



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXI • 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.

IN PRIMO PIANO

3 Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti...
Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia
di Giannelli A.

11 Psichiatria e Salute Mentale
Le nuove prospettive di lavoro per la SIPL
di Percudani M. e Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica
Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting
di Giannini C., Viganò V., Zavatto F. e Amatulli A.

25 Favorire la salute psichica nei figli di pazienti con gravi disturbi psichici
Criticità ed opportunità
di Beraldo S. e Biffi G.

29 Quaranta anni di riforma psichiatrica
La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella tutela della salute mentale
di Damiani T.

43 Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali
di Fumarola G., Frediani G., Biagi M.P., Parini A., Salvi V., Migliarese G. e Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

49 L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico
di Mantovani R.

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 COPERTINA: Giuseppe Croff, *Suora Velata*, 1860.
National Gallery of Art, Washington, D.C.

Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali

Fumarola Giada¹, Frediani Gianpaolo², Biagi Maria Pia³, Parini Annamaria⁴, Salvi Virginio⁵, Migliarese Giovanni⁶, Mencacci Claudio⁷

ABSTRACT

Introduzione

Si parla di sindrome metabolica quando vi è la presenza di almeno tre dei seguenti cinque criteri diagnostici: obesità centrale o addominale, anormale metabolismo del glucosio, elevati livelli di trigliceridi e ridotto colesterolo HDL (dislipidemia aterogena) e ipertensione. Il concetto, introdotto già da molti anni e che ha visto modificare nel tempo i cut off dei criteri diagnostici, indica i soggetti a rischio di malattie cardiovascolari o disordini metabolici. La letteratura internazionale riporta che la sua prevalenza è del 58% più elevata nella persona affetta da Disturbo Psichiatrico rispetto al resto della popolazione.

Si rende quindi necessario impostare programmi di prevenzione attraverso un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie o ritardarne le complicanze. L'infermiere può essere figura cardine in questo processo.

Scopo

Creare un programma di prevenzione volto a identificare nella persona con diagnosi di Disturbo Psichiatrico la presenza della sindrome metabolica.

MATERIALI E METODI È stata effettuata una

ricerca bibliografica e successivamente una indagine, nel secondo semestre del 2018, rivolta agli utenti in terapia antipsicotica afferenti ai Centri PsicoSociali ed un Centro Diurno del Presidio Fatebenefratelli di Milano e alle équipe che vi lavorano. L'indagine si è realizzata attraverso un programma di prevenzione che ha utilizzato una scheda di monitoraggio per verificare la presenza di sindrome metabolica. Contestualmente sono stati attivati progetti, coordinati da personale infermieristico, volti a correggere gli stili di vita con particolare attenzione alla alimentazione e alla attività fisica.

Risultati Sono state monitorate 83 persone, di queste il 46% presenta la sindrome metabolica con prevalenza di diagnosi di disturbo schizofrenico e bipolare, il 68% di essi assume antipsicotici di seconda generazione.

CONCLUSIONI

L'indagine ha evidenziato una percentuale significativa di persone con la sindrome metabolica nella popolazione psichiatrica in trattamento antipsicotico, in linea con i risultati di molti studi presenti in letteratura. Occorre quindi monitorare tutte le persone in carico ai servizi con programmi di screening e interventi di prevenzione terziaria.

PAROLE CHIAVE

“metabolic syndrome”, “epidemiology”, “psychiatr*”, “mental illness”, “schizophren*”, “bipolar disorder”, “nurs*”, “antipsychotic therapy”.

INTRODUZIONE

Per cercare di mantenere un buono stato di salute è necessario mettere in atto misure di prevenzione volte a ridurre o ad eliminare l'insorgenza di patologie. Per questo, uno dei principali requisiti del sistema sanitario dovrebbe

essere quello di favorire l'efficienza nel rispondere ai cambiamenti epidemiologici e alle necessità assistenziali della popolazione anche attraverso programmi di screening. I principali vantaggi che si traggono da essi sono la possibilità di raggiungere un numero elevato di persone, avere un costo relativamente contenuto e permettere di fare diagnosi precoce.

Lo screening si realizza tramite la somministrazione di test ad un gruppo definito di persone al fine di identificare una fase iniziale, uno stadio preliminare, un fattore di rischio o una combinazione di fattori di una malattia. Il fattore di rischio è descritto come un criterio che, se non modificato o trattato, conduce allo sviluppo di una malattia. L'obiettivo è quello di identificare tale criterio al fine di curare, prevenire o ritardare la progressione di malattia e/o il danno d'organo. (Brunero and Lamont, 2009)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato nel 2016 i dati del Global Health Observatory sulle stime dei decessi relative al periodo 2000 – 2016 e tra le diverse cause di mortalità nella popolazione mondiale e una delle principali è la malattia cardiovascolare.

Per identificare maggiormente i soggetti a rischio è stato quindi introdotto il concetto di sindrome metabolica. Tale sindrome è rappresentata da un gruppo di anomalie cardiovascolari e metaboliche e considera la presenza di almeno tre di questi cinque criteri: obesità centrale o addominale, anormale metabolismo del glucosio, alti livelli di trigliceridi e ridotto colesterolo HDL (dislipidemia aterogena), ed ipertensione. Tali criteri sono correlati tra loro ma le loro patofisiologie non necessariamente si sovrappongono.

La prima descrizione della sindrome risale al 1956; negli anni ne sono seguite altre che si sono differenziate per i criteri diagnostici ed i cut-off utilizzati ad esempio nel 1998 l'OMS ha definito tale condizione clinica come "Sindrome Dismetabolica" considerando l'insulino-resistenza o il diabete mellito di tipo II come condizione necessaria unita ad almeno la presenza di altri due criteri.

Nel 2001 l'Adult Treatment Panel (ATP III) del National Cholesterol Education Program NCEP formula una sua prima definizione di sindrome metabolica indicando che devono essere presenti tre o più fattori di rischio secondo i seguenti cut off: circonferenza dei fianchi \geq a 88 cm nelle donne e \geq a 102 cm negli uomini; valore dei trigliceridi \geq a 150 mg/dl; valore del colesterolo HDL $<$ di 50 mg/dl nelle donne e $<$ di 40 mg/dl negli uomini; pressione arteriosa sistolica \geq a 130 mmHg o diastolica \geq a 85 mmHg; glicemia a digiuno \geq a 110 mg/dl.

Un'ulteriore definizione è stata proposta nel 2005 dalla International Diabetes Federation (IDF), modificando i range di circonferenza addominale in rapporto all'etnia (per gli europei: donna \geq a 80 cm e uomo \geq a 94 cm). Un mese dopo circa, l'American Heart Association ed il National Heart, Lung and Blood Institute ha introdotto il concetto che la terapia farmacologica adottata per correggere l'iperglicemia, l'ipertensione ed i valori lipidici è da considerare criterio diagnostico per la sindrome ed ha allargato i criteri dell'ATP III del 2001, portando il livello diagnostico della glicemia da 110 a 100 mg/dl.

Nel 2009, infine, l'IDF aggiunge il concetto che la circonferenza addominale alterata deve essere un criterio obbligatoriamente presente, poiché predittivo di aumento del rischio cardiovascolare. Infatti ad ogni 5 cm di incremento della circonferenza addominale si associa un aumento fino al 12% del rischio di decesso per malattia cardiovascolare. (De Luca P. et al., 2017 e Fiocca L. et al., 2010)

L'associazione tra disturbi mentali gravi e sindrome metabolica ha ricevuto, soprattutto negli ultimi anni, grande attenzione nella letteratura internazionale insieme alla tematica della comorbilità in psichiatria. Una recente meta-analisi ha mostrato che la prevalenza della sindrome metabolica è del 58% più elevata nelle persone affette da disturbo psichiatrico rispetto alla popolazione generale: il rischio di insorgenza di tale sindrome è osservata in maniera costante per ciascuno dei cinque

criteri che la definiscono, sebbene in minore misura per l'ipertensione. E' similmente elevato nelle persone affette da disturbo bipolare, schizofrenia e disturbo depressivo maggiore. In particolare il tasso di presenza di sindrome nelle persone affette da disturbo psichiatrico varia tra il 22 ed il 60% in quelli trattati con antipsicotici. (Penninx and Lange, 2018)

Gli antipsicotici di seconda generazione sono una classe di farmaci eterogenea per efficacia e sicurezza: essi sono indicati nel trattamento della schizofrenia, di episodi maniacali, agitazione e aggressività. Definiti atipici, rispetto agli antipsicotici convenzionali, hanno un'azione più specifica e selettiva sul sistema dopaminergico, riducendo gli effetti indesiderati, ed una maggiore efficacia sui sintomi negativi e, quindi, una migliore tollerabilità. Nonostante ciò, questa categoria di farmaci rappresenta un fattore di rischio importante per lo sviluppo della sindrome metabolica, come l'aumento di peso ed anomalie nel metabolismo dei lipidi e del glucosio. (Jeon and Kim, 2017)

L'European Psychiatric Association (EPA) sottolinea che il mantenimento adeguato del peso corporeo, una regolare attività fisica ed un'alimentazione sana sono componenti chiave per ridurre il rischio di insorgenza di alcune malattie cardiovascolari e migliorare la salute generale ed il benessere della persona: la presa in carico

si deve, quindi, sviluppare in molteplici attività cliniche e gestionali che abbraccino aspetti diversificati della vita della persona affetta da disturbi psichiatrici, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Importante, quindi, è identificare in maniera corretta una possibile alterazione dei cinque criteri citati in precedenza al momento della presa in carico della persona assistita e mettere in atto, successivamente, percorsi terapeutico-assistenziali volti a monitorare i fattori di rischio e contenere il danno derivante dall'insorgere di quadri patologici. Gli infermieri, insieme ad un'équipe multidisciplinare, sono coinvolti in tutte le fasi del processo assistenziale, per promuovere il benessere, prevenire la malattia o, se si è verificata, contenerne le complicanze allo scopo di restituire alla persona una salute ottimale.

MATERIALI E METODI

Si è costituito un gruppo di lavoro formato da diverse figure professionali quali medici, infermieri ed educatori. Lo studio ha visto coinvolti i professionisti durante tutte le fasi del processo iniziato nel secondo semestre del 2018. Nella prima fase sono stati organizzati incontri tra i responsabili delle strutture territoriali del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli, che comprendono quattro Centri Psico Sociali (CPS) ed un Centro Diurno (CD), in cui si è discusso dell'incremento della sindrome me-

Tabella 1. Criteri per la definizione della Sindrome Metabolica

	OMS, 1998	NCEP, 2005	IDF, 2009
Obesità addominale	WHR2>0.85 (donna)	≥88 (donna) ¹	≥80 (donna) ¹
	WHR2>0.90 (uomo)	≥102 (uomo) ¹	≥94 (uomo) ¹
	BMI>30 kg/m ²		
Colesterolo HDL (mg/dl)	<39 (donna)	<50 (donna)	<50 (donna)
	<35 (uomo)	<40 (uomo)	<40 (uomo)
Trigliceridi (mg/dl)	≥150	≥150	≥150
Glicemia (mg/dl)	Insulino-resistenza	≥100	>100
Pressione arteriosa (mmHg)	PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90	PAS ≥ 130 e PAD ≥85	≥130/85
Microalbuminuria (µg/min)	≥20		

tabolica nei soggetti affetti da Disturbo Psichiatrico.

Dopo aver effettuato una ricerca bibliografica per verificare quali fossero le ultime linee guida ed i cut-off da utilizzare si è deciso di creare una scheda di monitoraggio per tutti gli utenti e prevedere, dopo una prima rilevazione, un controllo a cadenza annuale (Allegato 1). I criteri diagnostici utilizzati sono quelli proposti nel 2005 dall' Adult Treatment Panel (ATP III) del National Cholesterol Education Program (NCEP), le più utilizzate in letteratura.

Contemporaneamente alla realizzazione della scheda di monitoraggio sono state censite le attività psicoeducative presenti nel dipartimento, finalizzate al miglioramento degli stili di vita, ed attivati ulteriori progetti di rinforzo dei comportamenti corretti da mettere in atto: con il procedere del programma di prevenzione verrà formulato un piano specifico di azione e verrà valutato l'impegno al cambiamento del singolo. La persona verrà, quindi, invitata a partecipare a gruppi riabilitativi/educativi finalizzati al miglioramento della situazione metabolica: gli interventi programmati riguardano in particolare l'alimentazione e l'attività fisica.

Durante il primo colloquio con l'utente è stato presentato il programma e, dopo aver ottenuto il consenso, è stata data indicazione per eseguire gli esami ematici utili all'inquadramento clinico. Nella seconda fase è stata completata la compilazione della scheda rilevando gli ulteriori dati e, quando questa è risultata positiva per la sindrome metabolica, si è, in collaborazione con l'équipe sanitaria, valutato quale fosse il percorso terapeutico più adeguato per ogni persona.

RISULTATI

L'indagine, eseguita dall' 1 settembre al 15 ottobre 2018, è stata effettuata in quattro strutture del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli (tre Centri Psico Sociali ed un Centro Diurno); al termine dell'osservazione sono state compilate 83 schede ed il campione è risultato composto da 42 donne e 41 uomini. Valutando i risultati, secondo

i criteri diagnostici delle linee guida statunitensi del National Cholesterol Education Program (NCEP), il 46% degli utenti è risultato essere affetto da sindrome metabolica in linea con quanto riportato in letteratura. (Penninx and Lange, 2018)

Analizzando i singoli criteri diagnostici, quello maggiormente colpito è la circonferenza addominale con l'82% seguita dall'ipertensione arteriosa con il 71%. Inoltre il 37% del campione affetto dalla sindrome soddisfa almeno quattro criteri diagnostici.

Stratificando successivamente il campione in sei gruppi in base all'età, si è notato che la percentuale della sindrome aumenta con il progredire degli anni: mentre il gruppo di età inferiore a 30 ha una prevalenza dell'8% e quello compreso tra 31 e 40 ha una prevalenza del 5%, si è arrivati al 32% per la fascia d'età 41-50 e del 39% per quella tra 51 e 60 anni.

Mettendo in relazione la sindrome metabolica con il Disturbo Psichiatrico, risulta che il 55% degli utenti è affetto da schizofrenia seguito dal 29% con il disturbo bipolare, di cui ben il 73% è di sesso maschile. Gli utenti con diagnosi di disturbo d'ansia non presentano sindrome metabolica. Il 26% del campione affetto da sindrome presenta familiarità per cardiopatia, diabete e ipertensione.

I risultati di questa indagine evidenziano che il 68% di utenti con sindrome metabolica utilizza i farmaci atipici mentre il 32% quelli convenzionali confermando quanto riportato dalla letteratura (Bozymski et al., 2018 et Jeon and Kim, 2017).

La terza parte della scheda di monitoraggio valuta altre informazioni, tra cui l'attività fisica ed il BMI (Body Mass Index): indici analizzati per programmare e personalizzare le attività di gruppo di chi soddisfa i criteri diagnostici. Di questi utenti solo il 16% è normopeso, il 45% è in sovrappeso, il 18% presenta obesità di I grado, mentre il 16% di III grado. Nonostante la letteratura affermi che una persona potrebbe risultare normopeso ma possedere un'alta percentuale di grasso corporeo depositata a livello

addominale, tale indice è stato analizzato in modo tale da confrontarlo nelle successive rilevazioni.

Il 34% del campione non svolge alcuna attività fisica regolare e il 42% svolge un'attività fisica lieve. L'8% riferisce invece di svolgere un'intensa attività fisica, cioè attività per più di 4 ore a settimana.

DISCUSSIONE

I dati rilevano la presenza significativa di sindrome metabolica confermando la necessità di farsene carico all'interno dei servizi. Vanno quindi avviati dei percorsi di inserimento in gruppi riabilitativi/educativi rivolti all'educazione alimentare come l'acquisto e la preparazione di cibi, e un counselling nutrizionale. Si proporrà all'utente un percorso di inserimento in gruppi riabilitativi rivolti al miglioramento degli stili di vita e allo svolgimento di adeguata attività fisica; se presente diabete e/o cardiopatia l'utente è inviato al medico di medicina generale (MMG) e allo specialista (diabetologo e/o cardiologo) per una valutazione ed un eventuale trattamento.

L'attuazione di programmi preventivi è considerata una modalità terapeutica nel contesto di vita del soggetto affetto da Disturbo Psichiatrico e può essere, inoltre, un modo per apportare benefici alla sua salute e al suo reinserimento sociale, riducendo l'isolamento ed aumentando l'autostima.

Tra le 38 persone risultate positive per sindrome metabolica, 18 sono state inserite nei diversi gruppi riabilitativi/educativi rispetto l'alimentazione e l'attività fisica. Per il primo aspetto ci sono gruppi cucina per la preparazione condivisa dei pasti, supporto nell'acquisto di alimenti, in cui l'infermiere accompagna personalmente l'utente a fare la spesa, e la condivisione del pasto principale all'interno del Centro Diurno. Per quando riguarda l'attività fisica ci sono gruppo calcio, gruppo palestra e, quando il tempo lo consente, attività all'aperto. Gli obiettivi sono quelli di indurre uno stabile cambiamento delle abitudini di vita che preveda di ridurre il più possibile comportamenti a

rischio, l'inattività fisica e di incrementare per quanto possibile le attività e le occupazioni di movimento.

CONCLUSIONI

Un aspetto che emerge con forza dall'indagine è quello relazionale/terapeutico che l'infermiere può instaurare con questa tipologia di utenti, in quanto si occupa di svariati aspetti di vita della persona in carico quali la terapia farmacologica ed i suoi effetti collaterali, il monitoraggio dei parametri, ma anche il fumo, l'alimentazione, le relazioni con i familiari e con i care giver. Programmi che rientrano, ovviamente, nel progetto di cura e riabilitazione elaborato e concordato con l'equipe curante multidisciplinare.

L'infermiere può facilmente essere figura di riferimento competente e di fiducia contribuendo in maniera determinante al coinvolgimento dell'utente e alla sua permanenza, nel tempo, nei programmi di prevenzione e riduzione del rischio metabolico. Frequentemente, è lo stesso professionista che svolge le attività assieme all'utenza, in questo modo è spesso garantita l'adesione ai progetti e la possibilità di monitorare nel tempo e sul campo i miglioramenti o le difficoltà incontrate dagli utenti. In questo modo l'infermiere può intervenire in maniera congrua e puntuale correggendo i punti deboli e migliorando gli aspetti positivi. Il coinvolgimento poi di familiari e care giver rinforzano in maniera determinante l'adesione, delle persone in carico, ai corretti stili di vita migliorando indirettamente anche la qualità di vita di tutti i soggetti coinvolti.

Un altro aspetto da sottolineare è la conoscenza da parte del professionista della rete dei servizi e delle offerte di attività dipartimentali, aspetto che permette all'infermiere di offrire percorsi di supporto personologico individualizzati tramite la proposta e, successivamente, l'invio a gruppi o corsi indicati specificatamente per la persona in cura. Il panorama delle attività psicoeducative e riabilitative in questo ambito è ampio e variegato: approfondimenti futuri

permetteranno di valutare se questi programmi potranno raggiungere gli obiettivi prefissati di monitoraggio e prevenzione del rischio e l'adozione di corretti stili di vita nel lungo periodo.

Attualmente il programma di prevenzione procede nei singoli servizi con lo scopo di monitorare tutti gli utenti per prevenire l'instaurarsi della sindrome metabolica, anche perché considerando il campione che alla prima rilevazione non è risultato affetto dalla sindrome, già ben il 38% soddisfa due criteri diagnostici.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

1. Infermiera
2. Coordinatore Infermieristico – ASST Fatebenefratelli Sacco
3. Infermiera Tutor Didattico – ASST Fatebenefratelli Sacco
4. Coordinatore Infermieristico Tutor Didattico – ASST Fatebenefratelli Sacco
5. Medico Psichiatra – ASST Fatebenefratelli Sacco
6. Medico Psichiatra – ASST Fatebenefratelli Sacco
7. Medico Psichiatra Direttore DSMD – ASST Fatebenefratelli Sacco

BIBLIOGRAFIA

1. Bozyski K.M., Whitten J.A., Blair M.E., Overley A.M., Ott, C.A., *Monitoring and Treating Metabolic Abnormalities in Patients with Early Psychosis Initiated on Antipsychotic Medications*. Community Ment. Health J. 2018;54, 717–724. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0203-y>.
2. Brunero S., Lamont S. *Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2009;18, 144–150. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00595.x>.
3. De Luca P., De Luca A., Benvenuto A., Sperandeo M., Vendemiale G., Serviddio G. et al., *Sindrome metabolica: criteri diagnostici, patogenesi e aspetti clinico-terapeutici*.
4. Fiocca, L., Musumeci, G., Rossini, R., Staffiere, E., Valsecchi, O., Gavazzi, A., *La sindrome metabolica: impatto sul rischio cardiovascolare*, 2010.
5. Penninx, B.W.J.H., Lange, S.M.M., *Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications*. Dialogues Clin. Neurosci. 2018; 20, 63–73.
6. Jeon, S.W., Kim, Y.-K., *Unresolved Issues for Utilization of Atypical Antipsychotics in Schizophrenia: Antipsychotic Polypharmacy and Metabolic Syndrome*. Int. J. Mol. Sci. 2017; 18. <https://doi.org/10.3390/ijms18102174>.

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

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni