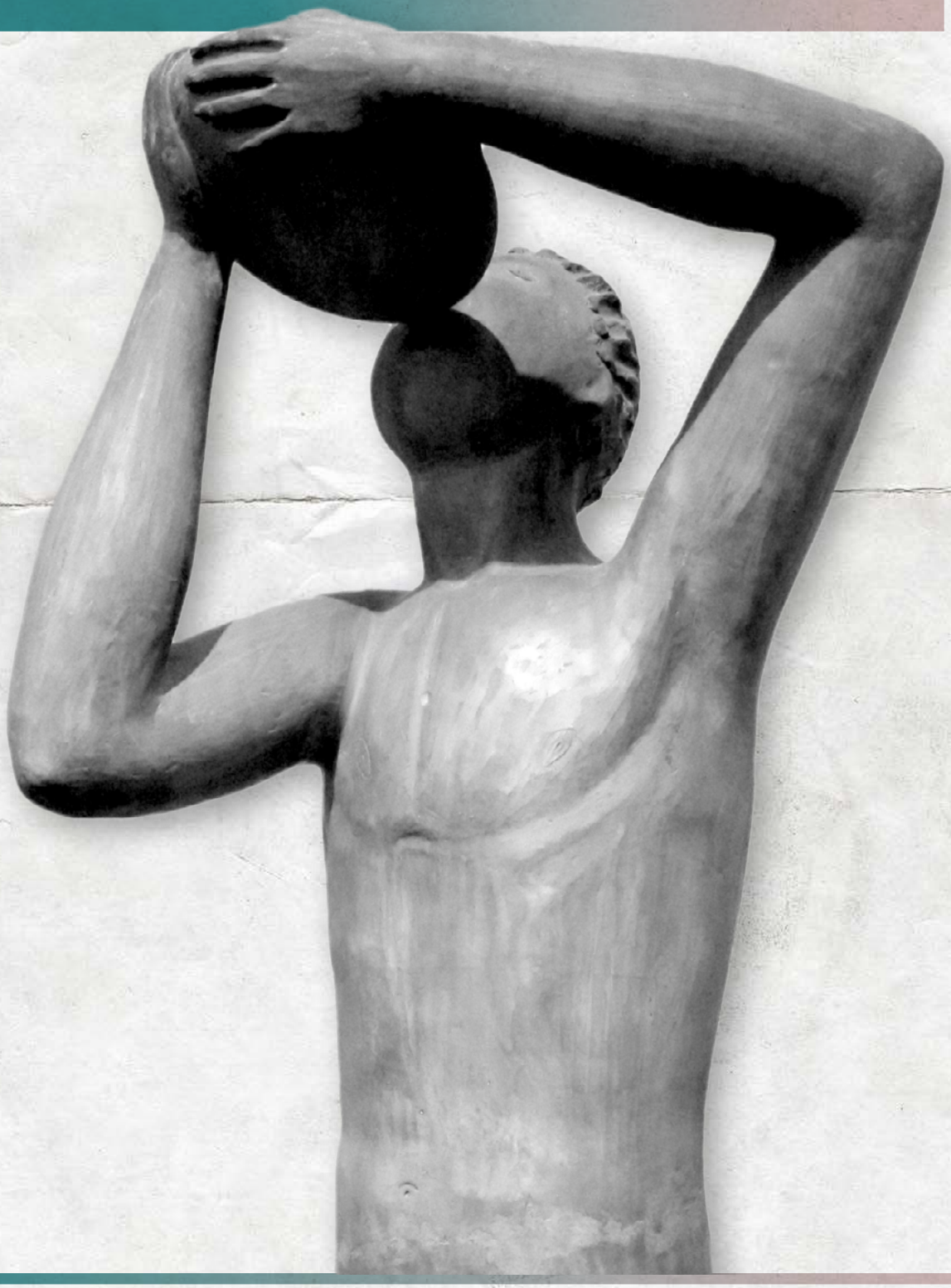
PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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



AnnoXXXVIII • n. 1 • gennaio–giugno 2025 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXXVIII • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

4 **La sfida della patologia psichiatria dall'adolescenza all'età adulta**
di Cerveri G.

11 **Quando finisce un lungo mandato...**
di Clerici M., Percudani M.

13 **Una riflessione sugli impegni prossimi**
di Dell'Osso B., Migliarese G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 **L'assistente sociale di fronte allo stigma della malattia mentale: una visione professionale**
di D'Alio C., Clerici M.

38 **La bellezza che cura: l'arte come strumento terapeutico**
di Falleti A.

42 **Il ruolo delle artiterapie nella pratica clinica: integrazione ed efficacia nei percorsi di cura**
L'esperienza del GAT DG Welfare Regione Lombardia
di Melorio T., Viganò C., Percudani M.

58 **Effetti del trattamento a medio-lungo termine con esketamina nella depressione resistente**
di Pinto M., Zanetti M., Arienti V., Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M, Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz M., Pierri G., Cerveri G.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

63 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Non solo muri:
una trasformazione che cura
Descrizione narrativa di un progetto sul possibile: luoghi, relazioni e pratiche oltre la coercizione
di Belotti L., Bonelli L., Cirella L.

71 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il rischio di soffocamento da ingestione di cibo nei pazienti psichiatrici: uno studio osservazionale
di Camuccio C.A., Stefenelli S.

83 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
Apprendere dall'esperienza
di Fioletti B., Scagliarini V.

PSICHIATRIA FORENSE

87 **Piccolo portolano sulla liceità o meno di interventi coercitivi nei casi di Anoressia Mentale grave: note e indicazioni per gli interventi sul campo**
di Amatulli A.

PSICHIATRIA NARRATIVA

94 **Il cinema e la narrazione dei traumi collettivi**
La costruzione della memoria e dell'identità di un popolo
di Balestrieri B.

101 **Versi formulari in psichiatria**
di Grasso F.

104 **Euphoria: una lettura psicopatologica e psicoanalitica**
di Vincenti A.

In copertina: *Bevitore, Arturo martini, , 1928-29*
© Francesco Bini / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

PSICHIATRIA OGGI
Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (*Lodi*)

Comitato di Direzione:
Bernardo Dell'Osso (*Milano FBF Sacco*)
Giovanni Migliarese (*Vigevano*)

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (*Vimercate*)
Luisa Aroasio (*Voghera*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Camilla Callegari (*Varese*)
Carlo Fraticelli (*Como*)
Massimo Clerici (*Monza*)
Federico Durbano (*Melzo*)
Alessandro Grecchi (*Milano SS Paolo Carlo*)
Alberto Giannelli (*Milano*)
Gianmarco Giobbio (*San Colombano*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Claudio Mencacci (*Milano FBF Sacco*)
Carla Morganti (*Milano Niguarda*)
Laura Novel (*Bergamo*)
Mauro Percudani (*Milano Niguarda*)
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Matteo Rocchetti (*Pavia*)
Pierluigi Politi (*Pavia*)
Virginio Salvi (*Crema*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio*)
Marco Toscano (*Garbagnate*)
Caterina Viganò (*Milano FBF Sacco*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (*ASST Lodi*)
Matteo Porcellana (*ASST GOM Niguarda*)
Davide La Tegola (*ASST Monza*)

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

Effetti del trattamento a medio-lungo termine con esketamina nella depressione resistente

Pinto M., Zanetti M., Arienti V., Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M, Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz M., Pierri G., Cerveri G.

ABSTRACT

Esketamina è un neuromodulatore glutammatergico approvato per la depressione resistente al trattamento (TRD), in grado di produrre un rapido miglioramento sintomatologico se associato a terapia antidepressiva orale. Sebbene l'efficacia a breve termine sia ben documentata, i dati sugli effetti a lungo termine risultano più limitati. Questa revisione integra i risultati di studi clinici di fase III (SUSTAIN-1, -2, -3; ASPIRE I–II; TRANSFORM) e dello studio osservazionale multicentrico REAL-ESK condotto in centri italiani di salute mentale.

I dati indicano che il proseguimento del trattamento oltre la fase di induzione riduce significativamente il rischio di ricaduta: SUSTAIN-1 ha mostrato una riduzione del 51–70% rispetto al placebo. I dati di SUSTAIN-2 e -3 confermano l'efficacia antidepressiva sostenuta e la buona tollerabilità fino a 48 settimane e oltre 4 anni. I trial ASPIRE hanno evidenziato una riduzione precoce dell'ideazione suicidaria, sebbene non mantenuta nel tempo. Lo studio REAL-ESK (N=116) ha riportato tassi di risposta/remissione del 76,2% a 6 mesi, con il 54% dei responders che ha sospeso la terapia entro 12 mesi per miglioramento clinico.

Fattori predittivi di efficacia includono la risposta precoce e la minore gravità dei sintomi depressivi/ansiosi al baseline. Non sono emerse sindromi da astinenza/sospensione dopo trattamenti prolungati. Non sembrano tuttavia essere presenti effetti significativi sulla suicidalità.

Questi risultati supportano la sicurezza ed efficacia a lungo termine della esketamina intranasale nella TRD, sottolineando il suo ruolo nella prevenzione delle ricadute. Studi futuri dovranno chiarire durata ottimale del trattamento a lungo termine e predittori di risposta.

INTRODUZIONE

Esketamina è l'unico agente farmacologico con proprietà neuromodulatrici glutamatergiche approvato dalla US Food and Drug administration (FDA) e dalla European Medicines Agency (EMA) nel 2019, e dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) nel 2021, col fine di migliorare gli effetti degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) o degli inibitori della ricaptazione della noradrenalina e della serotonina (SNRI) in pazienti affetti da Depressione resistente al trattamento [3]. L'esketamina intranasale (Spravato) è raccomandata per pazienti adulti con diagnosi di Disturbo Depressivo maggiore che non abbiano risposto ad almeno due antidepressivi, e che stiano vivendo un episodio depressivo attuale di moderata o severa intensità [3]. Esketamina (enantiomero S di ketamina racemica) attraverso l'antagonismo del recettore NMDA produce un aumento transitorio del rilascio di glutammato, con conseguente aumento della stimolazione del recettore dell'acido α-amino-3-idrossi-5-metil-4-isoxazoleproprionico (AMPAR) e del segnale neurotrofico. L'effetto finale è il ripristino della funzione sinaptica nelle regioni cerebrali coinvolte nella regolazione di umore e comportamento emotivo. Ciò, in aggiunta alla ridotta stimolazione delle regioni cerebrali coinvolte nell'anedonia, potrebbe contribuire alla risposta rapida (nell'arco di ore/giorni). [Di Vincenzo et al., 2024].

Recenti metanalisi hanno confermato la rapidità e l'efficiacia di esketamina in pazienti con depressione resistente (Papakostas et al, 2020) o con imminente rischio suicidario (Fedgchin et al, 2019; Popova et al., 2019), malgrado un tasso significativo di pazienti interrompa il trattamento per riferita scarsa tollerabilità (Zheng et al., 2020). Benchè molti studi si focalizzino sull'efficacia di

esketamina sul breve termine, vale a dire la fase di induzione di 4 settimane, le conoscenze sugli effetti a lungo termine sono scarse [4].

Scopo di questo lavoro è esplorare la letteratura disponibile sugli effetti a lungo termine di esketamina intranasale in pazienti con depressione resistente dopo le 4 settimane di induzione.

MATERIALI E METODI

Gli articoli revisionati hanno analizzato i risultati di studi clinici di fase III che valutavano a breve e lungo termine l'efficacia e la tollerabilità di esketamina intranasale, nonché la riduzione del rischio suicidario.

Sono inoltre stati valutati i risultati di REAL-ESK, uno studio osservazionale retrospettivo e multicentrico che ha arruolato 116 pazienti affetti da depressione resistente in vari Centri di salute Mentale italiani ai quali è stata somministrata esketamina intranasale in aggiunta alla terapia antidepressiva orale. I pazienti sono stati sottoposti ad assessment a 3, 6 e 12 mesi dall'inizio della somministrazione.

Il miglioramento dei sintomi è stato valutato con i punteggi alla scala MADRS, BECK-BDI a 21 items, HAM-A.

RISULTATI

I trials di fase acuta suggeriscono che la combinazione di esketamina intranasale e antidepressivo orale è più efficace del placebo al giorno 28, mentre i dati sull'effetto a lungo termine sono controversi.

Una revisione sistematica del 2021 [4] ha analizzato la letteratura disponibile sugli effetti di esketamina intranasale sul lungo termine: dai dati disponibili si evince che continuare il trattamento con esketamina anche dopo la fase di induzione può essere efficace nella prevenzione delle ricadute, mentre restano controversi i risultati rispetto agli effetti prolungati nel ridurre il rischio suicidario dopo l'interruzione del trattamento. Tra i trials analizzati, SUSTAIN-1 è un maintenance trial che ha valutato non solo l'efficacia di esketamina intranasale + antidepressivo orale sul lungo termine rispetto a placebo, ma anche gli effetti dopo due settimane di interruzione del trattamento in pazienti con risposta o remissione stabile durante il trattamento (16 settimane). Sono stati arruolati 297 pazienti che avessero ottenuto una riduzione almeno del 50% dei punteggi alla MADRS rispetto al baseline (responders). Tra i pazienti con remissione stabile (MADRS <10), il 26,7% del gruppo in trattamento con esketamina ha avuto ricadute rispetto al 45,3% del gruppo placebo; tra i responders il tasso di ricadute era del 25,8% nel gruppo esketamina contro il 57,6% del gruppo placebo. Ciò suggerisce che il trattamento continuato con esketamina in aggiunta ad un antidepressivo orale riduce il rischio di ricadute del 51% in pazienti con remissione e del 70% in pazienti con risposta [8].

SUSTAIN-2 è stato condotto su 802 pazienti: i responders alla fine dell'induzione hanno proseguito il trattamento per una fase di mantenimento di 48 settimane con dosaggi di 28, 56 o 84 mg, e gli effetti sono stati valutati in un follow up di 4 settimane dopo la sospensione del trattamento. La riduzione dei sintomi depressivi riscontrata durante le prime 4 settimane è stata mentenuta durante tutto l'anno di trattamento, sostenendo così l'ipotesi di sicurezza e tollerabilità di esketamina intranasale in aggiunta ad antidepressivo orale nei pazienti con depressione resistente al trattamento. Benchè i tassi di remissione e risposta suggeriscano che il trattamento a lungo termine dia effettivamente un miglioramento dei sintomi, tra i maggiori limiti di questo studio vi è l'assenza di un gruppo di controllo. Un'analisi di un sottogruppo 78 di pazienti asiatici (33 di Taiwan; 26 della Korea; 19 della Malaysia) sempre all'interno di SUSTAIN-2 conferma sostanzialmente i risultati di sicurezza ed efficacia, senza evidenze di rischi di abuso nel trattamento a lungo termine [10].

SUSTAIN-3 (studio di fase III open-label multicentrico) ha arruolato 1148 pazienti che hanno ricevuto somministrazioni fino a 4,5 anni. Quasi tutti gli effetti avversi riportati in termini di sedazione e dissociazione si sono risolti entro la giornata di somministrazione [5].

In media i partecipanti hanno mostrato un miglioramento nei sintomi depressivi e altri parametri di efficacia (PHQ-9) durante la fase di induzione, miglioramento che è stato confermato durante la fase di ottimizzazione/mantenimento. La maggior parte dei partecipanti ha ricevuto dosaggi di 56 o 84mg settimanalmente o ad intervalli maggiori per mantenere la stabilità clinica. Il tasso di remissione (punteggi alla MADRS<10) del 46,1% ha dimostrato che il trattamento a lungo termine con esketamina ha determinato un miglioramento dei sintomi depressivi in una sostanziale proporzione del campione di pazienti resistenti al trattamento [5].

Diverse revisioni [3,4,8] hanno considerato analisi post hoc dei dati di ASPIRE-I e II. ASPIRE-I è uno studio di fase III multicentrico doppio cieco in cui 266 pazienti con episodio depressivo severo e ideazione suicidaria attiva sono stati randomizzati con 84mg di esketamina intranasale o placebo due volte a settimana per 4 settimane in aggiunta a terapia antidepressiva orale appena iniziata. Mentre effetti positivi sui sintomi depressivi sono stati osservati nel gruppo esketamina, non ci sono state significative differenze rispetto al rischio suicidario. ASPIRE-II è un trial randomizzato in cui 230 pazienti sono stati trattati con esketamina 84mg o placebo due volte a settimana e monitorati per 4 settimane. Si è notata una riduzione dei sintomi depressivi (scoring più bassi alla MADRS), ma anche una riduzione del rischio suicidario nei pazienti del gruppo esketamina come riscontrato ai punteggi della Clinical Global Impression-Severity of Suicidality-Revised. Tali risultati erano più evidenti a poche ore dal trattamento, suggerendo che la riduzione dei pensieri suicidari data da esketamina non sembra significativa sul lungo termine [8].

I dati di TRANSFORM 1,2 e 3 (studi di fase III randomizzati a doppio cieco e multicentrici) sono stati revisionati da Fountoulakis et al e Vasiliu [8, 3]. I pazienti arruolati erano rispettivamente 346, 227, 128 e sono stati trattati con dosaggi variabili di esketamina + AD orale vs placebo. Le analisi combinate dei tre studi hanno trovato un tasso di remitters maggiore nel gruppo trattato con esketamina. Tuttavia, la generalizzabilità di tali risultati è limitata da bias potenziali, il principale dei quali è il fatto che i pazienti inclusi in buona parte dei trials non sono rappresentativi dei pazienti che accedono ai servizi di salute mentale: in diversi trials clinici, ad esempio, sono stati esclusi pazienti con significative comorbidità psichiatriche o mediche o con dipendenza da sostanze [5].

REAL-ESK [6,7] è invece uno studio osservazionale retrospettivo e multicentrico che ha arruolato 116 pazienti affetti da depressione resistente in vari Centri di salute Mentale italiani ai quali è stata somministrata esketamina intranasale in aggiunta alla terapia antidepressiva orale. I pazienti sono stati sottoposti ad assessment a T0, dopo 6 mesi (T1) e dopo 12 mesi (T2); i pazienti considerati responders presentavano una generale riduzione dei punteggi alla MADRS del 50% rispetto al baseline, mentre la remissione era definita a punteggi <10. Le caratteristiche dei pazienti arruolati comprendevano varie comorbidità psichiatriche (PDs, PTSD, OCD, anoressia nervosa, abuso di sostanze, disforia di genere e disturbo dello spettro autistico).

Del campione totale, il tasso di pazienti che hanno mostrato un miglioramento significativo a 6 mesi era elevato (76,2%), rispetto al 26,5% del tasso di risposta/remissione in pazienti trattati con approcci psicofarmacologici tradizionali.

Nell'arco dei primi 6 mesi dall'inizio del trattamento solo il 7,7% ha interrotto il trattamento per scarsa efficacia e solo il 2,6% per effetti avversi, in linea con i risultati osservati a 3 mesi. Interessante risulta l'elevato tasso di interruzione del trattamento tra 6 e 12 mesi: in questo periodo il 54% dei responders/remitters a T1 ha sospeso il trattamento per miglioramento clinico; il 13% per inefficacia; il 2,4% per insorgenza di effetti avversi (generalmente sedazione/dissociazione). Dei 15 pazienti non responders a 6 mesi, 4 hanno menifestato risposta positiva a 12 mesi, confermando l'impressione che in alcuni pazienti esketamina intranasale mostra maggiore efficacia

se il trattamento viene proseguito. Un'altra osservazione degna di nota è che la severità di depressione e ansia in termini di intensità dei sintomi, durata dell'episodio e impatto sul funzionamento dei pazienti sembra essere negativamente correlato alla probabilità di miglioramento con esketamina intranasale, soprattutto in una prospettiva a breve termine [6].

Rispetto agli effetti sull'ideazione suicidaria le opinioni sono contrastanti: alcune metanalisi evidenziano come l'efficacia di esketamina come add-on agli antidepressivi orali sia modesta nel trattamento della depressione resistente e assente sull'ideazione suicidaria [8].

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati raccolti negli studi revisionati supportano l'ipotesi di sicurezza e tollerabilità del trattamento con esketamina intranasale sul medio-lungo termine, con risultati osservati di efficacia maggiore a quella riscontrata in pazienti per i quali l'augmentation era rappresentata da antipsicotici atipici (quetiapina, olanzapina) o stabilizzatori dell'umore (lamotrigina, pregabalin, litio). È stato inoltre osservato, nei pazienti trattati per 12 mesi o più, un effetto indipendente di esketamina sull'ansia, con progressiva riduzione dei punteggi alla HAM-A [6]. In trials clinici randomizzati [9] è stato osservato che i pazienti che hanno raggiunto un miglioramento clinico stabile sono andati incontro ad un minor numero di ricadute continuando il trattamento con esketamina + antidepressivo per os rispetto ai pazienti trattati con placebo.

Determinanti in termini predittivi possono risultare, quindi, le caratteristiche e la storia clinica dei pazienti arruolati per la somministrazione: la risposta clinica tardiva (dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento) di un certo gruppo di pazienti può essere correlata con le caratteristiche osservate al baseline in termini di gravità, durata e caratteristiche dell'episodio depressivo.

Il tasso di ricadute nei pazienti che hanno interrotto il trattamento rappresenta invece una tematica da approfondire, così come controversi risultano i dati e le opinioni rispetto ad una effettiva riduzione del rischio suicidario. Non sono emerse evidenze di frequenti sindromi astinenziali dopo la sospensione di esketamina in pazienti che avevano proseguito il trattamento fino a 12 mesi.

Bibliografia

1. Sina Nikayin, MD1; Taeho Greg Rhee, PhD1; Maria Elena Cunningham, BS2; et al, *Evaluation of the Trajectory of Depression Severity With Ketamine and Esketamine Treatment in a Clinical Setting*, JAMA Psychiatry, July 2022.
2. Waijs E. et al., *Esketamine nasal Spray plus oral antidepressant in patients with treatment-resistant Depression: assesment of Long-term safety in a Phase 3, open label Study (SUSTAIN-2)*, J Clin Psychiatry 81:3, may/june 2020.
3. Vasiliu O, *Esketamine for treatment-resistant depression: A review of clinical evidence (Reviwe)*, Experimental and therapeutic Medicine 25:111, January 2023.
4. Capuzzi E. et al, *Long-Term efficacy of intranasal Esketamine in treatment-resistant major Depression: A systematic reviw*, Int. J. Mol. Sci. 22,9338, 2021.
5. Zaki N. et al, *Long-term safety and maintenance of response with esketamine nasal Spray in partecipants with treatment-resistant depression: interim results of the SUSTAIN-3 Study*, American College of Neuropsychopharmacology, March 2023.
6. Rosso G. et al, *Esketamine treatment trajectory of patients with treatment-resistant depression in the Mid and Long-term Run: data from REAL-ESK Study group*, Current Neuropharmacology, 23, 612-619, 2025.
7. Martinotti G. et al, *Real-world experience of esketamine use to manage treatment-resistant depression: a multicentric Study on safety and effectiveness (REAL-ESK Study)*, Journal of Affective disorders, http://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.043, 2022.
8. Fountoulakis K. Et al., *Esketamine Treatment for Depression in Adults: a PRISMA Systematic Review and Meta-Analysis*, ajp in Advance (doi: 10.1176/appi.ajp.20240515).
9. Daly Ella J et al., *Efficacy of Esketamine nasal Spray plus oral antidepressant treatment for relapse prevention in patients with treatment-resistant depression – a randomized clinical trial*, JAMA Psychiatry 2019;76(9):893-903, June 2019.
10. Hong Jin J et al., *Long-term Safety and Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Patients with Treatment-resistant Depression– an Asian Sub-group Analysis from the SUSTAIN-2 Study*, Clin Psychopharmacol Neurosci. 2022 Feb 28;20(1):70–86. doi: 10.9758/cpn.2022.20.1.70

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 Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:
Bernardo Dell'Osso
Giovanni Migliarese

Segretario:
Virginio Salvi
Vice-Segretario:
Lara Malvini

Tesoriere:
Gianluigi Tomaselli
Consiglieri eletti:
Antonio Amatulli
Stefano Barlati
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Annabella Di Giorgio
Federico Durbano
Gianmarco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carla Morganti
Giovanna Molinari
Silvia Paletta
Gianpaolo Perna
Paolo Risaro
Caterina Viganò

Rappresentanti
Sezione "Giovani Psichiatri":
Laura Fusar Poli
Federico Grasso

Membri di diritto:
Emi Bondi
Massimo Clerici
Carlo Fraticelli
Giancarlo Cerveri
Claudio Mencacci
Mauro Percudani
Antonio Vita

Consiglieri Permanenti:
Giuseppe Biffi
Alberto Giannelli
Antonio Magnani
Massimo Rabboni
Simone Vender
Antonio Vita