



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 2 • luglio-dicembre

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)
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 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.

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

IN PRIMO PIANO

- 3** L'indifferenza
di Giannelli A.
- 9** La legge regionale in materia di salute
mentale
di Cerati G.
- 12** La Legge di Riforma relativa alla salute
mentale
Un'esperienza ricca di sorprese
di Cetti C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 16** Proposta di Algoritmo per la scelta
del trattamento con antipsicotico in
acuto e nel lungo termine nella patologia
Schizofrenica
di Cerveri G., Mencacci C.
- 24** Il modello multifamiliare e la metafora
lavoro
*Identità sociale e costanza percettiva del sé
nelle relazioni complesse, una prospettiva
evolutiva e prognostica*
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.
- 31** Utilizzo della Cannabis
*Stato dell'arte su un campione di soggetti
afferenti all'area metropolitana milanese*
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S.,
Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

- 39** La Comunità socio educativa
residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la
Residenza Protetta di Comunanza
*Il rapporto tra ospiti delle strutture
e cittadinanza e le prime necessità
emergenti dopo il sisma*
di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua
A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P.,
Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G.,
Baldassarri C., Tešla V., Valentini V., Gianni
D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galie
V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci
C., Travagliani D., Pucci A., Gaspari M.

- 43** Conseguenze psicologiche e sociali dei
terremoti nell'Italia centrale
*Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale
XXIV della Regione Marche al primo no-
vembre 2016*
di Damiani T.

- 47** Diagnosi e trattamento di un
caso di psicosi puerperale con
sintomi schizofrenici e mancato
suicidio-infanticidio
di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M.,
Mattavelli S., Biffi G.

- 54** Un modello di prevenzione e cura
dei disturbi psichici gravi in età giovanile
(15-24 anni)
di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B.,
Bassi M., Cardamone G., Costantino A.,
Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di
Lavoro Progetto CCM 2013

- 66** Coinvolgimento e interventi con familiari
e carers di pazienti con disturbo
borderline di personalità
di Porcellana M., Morganti C.,
Saverino F., Carigi T., Rossi G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'importanza della cartella clinica
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Recumbent Figure*

Henry Moore, 1938

© The Henry Moore Foundation. All Rights Reserved

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



Proposta di Algoritmo per la scelta del trattamento con antipsicotico in acuto e nel lungo termine nella patologia Schizofrenica

Giancarlo Cerveri¹, Claudio Mencacci¹

La qualità della cura erogata dai servizi di salute mentale è spesso non ottimale in quanto non viene sempre proposto un trattamento in accordo a criteri fondati sulle evidenze scientifiche e tali risposte possono variare ampiamente in funzioni della tipologia del soggetto che eroga la prestazione (Institute of Medicine, 2006). Per esempio anche in un sistema sanitario con un servizio per la salute mentale altamente omogeneo come quello presente nella regione Lombardia, gli autori di una ricerca del 2011, dopo aver definito secondo criteri rigorosi un trattamento “minimamente adeguato” per pazienti sofferenti di patologia schizofrenica, ottengono che circa la metà dei pazienti trattati non riceve un trattamento “minimamente adeguato” secondo quanto previsto dalle indicazioni fornite dalla letteratura scientifica (Lora et al., 2011). Questo tipo di risultato proviene dall’utilizzo di indicatori clinici molto complessi che coinvolgono tipologie di intervento estremamente varie e che rappresentano l’ampio spettro di attività che è ritenuto necessario per formulare diagnosi di schizofrenia ed avviare le cure di tipo farmacologico e riabilitativo necessarie per ottenere una condizione di remissione sintomatologica o, ove possibile, guarigione clinica. Indicatori clinici, basati sulle evidenze e sulle best-practice possono essere utilizzati per permettere comparazioni (benchmarking), stabilire priorità per mi-

gliorare la qualità dell’intervento, supportare l’esigibilità di alcune prestazioni e fornire trasparenza nel servizio sanitario (Mainz, 2003). Ancora più recentemente è stata condotta una ricerca per definire la tipologia di trattamento che i soggetti affetti da schizofrenia hanno ricevuto in Regione Lombardia nell’anno 2009 (Lora, 2016). Tale analisi è stata condotta tramite l’utilizzo del database informativo in utilizzo presso la regione e ha permesso di definire quale tipologia di prestazioni ricevono i quasi 30.000 soggetti trattati per schizofrenia. I risultati di questa ricerca hanno permesso di osservare diverse criticità sia sulla modalità di risposta organizzativa che i pazienti affetti da schizofrenia ricevono dai servizi di salute mentale in urgenza e nella fase di mantenimento, sia sulla tipologia di intervento di cura che ricevono. In particolare si sono osservate numerose criticità anche su quell’area di risposta alla patologia schizofrenica che dovrebbe essere maggiormente consolidata e determinata nelle sue caratteristiche, che è l’intervento psicofarmacologico. Gli autori hanno osservato per esempio che al primo episodio di schizofrenia dopo 90 giorni dall’inizio di un trattamento con antipsicotico solo una persona su 6 prosegue i trattamenti (16%) e dopo 180 giorni solo 1 su 10 (11%). Inoltre solo il 14% di coloro che proseguono il trattamento con un antipsicotico di seconda generazione eseguono un adeguato monitoraggio del profilo glicemico e glucidico nelle prime 12 settimane in accordo con le linee guida internazionali (almeno due valutazioni). Dopo un ricovero in un Servizio di Diagnosi e Cura, solo il 59% dei soggetti dimessi ha un dosaggio di antipsicotico appropriato (più di 300 mg/equivalenti di clorpromazina). Le criticità sono presenti anche nella fase di mantenimento del tratta-

mento psicofarmacologico, in particolare dei pazienti che iniziano una terapia continuativa con antipsicotici il 65% è ancora in trattamento a distanza di 90 giorni, il 49% dopo 180 giorni e il 35% dopo 365 giorni. Di coloro che mostravano una risposta non soddisfacente ad almeno due molecole di antipsicotici (pazienti con Schizofrenia resistente) solo il 14% veniva avviato ad un trattamento con clozapina. Infine dei soggetti in terapia antipsicotica di mantenimento con un antipsicotico di seconda generazione meno della metà (47%) riceve un adeguato monitoraggio lipidico e glucidico. Sulla scorta di tali risultati emerge la necessità di implementare nella pratica clinica l'utilizzo di linee guida di trattamento che possano fornire supporto ai clinici ed uniformare gli interventi proposti a soggetti affetti da schizofrenia. Le Clinical Practice Guidelines (CPGs) sono fondate sulla sintesi delle evidenze scientifiche disponibili per definire il miglior approccio per diagnosi, terapia o trattamento di un particolare dominio clinico al fine di ottimizzare il processo di cura (IMCSD, 2011). Le ricerche che hanno esaminato la compliance dei clinici a CPGs hanno mostrato risultati non univoci, con la tendenza, nella maggior parte degli studi, a mostrare attenzione solo a singole componenti delle linee guida (Owen et al., 2008). I risultati ottenuti da survey condotte su clinici a dimostrato numerose barriere rispetto all'adozione e all'aderenza a CPGs, tra queste la scarsa conoscenza o il disaccordo con l'utilizzo di linee guida, la poca motivazione al cambiamento, attitudine negativa in generale verso le linee guida, fiducia assoluta nell'esperienza pratica personale, poco tempo per studiarle, disponibilità e supporto organizzativo nell'utilizzarle (Forsner, 2010; Yang, 2013). A livello locale sono stati identificati come fattori importanti nel determinare il successo nell'adozione di CPG la cultura organizzativa, meccanismi di valutazione dei risultati con feedback sulla qualità delle prestazioni fornite. Una recente review ha determinato che l'implementazione dell'adozione di linee guida è un processo caratterizzato da numerosi interventi che

includono materiale educativo, incontri formativi e gruppi di lavoro coordinati (Girlanda, 2013).

Scopo della presente ricerca è definire un modello semplice e fruibile di algoritmo, fondato sulle attuali evidenze scientifiche, che possa supportare il clinico nella scelta dell'antipsicotico nel trattamento della patologia schizofrenica sia nella fase acuta che di mantenimento.

METODI

Tramite una review sistematica si sono definiti alcuni modelli di indirizzo nelle modalità di scelta della molecola di antipsicotico e dell'utilizzo di formulazioni long acting. Per ogni scelta è stato fornito uno o più riferimenti bibliografici. Il modello rappresentativo utilizzato si fonda sulla definizione di modalità di scelta dicotomica.

Si sono costituite due schede, una per la fase di trattamento acuto ed una per la fase di mantenimento. Si sono poi aggiunte due sezioni, la prima con definizione di criteri di scelta tra antipsicotico di prima e di seconda generazione e la seconda relativa alla scelta tra formulazione orale e long acting.

Disclosure

Per la realizzazione di questo lavoro è stata ottenuto un grant incondizionato da parte di Otsuka Pharmaceutical Italy S.r.l.

(1) Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano

BIBLIOGRAFIA

1. Institute of Medicine, *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance Conditions*. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.
2. Lora A., Conti V., Leoni O et al., *Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy*. *Psichiatri Serv* 2011;62:1079-84.
3. Mainz J., *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. *Int J Qual Health Care* 2003;15:523-30.
4. Lora A., Monzani E., Bussy I., Soranna D., Corrao G., *Routine quality care assessment of schizophrenic disorders using information systems*. *International Journal for Quality in Health Care*, 2016, 1-6.
5. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines we can trust*. In: Graham R., Mancher M., Miller Wolman D., Greenfield S., Steinberg E., Editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
6. Owen R.R., Hudson T., Thrush C., Thapa P., Armitage T., Landes RD., *The Effectiveness of Guideline Implementation Strategies on Improving Antipsychotic Medication Management for Schizophrenia*. *Med Care*. 2008;46:686-91.
7. Forsner T., Hansson J., Brommels M., Wistedt A.A., Forsell Y., *Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers*. *BMC Psychiatry*. 2010;10:8.
8. Yang J., Han C., Yoon H.K., Pae C.U., Kim M.J., Park S.Y., et al., *Experiences and barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea*. *BMC Psychiatry*. 2013;13:150.
9. Girlanda F., Fiedler I., Ay E., Barbui C., Koeesters M., *Guideline implementation strategies for specialist mental healthcare*. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26:369-75.

Algoritmo per il trattamento della patologia schizofrenica

PREMESSA

La complessità della schizofrenia comporta la necessità di considerare le diverse possibilità di trattamento in ragione della fase clinica del disturbo, della necessità di ospedalizzazione, del grado di accettazione del trattamento da parte di paziente e familiari. La scelta del trattamento farmacologico è considerata in maniera altamente condivisa come prioritaria nella fase acuta della schizofrenia e indicata come continua e forse indefinita nel tempo qualora la risposta sia parziale o siano presenti ricadute nel tempo.

Lo strumento fornito rappresenta una indicazione di riferimento su alcune buone prassi nel trattamento della patologia schizofrenica. Esso è volutamente schematico ed agevole, non ha lo scopo di sostituire ma al più di integrare la valutazione clinica che permane necessaria e centrale in tutti gli interventi medici, inoltre potrebbe essere non applicabile in casi complessi in cui l'intervento di routine non è utilizzabile o si è dimostrato inefficace.

Lo schema identifica due situazioni:

- Il trattamento acuto, sia nel caso di esordio della patologia schizofrenica o comunque in una condizione non precedente diagnosticata e trattata che la condizione di riacutizzazione sintomatologica in un soggetto già diagnosticato e già trattato.
- Il trattamento di mantenimento nel lungo periodo della patologia schizofrenica

FASE ACUTA

La fase acuta della patologia schizofrenica attiene a condizioni spesso (ma non necessariamente sempre) trattate in regime di ricovero ospedaliero. Per il trattamento in acuto si sono date per acquisite, e dunque non sono state affrontate, le procedure relative alla gestione di condizioni di urgenza/emergenza il cui ambito di applicazione privilegiato è il Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA). Tale scelta è motivata dalla necessità di fornire uno schema semplice e di immediata fruibilità. Altrettanto rilevante è stata la scelta di restringere l'ambito delle indicazioni alla scelta del trattamento farmacologico, non fornendo in tal modo strumenti relativi a tutti gli interventi assistenziali, psicoeducativi e clinici che assumono un ruolo di enorme rilevanza nella risposta terapeutica. In questa fase di trattamento sono state poste due possibilità di intervento, il trattamento in fase di esordio di malattia e il trattamento di una recidiva. La differenziazione di queste due condizioni è estremamente rilevante e al di là degli obiettivi del presente documento.

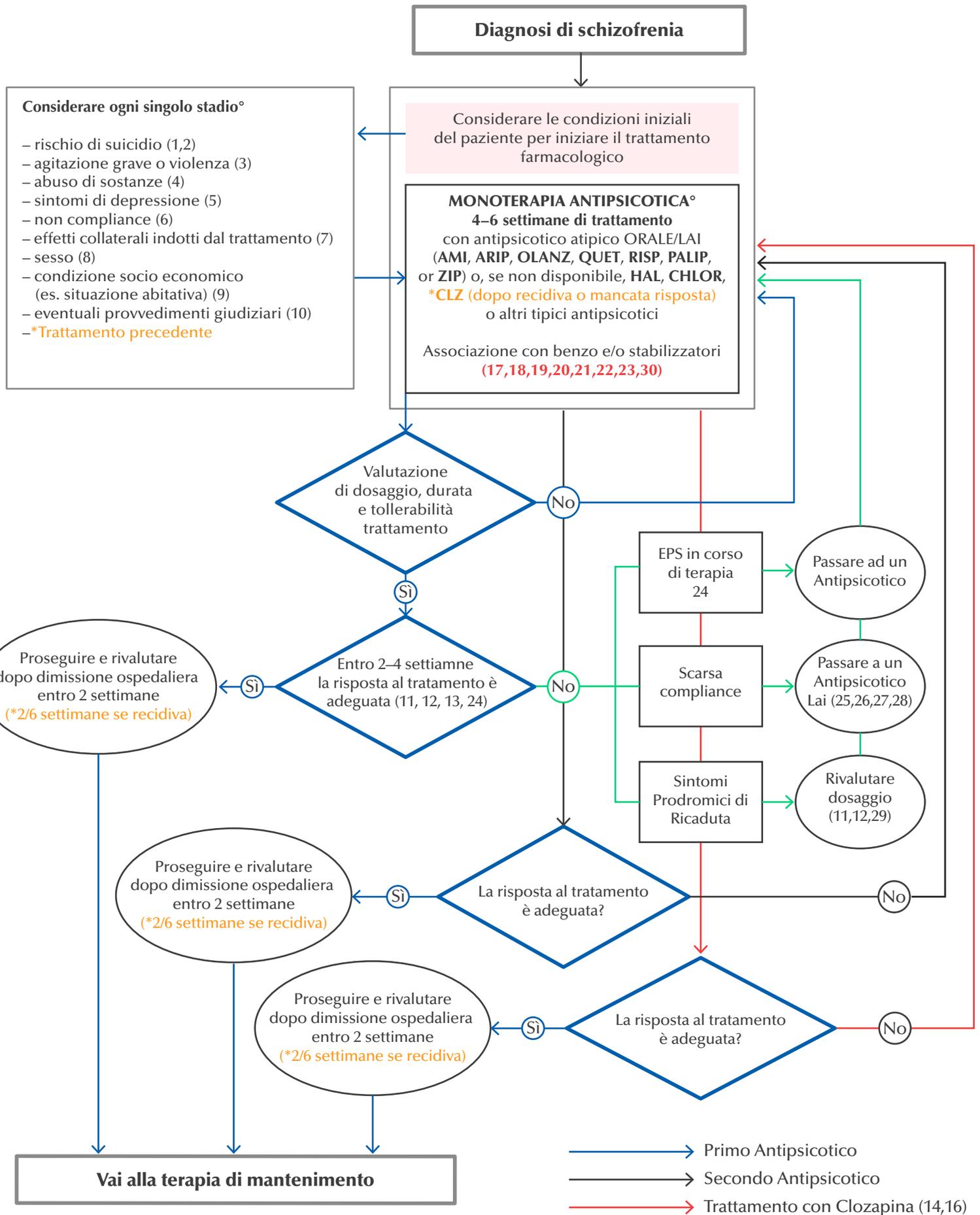
FASE DI MANTENIMENTO

Per quanto riguarda poi il trattamento di mantenimento, anche in questo caso, le indicazioni fornite sono relative esclusivamente all'intervento farmacologico. Pur consapevoli che tale area di interesse rappresenta solo una parte nel contesto di un numero molto ampio di interventi possibili, molti dei quali necessari a garantire il benessere bio-psicosociale dell'individuo sofferente di schizofrenia. Si è cercato di fornire indicazioni semplici su modalità di scelta e durata di trattamento.

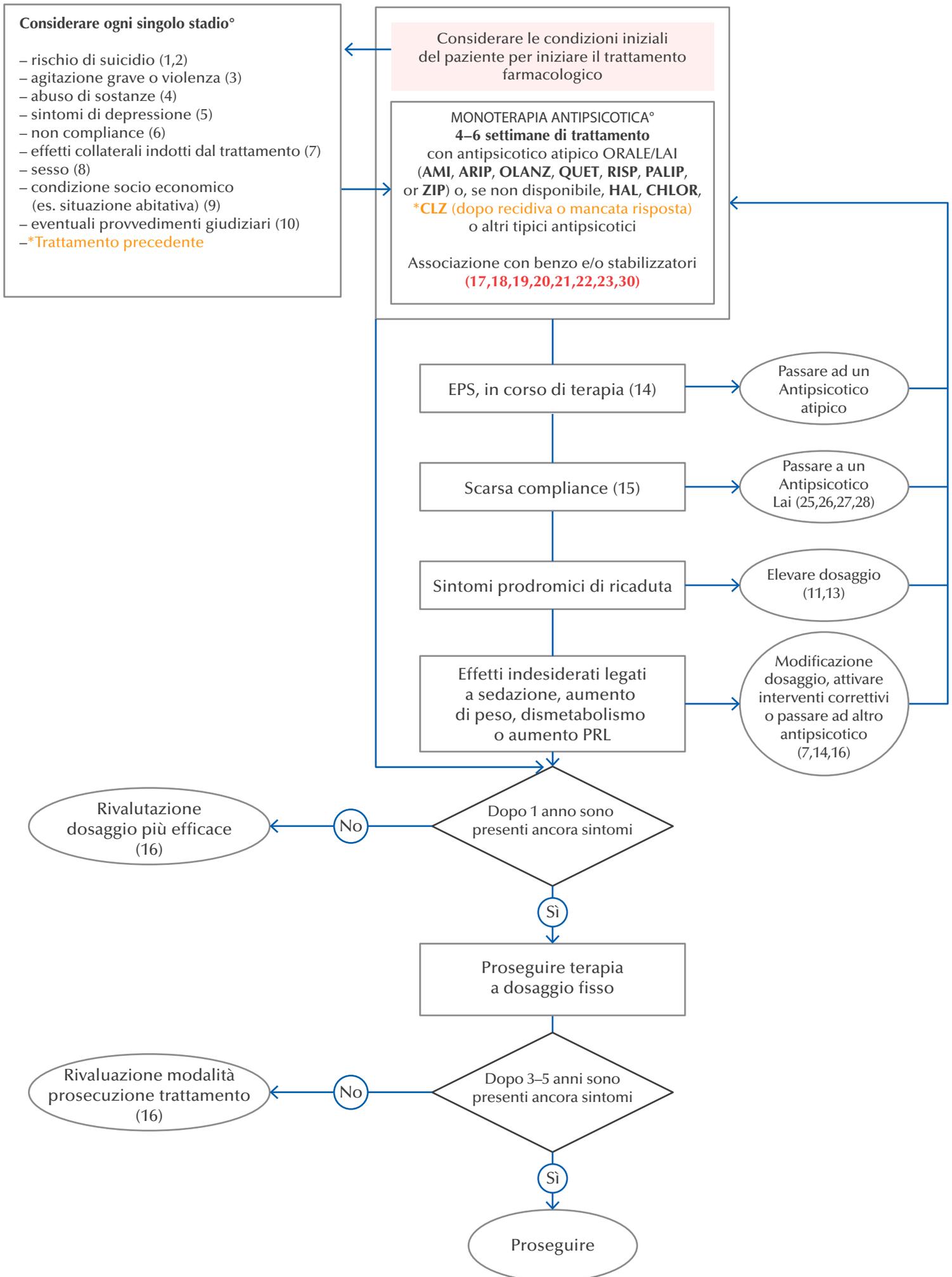
Per tutti i passaggi definiti nell'algoritmo sono stati forniti riferimenti bibliografici che possano essere di supporto nel motivare tali scelte secondo principi evidenced-based medicine.

Diagnosi di schizofrenia

o *Gestione dopo recidive



Terapia di mantenimento



Scelta Antipsicotici di Prima (FGA) Vs Antipsicotici di Seconda Generazione (SGA)

Tutte le principali Linee Guida (LG) americane e australiane raccomandano come prima scelta SGA sia nel primo episodio che nelle riacutizzazioni (1,2). Le LG NICE del 2004 non formulano una specifica indicazione tra le due categorie di antipsicotici per il primo episodio mentre consigliano SGA per le riacutizzazioni (3).

La raccomandazione sull'utilizzo degli SGA non sono mai giustificate nelle LG da una maggiore efficacia clinica ma da una minore incidenza di EPS, un minor rischio di TD e da un minor rischio di riduzione/interruzione della terapia. In recenti metanalisi pubblicate su autorevoli riviste sono emerse indicazioni relative ad una superiore efficacia di alcuni SGA rispetto ad alogiperidolo e clorpromazina (4). In particolare amisulpride, olanzapina e risperidone sono le molecole con indicazioni di efficacia più solide nel trattamento della fase acuta (5). In conclusione la scelta deve essere effettuata tenendo conto dell'efficacia del trattamento proposto e del rischio di indurre effetti indesiderati come EPS, sedazione, ipotensione ortostatica e tachicardia nella fase acuta e nel medio-lungo periodo EPS, sedazione, aumento di peso e alterazione livelli di prolattina (6). Esistono poi indicazioni rilevanti sulla scelta di trattamenti antipsicotici in formulazione long acting (LAI) al fine di migliorare l'aderenza ai trattamenti. Tale strategia può essere iniziata nella fase acuta del trattamento producendo un significativo miglioramento dell'efficacia clinica osservata nel prevenire nuovi episodi di recidiva (7)

1. American Psychiatric Association, *Guideline watch (september 2009): practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc. 2009
2. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, *Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005; 39:1-30.
3. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, *Schizophrenia. Care interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline 82, 2009.
4. Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R.R., Geddes J.R., Kissling W., Stapf M.P., Lässig B., Salanti G., Davis J.M., *Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis* *Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951-62
5. Hatta K., *Practical pharmacotherapy for acute schizophrenia patients*. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Nov;69(11):674-85.
6. American Psychiatric Association Guideline watch (september 2009), *Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
7. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U., *Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry*. *J Clin Epidemiol*. 2013 Aug;66(8 Suppl):S37-41.

Criteri di scelta tra antipsicotico orale e long acting

Il tema della scelta dell'antipsicotico nel trattamento della patologia schizofrenica coinvolge anche la modalità di somministrazione. La schizofrenia risulta una delle patologie con il più basso tasso di aderenza ai trattamenti. Lo scarso insight nelle diverse fasi di malattia (1), l'aderenza parziale agli stessi nel corso del tempo, fenomeni di drug holiday non comunicati allo psichiatra curante provocano sfide rilevanti alla possibilità di mantenere un adeguato livello di cura a soggetti che se non trattati presentano un rischio di recidiva estremamente elevato già nel corso del primo anno(2). Diminuire il numero di recidive significa rendere la patologia meno disabilitante, più rispondente ai trattamenti e verosimilmente ciò potrebbe condurre ad un danno meno rilevante alle persone in trattamento, ad una migliore qualità di vita sia per il paziente che per i familiari.

In uno studio di coorte condotto su oltre 2000 pazienti con schizofrenia gli autori hanno valutato il rischio di ospedalizzazione dopo una precedente ospedalizzazione osservando come a parità di molecola utilizzata per il trattamento, la formulazione long acting garantiva un migliore andamento di malattia. In questo studio venivano presi in considerazione aloperidolo, zuclopentixolo e risperidone in formulazione long acting (3). In un commento nel 2007 Nasrallah osservava come, anche alla luce di possibili vantaggi in termini di neuroprotezione offerti nella terapia di mantenimento gli antipsicotici long acting andrebbero preferiti agli antipsicotici di prima generazione con analoga formulazione (4). Anche alla luce del minor rischio di indurre effetti neurologici a breve e lungo periodo (EPS eTD) gli antipsicotici atipici in formulazione long acting potrebbero essere un valido strumento di intervento in soggetti giovani con aderenza ai trattamenti non soddisfacente. Rispetto alla modalità di scelta della molecola da utilizzare, alla luce della durata prolungata del trattamento impostato, è particolarmente importante considerare con grande attenzione oltre all'efficacia anche il rischio di indurre effetti indesiderati come EPS, sedazione, ipotensione ortostatica e tachicardia nella fase acuta e nel medio-lungo periodo EPS, sedazione, aumento di peso e alterazione livelli di prolattina (5). È estremamente utile come riferimento ai dati di efficacia e di tollerabilità la metanalisi pubblicata da Leucht e coll. Su Lancet nel 2013 (6).

1. Gerretsen P., Plitman E., Rajji T.K., Graff-Guerrero A., *The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review*. Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Nov;29(11):1145-61.
2. Valenstein M., Copeland L.A., Blow F.C., McCarthy J.F., Zeber J.E., Gillon L., Bingham C.R., Stavenger T., *Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission*. 2002. Medical Care 40, 630-639.
3. 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. 2011 Jun;168(6):603-9.
4. Nasrallah H.A. *The case for long-acting antipsychotic agents in the post-CATIE era*. Acta Psychiatr Scand 2007 Apr;115(4):260-7.
5. American Psychiatric Association Guideline watch (september 2009): *Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
6. Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R.R., Geddes J.R., Kissling W., Stapf M.P., Lässig B., Salanti G., Davis J.M., *Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951-62
7. Stevens G.L., Dawson G., Zummo J., *Clinical benefits and impact of early use of long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia*. Early intervention in Psychiatry 2015;

BIBLIOGRAFIA

1. Popovic D., Benabarre A., Crespo J.M., Goikolea J.M., González-Pinto A., Gutiérrez-Rojas L., Montes J.M., Vieta E., *Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations*. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Dec;130(6):418-26.
2. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., Zalsman G., Zemishlany Z., Carli V., *European Psychiatric Association. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*. *Eur Psychiatry*. 2012 Feb;27(2):129-41.
3. Hankin C.S., Bronstone A., Koran L.M., *Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment*. *J Psychiatr Pract*. 2011 May;17(3):170-85
4. Lybrand J., Caroff S., *Management of schizophrenia with substance use disorders*. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Dec;32(4):821-33.
5. Bosanac P., Castle D.J., *Schizophrenia and depression*. *Med J Aust*. 2013 Sep 16;199(6 Suppl):S36-9.
6. Sendt K.V., Tracy D.K., Bhattacharyya S., *A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia spectrum disorders*. *Psychiatry Res*. 2015 Jan 30;225(1-2):14-30.
7. Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R.R., Geddes J.R., Kissling W., Stapf M.P., Lässig B., Salanti G., Davis J.M., *Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis*. *Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951-62.
8. Usall J., Suarez D., Haro J.M., *SOHO Study Group. Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia*. *Psychiatry Res*. 2007 Dec 3;153(3):225-31.
9. Nordentoft M., Pedersen M.G., Pedersen C.B., Blinkenberg S., Mortensen P.B., *The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic factors, use of psychiatric services, and mortality*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Aug;47(8):1251-61.
10. Höfer F.X., Habermeyer E., Mokros A., Lau S., Gairing S.K., *The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients*. *PLoS One*. 2015 Apr 24;10(4):e0124043.
11. Hatta K., *Practical pharmacotherapy for acute schizophrenia patients*. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Nov;69(11):674-85.
12. Schennach R., Riesbeck M., Mayr A. et al., *Should early improvement be re-defined to better predict the maintenance of response in first episode schizophrenia patients?* *Acta Psychiatr. Scand*. 2013; 127: 474-481.
13. Agid O., Schulze L., Arenovich T. et al., *Antipsychotic response in first-episode schizophrenia: Efficacy of high doses and switching*. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2013; 23: 1017-1022.
14. American Psychiatric Association Guideline watch (september 2009), *Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
15. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U., *Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry*. *J Clin Epidemiol*. 2013 Aug;66(8 Suppl):S37-41.
16. American Psychiatric Association, *Guideline Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. 2004. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf
17. *Long-Acting Injectable Versus Oral Antipsychotics in Schizophrenia: A systematic Review and Meta-Analysis of Mirror-Image Studies*
18. Velligan et al., *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl 4):1-46; 2.
19. Tandon. *Psychiatr Q* 200;73(4):297-311;
20. Citrome et al., *Curr Drug Saf* 2014;9:227-235.
21. Weiden & Buckley. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 6):14-23;
22. Volavka & Citrome. *Expert Opin Pharmacother* 2009;10(12):1917-1928

-
23. *Qualify: a randomized head-to-head study of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate in the treatment of schizophrenia*
 24. Leuchet et al. *Lancet* 2013;382(9896):951-962
 25. Tiihonen J., M.D., Ph.D. et al., *A Nationwide Cohort Study of Oral and Depot Antipsychotics After First Hospitalization for Schizophrenia* ()
 26. Stephen M., *Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first?* *Stahl CNS Spectrums* (2014), 19, 3–5.
 27. Leucht C., Heres S. et al., *Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia—A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials*
 28. Kirson N.Y., *Efficacy and Effectiveness of Depot Versus Oral Antipsychotics in Schizophrenia: Synthesizing Results Across Different Research Design*
 29. Citrome. *CNS Drugs* 2013;27:879-911
 30. Kirson et al., *Advantages of LAIs vs OAPs (RCT vs non-RCTs)*. *J Clin Psychiatry* 2013;74:568-575

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