
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

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 Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi