



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 2 • luglio-dicembre

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:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novell (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

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.

IN PRIMO PIANO

4 La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani
di Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

18 La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?
di Ceglie R.

31 Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia
di De Martino C., Porcellana M., Concetto M. O., Zapparoli A., Giori C., Lawretta G., Marangelli D., Nibali L. T., Raimondo F., Bassetti R., Percudani M.

37 Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional
di Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G.

45 Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento
di Novaro C.

50 Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita
di Peloso P. F.

55 L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

66 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale
di Moro Cesare G., De Paola T.

74 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
"Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare". Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato
di Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B.

SEZIONE PSICHIATRIA NARRATIVA

81 Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie.
Storia di un banale turno del lunedì mattina
di Grasso F.

IN COPERTINA: Fauno danzante, ca. 49-1 AC, Casa del Fauno, Pompei,
Gary Todd from Xinzheng, China, Public domain, da Wikimedia Commons

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

Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia

*De Martino C. *, Porcellana M. *, Concetto M. O. *, Zapparoli A. *, Giori C. *, Lauretta G. *, Marangelli D. *, Nibali L. T. *, Raimondo F. *, Bassetti R. *, Percudani M. **

ABSTRACT

Il Disturbo Depressivo Maggiore (MDD) è una condizione psichiatrica ad alta prevalenza, con un impatto debilitante sulla qualità della vita e una significativa resistenza ai trattamenti standard in circa un terzo dei pazienti, configurandosi come depressione resistente al trattamento (TRD). In questa condizione, l'esketamina intranasale, un antagonista del recettore NMDA, ha dimostrato un rapido effetto antidepressivo, potenzialmente correlato a una modulazione della neurotrasmissione glutamatergica ed a una promozione della plasticità sinaptica. Questo studio preliminare osservazionale prospettico ha esaminato l'efficacia e la tollerabilità dell'esketamina somministrata a pazienti con TRD presso il CPS Ippocrate dell'ASST GOM Niguarda. La coorte di cinque pazienti, sottoposti a una fase di induzione e mantenimento, è stata monitorata con scale cliniche standardizzate (MADRS, HAM-D, HAM-A) per valutare i cambiamenti nei sintomi depressivi ed ansiosi. I risultati hanno mostrato una riduzione significativa dei sintomi nei pazienti che hanno completato il trattamento, supportando l'esketamina come opzione terapeutica efficace per la TRD. Gli eventi avversi riportati, inclusi episodi di dissociazione e ipertensione transitoria, sono stati generalmente di lieve entità e autolimitanti. Nel presente articolo verrà anche descritto il ruolo degli infermieri nella somministrazione di esketamina. L'alleanza terapeutica creata tra

operatori e pazienti ha favorito l'adesione al trattamento e lo sviluppo di un approccio di cura multidimensionale, mirato a migliorare la qualità della vita ed a contrastare l'isolamento sociale tipico della depressione resistente.

INTRODUZIONE

Il disturbo depressivo maggiore (MDD) è una condizione psichiatrica diffusa che incide profondamente sul benessere emotivo, cognitivo e fisico. Colpendo circa il 5% della popolazione mondiale, l'MDD rappresenta una delle principali cause di disabilità a livello globale. Nonostante l'ampia disponibilità di trattamenti farmacologici, circa un terzo dei pazienti non riesce ad ottenere una remissione completa anche dopo diversi tentativi con antidepressivi standard, venendo così classificati come affetti da depressione resistente al trattamento (TRD) (Popova, 2019).

La TRD rappresenta una sfida terapeutica complessa: i pazienti continuano a soffrire di episodi depressivi prolungati, nonostante abbiano ricevuto dosi adeguate di almeno due antidepressivi di classi diverse. Questa condizione non solo peggiora il burden della malattia, ma riduce significativamente la loro qualità di vita e comporta un aumento dei costi sanitari a livello sociale (Jaffe, 2019). Con il crescere della necessità di nuove opzioni terapeutiche, la ricerca si è orientata verso agenti innovativi con effetti antidepressivi rapidi.

L'esketamina, l'enantiomero S della ketamina, agisce come antidepressivo in modo diverso rispetto ai farmaci tradizionali, che solitamente modulano i livelli di serotonina, noradrenalina e dopamina. L'esketamina si concentra invece sulla neurotrasmissione glutamatergica che riveste un ruolo cruciale nella plasticità sinaptica e nei meccanismi associati all'umore ed alla cognizione. Bloccando i recettori N-metil-D-aspartato (NMDA), si riduce l'eccitazione neuronale favorendo il rilascio di glutammato e stimolando la formazione di nuove connessioni sinaptiche in aree cerebrali legate all'umore, come la corteccia prefrontale (Piva, 2021).

Questo meccanismo innovativo è alla base dei suoi rapidi effetti antidepressivi, che si manifestano spesso nel giro di poche ore, a differenza degli antidepressivi tradizionali, che possono richiedere settimane prima di avere un impatto significativo. Inoltre, l'azione dell'esketamina potrebbe contrastare direttamente i deficit neuroplastici osservati nei pazienti con TRD, promuovendo la rigenerazione e la riorganizzazione delle connessioni neuronali compromesse dal disturbo (M. J. Kang et al., 2022).

Esketamina in ambito ambulatoriale: verso un accesso più ampio a trattamenti rapidi per la depressione resistente.

L'approvazione e l'introduzione dell'esketamina come trattamento intranasale, in combinazione ad un antidepressivo orale per la TRD, hanno rappresentato un'importante innovazione nell'ambito delle cure ambulatoriali. A differenza della ketamina somministrata per via endovenosa, che richiede un ambiente ospedaliero per la complessità legata all'infusione, la formulazione intranasale dell'esketamina consente di somministrarla anche in regime extraospedaliero. Questo cambiamento ha implicazioni significative per la sua integrazione nelle cure community-based.

Nonostante la somministrazione in regime ambulatoriale, l'uso dell'esketamina è ancora altamente regolamentato per garantire la sicurezza dei pazienti. Solitamente, l'esketamina viene auto-somministrata sotto la supervisione diretta di un operatore sanitario, viene rivalutata la pressione arteriosa a 40 minuti, ed i pazienti vengono osservati per il rischio di dissociazione, temporanei aumenti della pressione arteriosa e vertigini finché non vengono considerati clinicamente stabili e pronti a lasciare il contesto sanitario (Wajs, 2020). Questo approccio ambulatoriale rende l'esketamina più accessibile rispetto alla ketamina endovenosa, pur mantenendo i necessari protocolli di sicurezza.

Nonostante i vantaggi della terapia ambulatoriale con esketamina, rimangono alcune sfide logistiche e pratiche. I pazienti devono recarsi regolarmente in

CPS due volte alla settimana all'inizio del trattamento, il che può rappresentare un onere in termini di tempo e accessibilità. Inoltre, il trattamento richiede una stretta collaborazione tra psichiatri, personale infermieristico e pazienti per gestire il programma di somministrazione e monitorare gli effetti collaterali. Tuttavia, per coloro che soffrono di TRD ed hanno esaurito altre opzioni terapeutiche, l'esketamina rappresenta un'alternativa rapida ed efficace, ora più facilmente accessibile, anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

MATERIALI E METODI

Disegno dello Studio

Questo studio osservazionale prospettico è stato progettato per valutare preliminarmente l'efficacia e la tollerabilità della somministrazione di esketamina intranasale in pazienti adulti con Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) resistente ai trattamenti in carico al CPS Ippocrate dell'ASST GOM Niguarda.

Il protocollo terapeutico ha previsto una fase di induzione ed una di mantenimento. Durante la fase di induzione, i pazienti hanno ricevuto il trattamento due volte a settimana per un totale di 4 settimane. La dose iniziale variava in base all'età: 56 mg per pazienti fino a 65 anni e 28 mg per pazienti oltre i 65 anni. La fase di mantenimento ha previsto la somministrazione settimanale di 56 mg o 84 mg per le successive 4 settimane, per poi continuare con somministrazioni settimanali o bisettimanali, con frequenza regolata in base alla risposta clinica individuale e alla tollerabilità.

Le somministrazioni sono state effettuate presso l'infermeria del CPS, con monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa e frequenza cardiaca), prima del trattamento, a 40 e 90 minuti per garantire la sicurezza del paziente.

I Partecipanti rispondevano ai seguenti criteri di Inclusione: Diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore resistente al trattamento con punteggi alla HAM-D da moderato (18-24) a grave (>25); mancata risposta ad almeno due antidepressivi di qualsiasi classe nel corso

dell'attuale episodio depressivo, condotti correttamente ovvero a posologia piena e tempo congruo (almeno 4 settimane) senza risposta clinica significativa. Sono stati esclusi: pazienti affetti da disturbo bipolare, psicosi, diagnosi principale attuale di abuso di sostanze, ipertiroidismo non trattato, anamnesi di lesioni cerebrovascolari, encefalopatia, patologie associate ad aumento della pressione intracranica, patologie cardiovascolari o respiratorie clinicamente significative o instabili, insufficienza epatica grave, gravidanza. L'ipertensione arteriosa in trattamento e ben controllata non era un criterio di esclusione.

Da giugno 2024 sono stati reclutati 5 pazienti (2 maschi e 3 femmine) di età compresa tra 29 e 71 anni, segnalati dai rispettivi curanti.

Procedure di Somministrazione e Raccomandazioni di Sicurezza

Prima di ogni somministrazione, i pazienti hanno partecipato a una sessione di valutazione clinica con anamnesi aggiornata e discussione delle modalità di somministrazione e delle precauzioni di sicurezza. Oltre a illustrare gli effetti collaterali comuni dell'esketamina (come dissociazione, vertigini, tachicardia e sonnolenza), il personale clinico ha fornito raccomandazioni specifiche per minimizzare i rischi e ottimizzare la tollerabilità del trattamento (ad esempio: digiuno nelle due ore precedenti la somministrazione, non ingerire liquidi nei 30 minuti precedenti, evitare di guidare veicoli dopo la somministrazione ecc.).

Misure di outcome

L'efficacia del trattamento è stata valutata mediante quattro scale cliniche somministrate prima della fase dell'induzione (T₀) ed a 8 settimane di trattamento (T₁) per monitorare l'andamento dei sintomi depressivi, ansiosi e del funzionamento globale: MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale).

RISULTATI

Dei 5 pazienti reclutati per il trattamento con esketamina intranasale, uno ha interrotto la terapia per soggettiva mancanza di efficacia e riferiti effetti collaterali (agitazione, tachicardia con aumento transitorio della pressione), riducendo a 4 il campione finale per l'analisi. Nel complesso, tutti i pazienti che hanno completato la fase di induzione e sono tuttora in fase di mantenimento hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nei sintomi depressivi e ansiosi, come documentato dalle scale cliniche (Tabella 1).

Tabella 1: Punteggi medi alle scale HAM-D, HAM-A, MADRS al T₀ ed all'ottava settimana di trattamento (T₁)

	T ₀	T ₁
HAM-D	28,00	12,75
HAM-A	32,25	18,00
MADRS	39,25	18,00

Un paziente ha sperimentato una marcata riduzione dell'ideazione suicidaria già nelle prime settimane di induzione, indicativo di un effetto positivo dell'esketamina sui sintomi depressivi gravi e sulla riduzione del rischio di suicidio, coerente con le osservazioni di studi precedenti su esketamina ed ideazione suicidaria (Sheng-Min Wang, 2021). Una paziente ha manifestato una riduzione evidente dei livelli di ansia e angoscia, con miglioramenti costanti dei punteggi alla scala HAM-A ed un incremento osservato del tono dell'umore, confermato dalla maggiore stabilità psicologica e diminuzione dell'agitazione.

In sintesi, tutti i pazienti hanno mostrato progressi significativi nei punteggi delle scale HAM-D, HAM-A e MADRS, suggerendo un miglioramento clinico generale. Tuttavia, mentre tre pazienti hanno percepito questo miglioramento come significativo, un paziente – con DDP ossessivo in comorbilità - ha riferito una percezione soggettiva meno evidente rispetto a quanto osservato clinicamente.

Questa discrepanza tra percezione soggettiva e valutazione clinica è stata riportata anche in altri studi sull'esketamina, evidenziando come l'interpretazione dei sintomi possa variare in base a caratteristiche individuali e personologiche dell'utente (Hudgens, 2020).

Gli effetti collaterali osservati sono stati generalmente lievi e si sono attenuati nel tempo. Tre pazienti su quattro hanno sperimentato episodi di dissociazione transitoria, descritti principalmente come alterazione della percezione temporale nelle prime due settimane di trattamento, con risoluzione progressiva. Una paziente ha riportato un episodio di ansia marcata con rialzo pressorio transitorio per cui è stata somministrata terapia statim (Lorazepam 1 mg 1 cp) con beneficio.

IL PUNTO DI VISTA DEGLI INFERMIERI

In qualità di infermieri del CPS Ippocrate dell'Asst GOM Niguarda, abbiamo avuto l'opportunità di osservare e partecipare attivamente alla somministrazione dell'esketamina, farmaco significativamente innovativo nel trattamento della depressione resistente.

La somministrazione di esketamina nel nostro CPS è stata avviata nel mese di giugno 2024, coinvolgendo fino ad oggi un totale di 5 pazienti.

Inizialmente tra il personale sanitario si è riscontrata una certa reticenza nei confronti del nuovo farmaco, esprimendo perplessità riguardo alle modalità di approvvigionamento, somministrazione e monitoraggio del paziente dopo la somministrazione. Il timore prevalente era legato al potenziale effetto collaterale di dissociazione del paziente, ma l'assenza di episodi significativi ha gradualmente ridotto queste iniziali preoccupazioni.

Le somministrazioni sono state organizzate presso l'infermeria del CPS con un solo paziente per sessione, a causa della disponibilità limitata a una singola postazione, dovuta a esigenze logistiche. È stata posta molta attenzione nel garantire un setting adeguato, lontano da fonti rumorose e luminose, per contribuire alla sensazione di benessere post-somministrazione.

Durante le prime somministrazioni, i pazienti hanno richiesto una sorveglianza costante, che è apparsa più legata a un bisogno di supporto psicologico e rassicurazione, piuttosto che ad una reale necessità clinica dovuta agli effetti collaterali del farmaco; oltre alla speranza di guarire "al più presto" hanno espresso la paura, il timore di non sapere cosa potesse accadere "Starò meglio? Guarirò dalla depressione? Ci sono altri pazienti a cui viene somministrata?".

Le principali difficoltà sono emerse con i primi effetti percepiti che includevano depersonalizzazione/ derealizzazione (5 su 5), descritta come "sensazione di estraneità" e "le braccia staccate dal resto del corpo", sonnolenza e un forte sapore amaro in bocca (2 su 5); inoltre 2 pazienti su 5 hanno preferito che fosse il personale infermieristico ad occuparsi della somministrazione, rifiutando l'auto somministrazione, malgrado la facilità d'uso del dispositivo e il tentativo di addestramento.

Non sono stati osservati episodi significativi di sedazione post-somministrazione, ad eccezione di un singolo paziente che ha manifestato una lieve tendenza all'assopimento. Nel corso dell'osservazione, non si sono verificati eventi avversi di rilievo; si sono riscontrati solo lievi aumenti della pressione arteriosa, che si sono risolti spontaneamente; solo un caso ha richiesto una terapia statim (Lorazepam 1 mg 1 cp), in quanto l'aumento pressorio era correlato ad una marcata ansietà.

È stato osservato che la maggior parte dei pazienti (4 su 5) ha seguito con attenzione le indicazioni pre-somministrazione, inclusa l'astinenza da cibo e liquidi, il non utilizzo di veicoli e, ove possibile, la presenza di un accompagnatore. Tra questi, 3 pazienti su 5 si sono presentati accompagnati da un familiare, mentre gli altri hanno utilizzato mezzi pubblici.

Tutti i pazienti hanno aderito con favore al programma terapeutico, mostrando un'elevata adesione durante la fase di induzione, seguita da un adattamento più personalizzato nella fase di mantenimento. Inoltre, è stato riferito un maggiore beneficio percepito durante la fase di mantenimento rispetto alla fase di induzione.

Come infermieri, abbiamo un ruolo cruciale nel garantire che i pazienti ricevano non solo un trattamento farmacologico, ma anche un supporto empatico e psico-educazionale che li aiuti nel loro percorso di cura. Con un approccio multidimensionale, che vede il paziente al centro, possiamo migliorare significativamente la qualità della vita di coloro che lottano contro la depressione e tentare di fare la differenza.

La forte alleanza creata con i pazienti permette inoltre di sviluppare successivi programmi riabilitativi atti a contrastare l'isolamento sociale della malattia e/o al mantenimento dei risultati ottenuti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

**ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

CORRISPONDENZA

matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. V. Popova et al. *Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study*. The American journal of psychiatry, 176 6 (2019): 428-438. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19020172>.
2. D. Jaffe et al. *The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study*. BMC Psychiatry, 19 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2222-4>
3. A. Piva et al. *Metaplastic Effects of Ketamine and MK-801 on Glutamate Receptors Expression in Rat Medial Prefrontal Cortex and Hippocampus*. Molecular Neurobiology, 58 (2021): 3443 - 3456. <https://doi.org/10.1007/s12035-021-02352-7>
4. M. J. Kang et al. *The Mechanisms Behind Rapid Antidepressant Effects of Ketamine: A Systematic Review With a Focus on Molecular Neuroplasticity*. Frontiers in Psychiatry, 13 (2022). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.860882>
5. E. Wajs et al. *Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant in Patients With Treatment-Resistant Depression: Assessment of Long-Term Safety in a Phase 3, Open-Label Study (SUSTAIN-2)*. The Journal of clinical psychiatry, 81 3 (2020). <https://doi.org/10.4088/jcp.19m12891>.
6. Sheng-Min Wang et al. *Rapid Onset of Intranasal Esketamine in Patients with Treatment Resistant Depression and Major Depression with Suicide Ideation: A Meta-Analysis*. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 19 (2021): 341 - 354. <https://doi.org/10.9758/cpn.2021.19.2.341>
7. S. Hudgens et al. *Meaningful Change in Depression Symptoms Assessed with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) Among Patients with Treatment Resistant Depression in Two, Randomized, Double-blind, Active-controlled Trials of Esketamine Nasal Spray Combined With*. Journal of affective disorders (2020). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.066>

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