

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

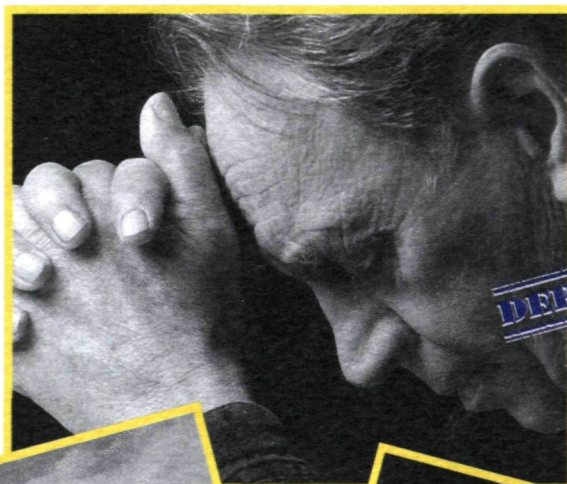
Volume 5, Numero 3, Settembre-Dicembre 1996

Il mittente chiede la restituzione dei fascicoli non consegnati impegnandosi a pagare le tasse dovute.
Quadrimestrale/Spec. Abb. Post. Roma-50%-ISSN 1121-189X



Il Pensiero Scientifico Editore

SCELTA TERAPEUTICA AD AMPIO SPETTRO DI IMPIEGO



DEPRESSIONE



**DISTURBO DA
ATTACCHI DI PANICO •
DISTURBO**



**DISTURBO
OSSESSIVO
COMPULSIVO**

SEREUPIN[®]
PAROXETINA

EFFICACIA ANTIDEPRESSIVA ESTESA ALLE DIVERSE SITUAZIONI CLINICHE

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

Direttore

Michele Tansella

Comitato Direttivo

A. Balestrieri (Verona)	G. Ferrari (Bologna)	P. Morosini (Roma)
M. Balestrieri (Catania)	T. Losavio (Roma)	P. Pasquini (Roma)
C. Bellantuono (Verona)	M. Maj (Napoli)	M. Ruggeri (Verona)
G. Berti-Ceroni (Bologna)	A. Marinoni (Pavia)	B. Saraceno (Ginevra)
A. Biggeri (Firenze)	P. Martini (Arezzo)	E. Torre (Pavia)
G. de Girolamo (Bologna)	R. Micciolo (Trento)	F. Veltro (Benevento)
C. Faravelli (Firenze)	G. Muscettola (Trieste)	Ch. Zimmermann (Verona)

Comitato Internazionale di Consulenza

B. Cooper (London)	E. S. Paykel (Cambridge)
B. P. Dohrenwend (New York)	D. A. Regier (Rockville)
R. Giel (Groningen)	L. N. Robins (St. Louis)
D. Goldberg (London)	N. Sartorius (Geneva)
A. S. Henderson (Canberra)	G. Thornicroft (London)
A. Jablensky (Perth)	J. L. Vazquez-Barquero (Santander)
J. Leff (London)	M. M. Weissman (New York)
A. Lesage (Montreal)	G. Wilkinson (Liverpool)
P. Munk-Jørgensen (Aarhus)	H. U. Wittchen (Munich)

Redattore-Capo e Responsabile dei rapporti con l'Editore

R. Fianco (Verona)

Gruppo di produzione editoriale

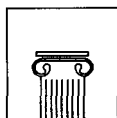
Direttore responsabile: Francesco De Fiore; Produzione: Roberto Bonini
Pubblicità: Luciano De Fiore, Barbara Vella; Abbonamenti: Roberto Ciapponi
Fotocomposizione e stampa: Grafica 2000, Città di Castello (Perugia)

Questa rivista è recensita in:

Excerpta Medica/Embase
Faxon Finder
Faxon XPRESS
Lettera (Ist. Mario Negri)
Mental Health Abstracts
Sociological Abstracts

Sommario e informazioni su EPS
su Internet, alla pagina

<http://www.medicina.univr.it/~psymed/eps.htm>



Il Pensiero Scientifico Editore



R e c u p e r o a t u t t i g l i e f f e t t i



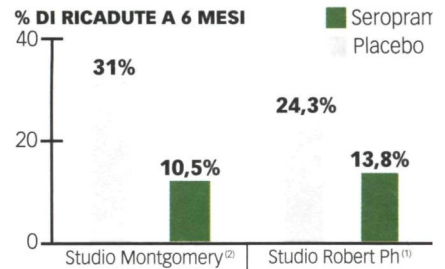
E a t u t t i g l i a f f e t t i .



“L'evidenza di efficacia di citalopram, nella prevenzione delle ricadute, risulta saldamente documentata attraverso i risultati positivi di due studi prospettici”⁽¹⁾

⁽¹⁾ Robert Ph, Montgomery SA, Internat Clin Psychopharmacol, 10 (Suppl 1): 29-35; 1995.

⁽²⁾ Montgomery SA et al., Internat Clin Psychopharmacol, 8: 181-188; 1993.



Seropram

Citalopram

**SSRI PER IL COMPLETO
RECUPERO PSICOSOCIALI
DEL PAZIENTE DEPRESSO**

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

NORME PER GLI AUTORI

Epidemiologia e Psichiatria Sociale (EPS) pubblica ricerche nel campo della salute mentale che utilizzano un approccio epidemiologico e ricerche di psichiatria sociale. È aperta a contributi di epidemiologi, psichiatri, psicologi, statistici ed altri ricercatori e di altri operatori dei servizi di salute mentale. È una rivista quadrimestrale (esce a marzo, luglio e novembre).

Oltre ad *articoli in extenso* e *comunicazioni brevi* (1500-2500 parole) che riportano i risultati di studi empirici potranno essere presi in considerazione *contributi metodologici*, *revisioni della letteratura* ed anche *resoconti di esperienze pratiche* di organizzazione o di trasformazione dei servizi per la salute mentale, purché adeguatamente documentati. I contributi dovranno essere in italiano o in inglese. EPS pubblica anche *Editoriali* sia in inglese che in italiano, preparati su invito, che hanno lo scopo di mettere a fuoco lo stato di un problema e di esaminarne le prospettive.

Infine EPS pubblica *Documenti*, cioè informazioni e notizie su temi di assistenza psichiatrica, su aspetti legislativi e normativi, ecc., di interesse non solo per gli operatori ma anche per amministratori, tecnici e funzionari delle ULSS e delle Regioni e *Strumenti*, cioè scale, questionari ed altri strumenti di valutazione e di misura utili per la ricerca epidemiologica in psichiatria.

I contributi completi di eventuali tabelle e figure, dovranno essere inviati, in 3 copie, al Direttore della Rivista, al seguente indirizzo:

Professor Michele Tansella, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona

L'accettazione dei contributi è subordinata all'approvazione da parte dei *referee*. L'invio di un contributo per una eventuale pubblicazione implica che si tratta di un lavoro inedito, non inviato per la pubblicazione altrove e la sua accettazione implica che non sarà successivamente pubblicato altrove.

DATTILOSCRITTI

I contributi dovranno essere dattiloscritti in doppia spaziatura, su di una sola faccia del foglio, lasciando ampi margini.

Nella prima pagina dovranno essere indicati: titolo del lavoro (in italiano ed in inglese), titolo abbreviato, nome (per esteso) e cognome degli autori, istituzione nella quale il lavoro è stato eseguito e parole chiave (in italiano ed in inglese); inoltre, a pie' di pagina, indirizzo completo dell'autore al quale vanno inviate la corrispondenza e le richieste di estratti. Se possibile allegare anche numero di Fax. La seconda e la terza pagina dovranno contenere un riassunto rispettivamente in italiano e in inglese. Il riassunto ed il summary degli articoli in *extenso* e delle comunicazioni che riportano risultati di studi empirici dovranno avere una lunghezza maggiore degli altri (250-300 parole) e dovranno essere strutturati in paragrafi che sintetizzino il lavoro eseguito. I paragrafi dovranno essere intitolati: *Scopo/Objective* (sintetizzare lo scopo e gli obiettivi dello studio); *Disegno/Design*; *Setting/Setting*; *Principali misure utilizzate/Main outcome measures*; *Risultati/Results* (riassumere solo i risultati principali ottenuti) e *Conclusioni/Conclusions* (direttamente supportate dai dati).

Anche il riassunto ed il summary delle Revisioni della letteratura dovranno avere una lunghezza di 250-300 parole; essi dovranno essere strutturati nei seguenti paragrafi:

Scopo/Objective (lo scopo principale della review), *Metodo/Method* (fonti consultate, criteri di inclusione e di esclusione degli studi che sono stati revisionati), *Risultati/Results* (principali risultati ottenuti) e *Conclusioni/Conclusions* (includere la rilevanza clinica o altre implicazioni che la revisione della letteratura può avere).

Tutti gli altri contributi devono avere riassunti e summaries *standard*, di non più di 150 parole.

Per gli Editoriali ed i contributi pubblicati nelle Sezioni denominate *Documenti* e *Strumenti* non è necessario il riassunto.

Eventuali ringraziamenti dovranno comparire alla fine del lavoro, prima della bibliografia.

Gli Autori devono osservare scrupolosamente le seguenti norme:

- dividere il dattiloscritto in paragrafi (ad es., per i lavori sperimentali: Introduzione, Metodi, Risultati, Discussione);
 - sottolineare nel testo le parole e le frasi che dovranno essere stampate in corsivo;
 - usare prima delle cifre decimali il punto, anziché la virgola (sistema anglosassone), sia nel testo, sia nelle tabelle e nelle figure.
- citare nel testo solo autori i cui lavori vengano inclusi nella bibliografia. Per i lavori di un solo autore, citare cognome e anno della pubblicazione. Per i lavori pubblicati da due autori citare nel testo entrambi i cognomi, separati dal simbolo & e seguiti dall'anno della pubblicazione. Per i lavori con più di due autori citare nel testo il cognome del primo, seguito da *et al.* e dall'anno della pubblicazione.

BIBLIOGRAFIA

Alla fine del contributo includere una lista bibliografica completa (preparata secondo il sistema Harvard). Seguire le seguenti istruzioni:

Articoli su riviste. Gli autori vanno citati tutti. Indicare cognome, iniziale del(i) nome(i) di ciascun autore, anno della pubblicazione (tra parentesi), titolo del lavoro (iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo), nome della rivista (per esteso e sottolineato) numero del volume, pagina iniziale e finale.

Bridges K., Goldberg D., Evans B. & Sharpe T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine* 21, 473-483.

Articoli su Supplementi di riviste. Dopo gli autori, l'anno di pubblicazione e il titolo (vedi sopra) indicare titolo del supplemento (sottolineato; iniziale maiuscola per tutte le parole del titolo), iniziale del nome e cognome degli *editors*, nome della rivista (per esteso) e numero del supplemento, numero del volume, pagina iniziale e finale (precedute dal simbolo pp.).

Martini P., Cecchini M., Corlito G., D'Arco A. & Nascimbeni P. (1985). A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area: a community alternative to hospitalization. In *Focus on the Italian Psychiatric Reform* (ed. C. Perris and D. Kemali), Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 316, vol. 71, pp. 95-120.

Capitoli di libri. Dopo gli autori, l'anno di pubblicazione ed il titolo (vedi sopra) indicare titolo del libro (sottolineato; iniziale maiuscola per tutte le parole del titolo), iniziale del nome e cognome degli autori o degli *editors*, pagina iniziale e finale (vedi sopra), casa editrice, e dopo i due punti, luogo di pubblicazione.

Klerman G. & Weissman M. (1989). Continuities and discontinuities in anxiety disorders. In *The Scope of Epidemiological Psychiatry* (ed. P. Williams, G. Wilkinson and K. Rawnsley), pp. 181-195. Routledge: London.

Seropram[®]

Citalopram

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ.

Seropram 20

2. COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA.

Una compressa da 20 mg contiene:

Principio attivo

Citalopram bromidrato 24,98 mg
pari a citalopram 20,00 mg

Eccipienti

Amido di mais 46,10 mg
Lattosio 23,10 mg
Cellulosa microcristallina 18,80 mg
Polivinilpirrolidone vinilacetato 06,25 mg
Glicerina 02,50 mg
Sodio croscarmellosio 02,50 mg
Magnesio stearato 00,87 mg
Titanio biossido 00,70 mg
Idrossipropilmetilcellulosa 02,00 mg
Poliitilenglicole 400 00,40

3. FORMA FARMACEUTICA.

Comprese rivestite.

4. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE TOSSICOLOGICHE E FARMACOCINETICHE.

Citalopram è un nuovo derivato biciclico italenico con effetto antidepressivo. Studi biochimici e comportamentali hanno dimostrato che l'effetto farmacodinamico del citalopram è strettamente correlato a una potente inibizione dell'uptake della 5-HT (5-idrossitriptamina = serotonina). Citalopram non ha effetto sull'uptake della NA (noradrenalina) ed è quindi l'inibitore più selettivo dell'uptake della serotonina finora descritto, come dimostrato dal rapporto pari a 5000 tra le concentrazioni inibenti l'uptake della NA e della serotonina. Non presenta alcuna influenza sull'uptake della DA (dopamina) o del GABA (acido gamma-aminobutirrico). Inoltre, né citalopram, né i suoi metaboliti hanno proprietà antidopaminergiche, antiadrenergiche, antiserotoninergiche, antistaminergiche o anticolinergiche e non inibiscono le MAO (monoaminoossidasi). Citalopram non si lega ai recettori delle benzodiazepine, del GABA o degli oppioidi. Dopo trattamento prolungato, l'efficacia inibitoria sull'uptake della 5-HT è invariata; inoltre citalopram non induce variazioni nella densità dei neurorecettori come accade con la maggior parte degli antidepressivi triciclici e con i più recenti antidepressivi atipici. Sono assenti gli effetti sui recettori colinergici muscarinici, sui recettori istaminici e sugli alfa-adrenorecettori, con conseguente mancata insorgenza degli effetti collaterali legati alla inibizione di questi recettori: secchezza delle fauci, sedazione, ipotensione ortostatica, presenti dopo trattamento con molti farmaci antidepressivi. Citalopram è quindi unico per la sua estrema selettività di blocco dell'uptake e per l'assenza di attività agonista o antagonista sui recettori. Il farmaco non ha potere teratogeno e non influisce sulla riproduzione o sulle condizioni perinatali, non ha effetto mutageno né carcinogenico. Citalopram è rapidamente assorbito dopo somministrazione orale. I livelli plasmatici massimi di citalopram sono raggiunti entro 2-4 ore dalla somministrazione. Il volume apparente di distribuzione è circa 14 l/kg (range 12-16 l/kg). Il legame alle proteine plasmatiche è inferiore all'80%. La biodisponibilità di citalopram dopo somministrazione orale è praticamente completa. È stata dimostrata una relazione lineare tra le concentrazioni plasmatiche allo stato stazionario e la dose somministrata, con concentrazioni medie di circa 250 nM per una dose giornaliera pari a 40 mg. L'emivita biologica è di circa un giorno e mezzo e nella maggior parte dei pazienti lo stato stazionario è raggiunto entro la prima settimana di terapia. Nella maggior parte dei pazienti i livelli dello stato stazionario sono compresi nel range 100-400 nM per una dose giornaliera pari a 40 mg. Nei pazienti anziani, a causa di una ridotta velocità di metabolizzazione, sono state riscontrate un'emivita più lunga e una clearance diminuita. Come altri farmaci psicotropi, citalopram si distribuisce nell'organismo; le concentrazioni più elevate di farmaco e di metaboliti demetilati si trovano nei polmoni, nel fegato, nei reni, concentrazioni inferiori nella milza, nel cuore e nel cervello. Il farmaco e i suoi metaboliti passano la barriera placentare e si distribuiscono nel feto in modo simile a quanto visto nella madre. Una piccolissima quantità di citalopram e dei suoi metaboliti sono secreti nel latte materno. Citalopram è metabolizzato a demetilcitalopram, didemetilcitalopram, citalopram N-ossido e, per deaminazione, a un derivato deaminato dell'acido propionico. Mentre il derivato dell'acido propionico è inattivo, demetilcitalopram, didemetilcitalopram e citalopram N-ossido, sono pure inibitori selettivi dell'uptake della serotonina, sebbene più deboli del composto di origine. Nei pazienti, il citalopram non metabolizzato è il composto predominante nel plasma. Il rapporto di concentrazione citalopram/dimetilcitalopram nel plasma, allo stato stazionario, è mediamente di 3,4 dopo 15 ore e di 2 dopo 24 ore dalla somministrazione. I livelli plasmatici di didemetilcitalopram e citalopram N-ossido sono generalmente molto bassi. Non è stata effettuata una valutazione tra concentrazione plasmatica ed effetto, nemmeno gli effetti collaterali sembrano correlati alle concentrazioni plasmatiche del farmaco. La clearance plasmatica sistemica è pari a circa 0,4 l/min. L'escrezione avviene con le urine e con le feci. Il fattore di conversione da nM a ng/ml (riferito alla base) è 0,32 per il citalopram e 0,31 per il demetilcitalopram.

5. INFORMAZIONI CLINICHE.

L'indicazione per citalopram è la sfera dei disordini depressivi endogeni. Citalopram non interferisce sul sistema di conduzione cardiaca o sulla pressione arteriosa. Questo è particolarmente importante per i pazienti anziani. Inoltre citalopram non ha effetti sui sistemi ematico, epatico o renale. La frequenza degli effetti collaterali è molto bassa e la maggior parte dei sintomi è di lieve entità e di tipo transitorio. Gli effetti collaterali osservati con maggior frequenza sono nausea e aumentata sudorazione. Dopo poche settimane di trattamento la maggior parte dei pazienti non ha manifestato alcun effetto collaterale. La bassa frequenza di effetti collaterali e le minime proprietà sedative di citalopram ne suggeriscono l'impiego nei trattamenti a lungo termine. Inoltre citalopram non causa aumento del peso corporeo né potenzia l'effetto dell'alcool. **5.1. Indicazioni terapeutiche.** Sindromi depressive endogene. **5.2. Controindicazioni.** Ipersensibilità verso i componenti del prodotto. Età inferiore ai 14 anni. Citalopram non deve essere somministrato a pazienti in trattamento con MAO-inibitori e comunque non prima di 14 giorni dopo la loro sospensione (vedere Avvertenze). **5.3. Effetti indesiderati.** Citalopram è generalmente ben tollerato; le reazioni secondarie osservate sono in generale poche, di lieve entità e di tipo transitorio. Le reazioni che compaiono con maggiore frequenza sono nausea, aumentata sudorazione, secchezza delle fauci, cefalea e ridotta durata del sonno. Esse si manifestano soprattutto nella prima o seconda settimana di terapia, per poi sparire con il miglioramento dello stato depressivo. **5.4. Speciali precauzioni per l'uso.** Citalopram non deve essere somministrato a pazienti in trattamento con MAO-inibitori e comunque non prima di almeno 14 giorni dopo la loro sospensione. Nei pazienti con insufficienza epatica è consigliabile una dose giornaliera non superiore a 20-30 mg. Nei pazienti con funzionalità renale fortemente ridotta è consigliabile attenersi al dosaggio minimo consigliato. **5.5. Uso in caso di gravidanza e allattamento.** L'innocuità di citalopram in gravidanza non è stata stabilita. Sebbene gli studi effettuati sugli animali da esperimento non abbiano evidenziato segni di potenziale teratogenicità, né effetti sulla riproduzione o sulle condizioni perinatali, poiché il citalopram con i suoi metaboliti passa la barriera placentare e poiché una piccolissima quantità viene riscontrata nel latte materno, se ne sconsiglia l'uso durante la gravidanza e l'allattamento. **5.6. Interazioni medicamentose e altre.** La somministrazione contemporanea di MAO-inibitori può causare crisi ipertensive (vedere Avvertenze). Non sono state riportate interazioni legate alla assunzione contemporanea dell'alcool. Livelli plasmatici di citalopram leggermente elevati sono stati osservati durante il trattamento contemporaneo con alcune fenotiazine (levomepromazina e alimemazina) ma il dato non ha rilevanza clinica. Benché non esistano dati relativi alla possibile inibizione del citalopram da parte della cimetidina i pazienti in trattamento con questo farmaco devono ricevere dosaggio dimezzato ed essere attentamente monitorati. **5.7. Posologia e modalità di somministrazione. Adulti:** Seropram compresse viene somministrato in un'unica dose giornaliera. La dose iniziale è di 20 mg al giorno, la sera. Questa può essere aumentata a 40 mg al giorno, se necessario. **Anziani:** Ai pazienti sopra i 65 anni di età deve essere somministrata metà della dose raccomandata a causa di un rallentato metabolismo. **Bambini:** Non esistono esperienze cliniche circa l'impiego pediatrico di citalopram; pertanto se ne sconsiglia la somministrazione a pazienti con età inferiore a 14 anni. L'effetto antidepressivo si manifesta in genere entro 2-4 settimane dall'inizio della terapia; è opportuno che il paziente venga seguito dal medico fino a remissione dello stato depressivo. Poiché il trattamento con antidepressivo è sintomatico, deve essere continuato per un appropriato periodo di tempo, in genere 4-6 mesi nelle malattie maniaco-depressive. In caso di insonnia o di forte irrequietezza si raccomanda un trattamento addizionale con sedativi in fase acuta. **5.8. Sovradosaggio.** I sintomi possibili con una dose fino a 600 mg sono: stanchezza, debolezza, sedazione, vertigini, tremori delle mani, nausea. I sintomi possibili con dosi superiori a 600 mg sono: dolore e disturbi respiratori ma non segni di cardiotoxicità. La dose più alta ingerita è stata di 2000 mg; il paziente è stato ricoverato in condizioni stuporose e con difficoltà respiratorie, ma senza evidenza di cardiotoxicità. Il paziente si è comunque ripreso rapidamente. Il trattamento del sovradosaggio è sintomatico e di supporto in quanto non esiste un antidoto specifico; una lavanda gastrica dovrebbe essere effettuata non appena possibile dopo l'ingestione orale e la pervietà delle vie aeree deve essere mantenuta, se necessario con intubazione. Somministrare ossigeno in caso di ipossia e diazepam in caso di convulsioni. È consigliabile la sorveglianza medica per circa 24 ore. Non esiste uno specifico antidoto ma il paziente può trarre beneficio dalla somministrazione di antagonisti della serotonina (es. metisergide). **5.9. Avvertenze.** Non somministrare a pazienti di età inferiore a 14 anni. Qualora il paziente entrasse in una fase maniacale, il trattamento deve essere sospeso e si deve istituire un trattamento appropriato con neurolettici. Il rischio di suicidio nei pazienti depressi persiste fino a quando non si ottiene una significativa remissione, poiché il blocco inibitorio può venire meno prima che si stabilisca una efficace azione antidepressiva. **5.10. Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.** Citalopram ha scarsi effetti sulla performance psicomotoria.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.

6.1. Incompatibilità. Nessuna. **6.2. Durata di stabilità a confezionamento integro.** 5 anni. **6.3. Speciali precauzioni per la conservazione.** Nessuna. **6.4. Contenitore, confezione e relativi prezzi.** Le compresse vengono confezionate in blister di PVC e alluminio. 28 compresse 20 mg Lit. 64.000. **6.5. Sede sociale del titolare dell'autorizzazione all'immissione sul mercato.** Lundbeck Italia S.p.A. - via S. Andrea 19 - 20121 Milano. Officina di produzione: H. Lundbeck A/S - Copenhagen Valby (Danimarca). **6.6. Numero di codice e data di prima commercializzazione.** 28 compresse rivestite 20 mg n. di codice: 028759013. Prima commercializzazione: Marzo 1995. **6.7. Eventuale tabella di appartenenza.** Nessuna. **6.8. Regime di dispensazione al pubblico.** Su presentazione di ricetta medica.

Lundbeck

NORME PER GLI AUTORI (segue)

Articoli in *Atti di Convegni, Seminari, ecc.*

Balestrieri M., Arreghini E., Marino S. & Bellantuono C. (1989). I disturbi emotivi nella medicina di base: una rassegna degli studi epidemiologici nell'area di Verona. In *Atti del 37° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, pp. 41-46. CIC Edizioni Internazionali: Roma.

Libri e Monografie.

Autore(i) individuale(i):

Shepherd M., Cooper B., Brown A. C. & Kalton G. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press: Oxford.

Editor(s) o curatore(i):

Cooper B. (ed.) (1987). *Psychiatric Epidemiology. Progress and Prospects*. Croom Helm: London.

Autore istituzionale:

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed. revised). American Psychiatric Association: Washington DC.

TABELLE E FIGURE

Indicare nel testo dove vanno inserite eventuali tabelle e figure. Dattiloscivere le tabelle su fogli separati, ciascuna su di un foglio. Le tabelle vanno numerate progressivamente con numeri romani e corredate di un titolo esaurientemente esplicativo.

Nel testo vanno citate senza abbreviazioni (es.: tabella I).

Allegare eventuali figure pronte per la riproduzione. Nel testo vanno citate senza abbreviazioni. Tutte le figure (grafici, disegni schemi, ecc.) devono essere contraddistinte con numeri arabi progressivi (es.: figura 1). Ogni figura dovrà essere corredata da una didascalia. Sia le figure che le didascalie vanno separate dal testo e fornite a parte. Sul retro di ogni figura indicare il nome del primo autore del contributo. Includere solo le tabelle e le figure ritenute essenziali.

LINEE GUIDA PER L'INCLUSIONE DEI NOMI DEI COLLABORATORI TRA GLI AUTORI

Nel caso di articoli firmati da più autori, ciascun autore deve aver partecipato al lavoro in misura sufficiente ad assumere pubblica responsabilità per il suo contenuto. Questa partecipazione deve includere: a) concepimento o disegno dello studio, oppure analisi e interpretazioni dei dati, o entrambe le cose; b) stesura dell'articolo o revisione critica del suo contenuto; c) approvazione finale della versione da pubblicare. Aver partecipato solo alla raccolta dei dati non giustifica il fatto di essere incluso tra gli autori. Tutti gli elementi (compresi nei punti a, b, c), che siano di importanza decisiva per le conclusioni del lavoro inviato per la pubblicazione, devono poter essere attribuiti ad almeno uno degli autori.

N.B. All'Autore indicato nella prima pagina, dopo l'accettazione del lavoro, verrà restituito il dattiloscritto con le correzioni e le modifiche editoriali del Redattore-Capo. Egli dovrà apportarle e rispedire al Dr. R. Fianco (Servizio di Psicologia Medica, Ospedale Policlinico, 37134 Verona) la versione finale del dattiloscritto (in due copie) più una versione su dischetto, sia in ASCII che nel Word-processor utilizzato (vedi sotto). Modifiche e variazioni eseguite dall'Autore in modo non preciso potranno ritardare la pubblicazione del lavoro.

L'Autore indicato nella prima pagina riceverà le bozze da correggere. Le correzioni dovranno limitarsi agli errori tipografici. Saranno forniti, per ogni articolo, 15 estratti gratuiti. Estratti supplementari potranno essere ordinati all'atto della correzione delle bozze.

DISKETTE SUBMISSION INSTRUCTIONS

Authors are requested to deliver the final, accepted version of their manuscripts on diskette.

- *Storage medium.* 3.5 inch diskette in Windows format.
- *Software.* Word 2.0 or 6.0 is preferred. The use of desktop publishing software (Aldus Pagemaker®, Quark Xpress®, etc.) is discouraged. If you prepared your manuscript with such a program, export the text to a wordprocessing format.
- *Format.* Keep the document as simple as possible. Refrain from any complex formatting. Do not use the footnote function of your word processor.
- *Illustrations.* Submission of electronic illustrations is encouraged, but not required. Submit illustrations on a separate diskette from the text. TIFF and EPS files or native application files are acceptable. For grey scale and color figure submissions please contact us for more detailed instructions.
- *File name.* Submit each article as a single file. Name each file with your last name (not to exceed 8 letters), followed by a period, plus the three-letter extension. If your last name exceeds eight letters, it should be truncated to fit: For example, files prepared by author Abbagnale would be named: Abbagnal.EPS.
- *Disk label.* Label all diskettes with your name, the file name, and the program used.
- *Paper copy.* The diskette must be accompanied by hard copy printout. If the disk and paper copy differ, the paper copy will be considered the definitive version.

Please refer any questions to:

Dr. Renato Fianco

renatof@borgoroma.univr.it

Telephone: +39 - (0)45-807.4441

Fax: +39 - (0)45-585.871.



La Società Italiana di Psichiatria è su Internet

<http://www.pensiero.it/sip>

NOTIZIE AMMINISTRATIVE

Abbonamenti per l'anno 1997

per l'Italia	
Privati	L. 75.000
Istituti, Enti, Biblioteche	
Ospedali, USL	L. 110.000
per l'estero	L. 125.000
L'abbonamento decorre da gennaio a dicembre.	
In caso di disdetta dell'abbonamento è gradita una tempestiva comunicazione scritta.	
Per i fascicoli eventualmente non ricevuti l'abbonato potrà fare richiesta all'editore. Se la richiesta sarà tempestiva, il fascicolo duplicato sarà fornito gratuitamente; altrimenti verrà addebitato in contro assegno (prezzo del fascicolo separato più spese postali).	
Un fascicolo separato	L. 32.000

A tutti gli abbonati 1997 sarà inviato in omaggio il volume:
MAKING RATIONAL MENTAL HEALTH SERVICES
a cura di M. Tansella.



Questo periodico è iscritto all'U.S.P.I.
Unione Stampa Periodica Italiana

Pagamento

Per abbonamenti arretrati e fascicoli arretrati sono validi i prezzi dell'anno corrente.

Le richieste e i versamenti debbono essere effettuati a:

Il Pensiero Scientifico Editore - Ufficio Abbonamenti - via Bradano, 3/C - 00199 Roma, tel. (06) 86207158 - 86207159 - 86207168 - 86207169 - fax (06) 86207160.

La quota di abbonamento può essere pagata a mezzo di assegno circolare, assegno di conto corrente, vaglia postale. Può anche essere versata sul c/c postale n. 902015.

Gli Enti, Istituti, Biblioteche, Ospedali, USL, che desiderano la fattura dovranno farne richiesta al momento dell'ordine di abbonamento. Questo sarà attivato dopo il saldo della fattura.

Non saranno evase richieste di ricevute o fatture successive al momento dell'ordinativo.

L'I.V.A. è compresa nel prezzo di abbonamento (art. 74/C D.P.R. 633/72).

Inserzioni pubblicitarie

Le richieste vanno indirizzate a: Il Pensiero Scientifico Editore
Servizi di Comunicazione Integrata

Via Bradano 3/c - 00199 Roma

Tel. 06/86207165 (diretto). Fax 06/86207160.

E-mail: pensiero@pensiero.it

Website: <http://www.pensiero.it>

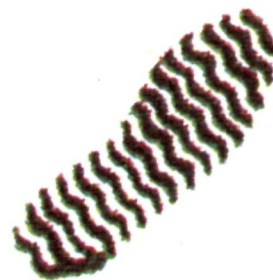
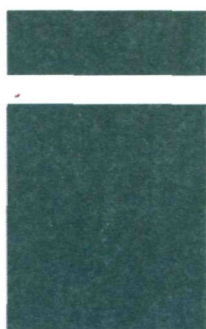
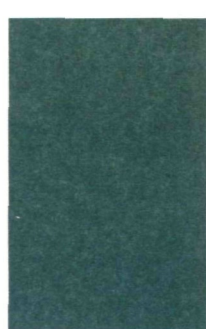


S o



SEROXAT®

PAROXETINA



Indicazioni:

- **Depressione di tutti i tipi, compresa la depressione accompagnata da ansietà.**
- **Prevenzione delle recidive e delle ricadute della depressione.**
- **Disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia.**
- **Disturbo ossessivo/compulsivo e prevenzione delle sue recidive.**



SB

SmithKline Beecham



SEROXAT®

PAROXETINA

SCHEDE TECNICHE

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: SEROXAT. 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA IN PRINCIPI ATTIVI. Ogni compressa rivestita contiene: Principio attivo: Paroxetina cloridrato 22,88 mg (corrispondente a paroxetina 20 mg). **3. FORMA FARMACEUTICA.** Compresse rivestite divisibili, per uso orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche.** Seroxat è indicato nel trattamento della depressione di tutti i tipi, compresa la depressione accompagnata da ansietà e nella prevenzione delle recidive e delle ricadute della depressione. Seroxat è indicato nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo e nella prevenzione delle sue recidive. Seroxat è indicato nel trattamento del disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia. L'aggiunta di paroxetina alla terapia cognitiva di tipo comportamentale si è dimostrata significativamente più efficace nel trattamento del disturbo da attacchi di panico rispetto alla terapia cognitiva comportamentale da sola. **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** **Depressione.** La dose raccomandata è di 20 mg, una volta al giorno. Il dosaggio può essere aumentato fino a 50 mg al giorno, in base alla risposta del paziente, con aumenti gradualmente di 10 mg. **Disturbo ossessivo compulsivo.** La dose raccomandata è di 40 mg al giorno. La dose iniziale è di 20 mg al giorno e può essere aumentata settimanalmente con aumenti gradualmente di 10 mg in base alla risposta del paziente. In alcuni casi il dosaggio può essere aumentato fino ad un massimo di 60 mg al giorno. **Disturbo da attacchi di panico.** La dose raccomandata è di 40 mg al giorno. La dose iniziale è di 10 mg al giorno e può essere aumentata settimanalmente con aumenti gradualmente di 10 mg in base alla risposta del paziente. Un basso dosaggio iniziale è raccomandato per ridurre al minimo il potenziale peggioramento della sintomatologia da panico, come si è osservato generalmente nel trattamento iniziale del disturbo da panico. Come per tutti i farmaci antidepressivi, il dosaggio, in base alla risposta terapeutica, deve essere aggiustato e rivisto se necessario entro le prime due o tre settimane dall'inizio della terapia, e nel caso di interruzione del trattamento è opportuno che questo avvenga gradualmente in quanto una interruzione repentina della somministrazione può comportare la comparsa di sintomi quali disturbi del sonno, irritabilità, vertigini, sudorazione, nausea, disturbi sensoriali. Nell'anziano, visti i risultati degli studi farmacocinetici, è consigliabile un dosaggio di 20 mg al giorno. In alcuni pazienti può essere necessario aumentare la dose: questo deve comunque avvenire gradualmente con incrementi di 10 mg alla volta fino ad un massimo di 40 mg al giorno in accordo alla risposta del paziente. In pazienti con insufficienza renale grave (clearance della creatinina <30 ml/min) o insufficienza epatica grave si verifica un aumento delle concentrazioni plasmatiche di paroxetina, pertanto si raccomanda la somministrazione del dosaggio minimo previsto. I pazienti dovrebbero essere trattati per un periodo sufficiente da assicurare la remissione completa dei sintomi; tale periodo può essere di molti mesi sia per la depressione, sia per il disturbo ossessivo compulsivo e per il disturbo da attacchi di panico. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità verso i componenti o verso altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico. Non somministrare in età pediatrica. Generalmente controindicato in gravidanza e durante l'allattamento. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.** Come nella maggior parte delle terapie con antidepressivi, Seroxat non dovrebbe essere somministrato in associazione con anti-MAO o prima di due settimane dal termine di tale trattamento. Analogamente non è opportuno iniziare una terapia con anti-MAO prima di due settimane dal termine della terapia con paroxetina. Seroxat non produce variazioni cliniche significative della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e dell'ECG, ciononostante occorre osservare le consuete precauzioni in presenza di alterazioni cardiovascolari. Come nel caso di altri antidepressivi, Seroxat dovrebbe essere usato con cautela in pazienti epilettici. Complessivamente l'incidenza di convulsioni in pazienti trattati con Seroxat è stata <0,1%. Il trattamento con Seroxat deve essere sospeso nei pazienti che presentano convulsioni. Seroxat dovrebbe essere usato con precauzione in pazienti con storia clinica di mania. Particolare attenzione occorre nell'uso di Seroxat nei pazienti in trattamento con anticoagulanti orali. Studi condotti con cimetidina hanno dimostrato che quest'ultimo determina un aumento della biodisponibilità di paroxetina di circa il 45%, pertanto si raccomanda l'impiego di Seroxat al dosaggio minimo. Esiste un'esperienza clinica limitata nella somministrazione concomitante di paroxetina con ECT. Tenere fuori della portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose e altre.** Specifici studi sono stati condotti per valutare le possibili interazioni tra paroxetina e farmaci o sostanze psicoattive. L'esperienza in un limitato numero di soggetti sani ha dimostrato che paroxetina non aumenta la sedazione e la debolezza associate a allopindolo, amobarbital o oxazepam, quando somministrati contemporaneamente. Gli studi condotti nell'animale indicano che può verificarsi una interazione tra paroxetina e inibitori delle monoaminoossidasi (anti-MAO) o triptofano, analogamente ad altri inibitori della ricaptazione di serotonina, e che può determinare in tali circostanze la "sindrome da serotonina" caratterizzata da agitazione, irrequietezza e sintomi gastrointestinali quali diarrea. In uno studio in pazienti depressi stabilizzati con litio, non si è osservata interazione farmacocinetica tra paroxetina e litio. Dato che l'esperienza clinica è limitata, occorre particolare attenzione nella somministrazione contemporanea di paroxetina e litio. La co-somministrazione di paroxetina e fenitoina è associata ad una diminuzione nella concentrazione plasmatica di paroxetina. Quando questi due farmaci sono co-somministrati non è necessario un aggiustamento della dose iniziale con paroxetina, ogni eventuale aggiustamento della dose dovrà essere valutato sulla base della risposta clinica. L'assunzione con anticonvulsivanti può essere associata ad un aumento della incidenza di reazioni indesiderate. Sebbene la paroxetina non aumenti gli effetti dannosi psicomotori indotti dalla assunzione di alcool, il loro uso concomitante è sconsigliato. Come con altri antidepressivi, inclusi gli SSRI, Seroxat può, a livello del citocromo P 450, interferire sul metabolismo epatico di alcuni farmaci determinandone l'aumento dei livelli plasmatici, fra questi debrisoquina, sparteina, alcuni antidepressivi tricyclici, neurolettici, fenotiazinici e gli antiaritmici di classe I C. Il metabolismo e la farmacocinetica di Seroxat possono essere influenzati dai farmaci che provocano una induzione o un'inibizione del metabolismo enzimatico. Nel caso in cui Seroxat sia somministrato contemporaneamente a farmaci inibitori del metabolismo enzimatico si suggerisce l'uso dei dosaggi più bassi. Nel caso di co-somministrazione contemporanea a farmaci induttori del metabolismo enzimatico, non è richiesto alcun aggiustamento iniziale del dosaggio. Ogni successivo aggiustamento deve essere basato sulla risposta clinica. Una interazione farmacocinetica significativa è stata evidenziata anche tra paroxetina e procliclidina con aumento dei livelli plasmatici di quest'ultima quando somministrata contemporaneamente. Se si osservano effetti antiemergici la dose di procliclidina dovrebbe essere ridotta. Dati preliminari suggeriscono una possibile interazione farmacocinetica tra paroxetina e warfarina che può comportare un allungamento del tempo di emorragia in presenza di valori normali di protrombina. **4.6 Uso in**

caso di gravidanza e di allattamento. Nonostante gli studi negli animali non abbiano dimostrato alcun effetto teratogeno o embriotossico selettivo, la sicurezza della paroxetina nella donna in gravidanza non è stata stabilita; pertanto il prodotto non dovrebbe essere utilizzato durante la gravidanza o l'allattamento se non nei casi in cui il potenziale beneficio superi il possibile rischio e comunque sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.** L'esperienza clinica ha dimostrato che la terapia con paroxetina non è associata ad alterazioni delle funzioni cognitive o psicomotorie. Tuttavia, come con tutti i farmaci psicoattivi, i pazienti dovrebbero essere avvertiti di usare cautela nell'uso di macchinari pericolosi e nella guida di autoveicoli. **4.8 Effetti indesiderati.** Le reazioni indesiderate con paroxetina sono di moderata entità e non influenzano la qualità di vita del paziente, generalmente non richiedono interruzione della terapia e durante il trattamento prolungato possono diminuire di intensità e frequenza. Le reazioni avverse associate all'uso di paroxetina più comunemente osservate sono: nausea, sonnolenza, sudorazione, tremore, astenia, secchezza delle fauci, insonnia e disfunzioni sessuali, vertigini, costipazione, diarrea e diminuzione dell'appetito. Raramente sono state riscontrate convulsioni. Occasionalmente sono stati riportati disturbi extrapiramidali (distonia oro-facciale) in pazienti con pregressi disturbi del movimento o in pazienti in trattamento con neurolettici, prevalentemente nell'anziano è stata riscontrata iponatremia, che generalmente scompare con la sospensione del farmaco. Sono stati riscontrati raramente transitori aumenti degli enzimi epatici. Sebbene non sia stata dimostrata una relazione causale con paroxetina, si consiglia di sospendere il trattamento in caso di comparsa di alterazioni della funzionalità epatica. Paroxetina, rispetto agli antidepressivi tricyclici, è associata ad una minore probabilità di causare secchezza delle fauci, costipazione e sonnolenza. **4.9 Sovradosaggio (sintomi, soccorsi d'urgenza, antidoti).** I sintomi di sovradosaggio con paroxetina includono nausea, vomito, tremore, midriasi, secchezza delle fauci e irritabilità. Non si sono osservati casi di anomalie nell'ECG, coma o convulsioni successive al sovradosaggio con paroxetina. Casi di sovradosaggio sono stati segnalati con paroxetina fino a 2000 mg, da soli o in associazione con altri farmaci. Quando usato da solo, Seroxat non ha mai causato morte; il recupero del paziente non ha lasciato sequele. Il trattamento si basa sulle abituali misure utilizzate nel sovradosaggio con antidepressivi: si consiglia svuotamento gastrico attraverso induzione di emesi o lavanda gastrica. Successivamente può essere somministrato carbone attivo, 20 o 30 g ogni 4-6 ore nelle prime 24 ore dopo ingestione. È indicata una terapia di supporto con attenta osservazione e frequente monitoraggio dei sintomi vitali. La precoce somministrazione di carbone attivo può ritardare l'assorbimento di Seroxat. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E TOSSICOLOGICHE ED ELEMENTI DI FARMACOCINETICA. 5.1 Farmacodinamica.** La paroxetina è una molecola con una azione inibitoria potente e selettiva sulla ricaptazione della serotonina (5-idrossitriptamina: 5HT) nei neuroni cerebrali, senza interferenze sulla captazione della noradrenalina. La sua efficacia nei trattamenti della depressione, del disturbo ossessivo compulsivo e del disturbo da attacchi di panico è presumibilmente correlata a tale meccanismo. Chimicamente è una (-)-trans-4-(4-fluorofenil)-3-(3',4'-metilendirossi-fenossimetil)-piperidina cloridrato, la cui struttura non è riconducibile a quella degli antidepressivi tricyclici, tetracyclici e di altri disponibili. Negli studi a lungo termine con paroxetina è emerso che l'efficacia si mantiene per periodi di almeno un anno nel trattamento della depressione e del disturbo ossessivo compulsivo e per oltre un anno nel trattamento del disturbo da attacchi di panico. **5.2 Farmacocinetica.** La paroxetina è ben assorbita nel tratto gastroenterinale dopo somministrazione orale. I livelli sistemici di equilibrio sono raggiunti entro 7-14 giorni dall'inizio del trattamento. Circa il 95% della paroxetina presente nel plasma è legato alle proteine. L'emivita di eliminazione è generalmente di un giorno. La paroxetina è metabolizzata a livello epatico; gli studi di farmacologia hanno evidenziato che i metaboliti sono molto meno potenti della paroxetina, pertanto si presume che non contribuiscano al suo effetto terapeutico. I principali metaboliti sono prodotti polari e coniugati, prontamente eliminati. L'escrezione urinaria di paroxetina è circa il 64% della dose di cui meno del 2% in forma imm modificata. Circa il 36% della dose è escreto nelle feci, attraverso la bile, di cui la forma imm modificata rappresenta meno dell'1%. Il profilo farmacocinetico non sembra modificarsi durante la terapia a lungo termine. La biodisponibilità della paroxetina non è influenzata dalla contemporanea assunzione di cibo. Nei soggetti anziani le concentrazioni plasmatiche di paroxetina sono risultate elevate. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Gli studi di tossicità acuta hanno evidenziato valori di LD₅₀ pari a 374 e 341 mg/kg dopo somministrazione orale e valori pari a 27 e 38 mg/kg dopo somministrazione e.v. rispettivamente nel ratto e nel topo. Negli studi di tossicità per somministrazioni ripetute nel ratto è stato evidenziato un lieve incremento dei valori di fosfatasi alcalina a dosi pari a 4 mg/kg/die e di alaninamminotransferasi alle dosi di 12 e 40 mg/kg/die. Come atteso per le ammine lipofile, inclusi gli antidepressivi tricyclici, è stata riscontrata fosfolipidiosi nel ratto, ma non è stata osservata invece negli studi condotti nei primati della durata di un anno a dosi superiori a 6 volte il dosaggio clinico raccomandato. Nella scimmia Rhesus è stato evidenziato un aumento dei lisosomi nel fegato a dosi elevate dopo 12 mesi di trattamento. In questa specie la dose che non ha causato effetti tossici è stata di 1 mg/kg/die. Non è stata evidenziata teratogenicità nel ratto e nel coniglio alle dosi tossiche materne, mentre una embriotossicità non selettiva viene segnalata agli stessi livelli di dose. Nel ratto gli studi sulla fertilità hanno evidenziato alla dose di 13 mg/kg una frequenza ridotta delle gravidanze e, a 43 mg/kg/die una minore sopravvivenza post-partum dei nati. Dosi pari a 50 mg/kg/die hanno causato effetti tossici sul ciclo estrale e sull'ovulazione; nei maschi invece sono state evidenziate variazioni istopatologiche a carico della rete testis e dell'epididimo. Nessun potenziale cancerogeno è stato riscontrato negli studi della durata di due anni, condotti nel ratto e nel topo e nessun effetto genotossico è stato osservato negli studi di mutagenesi in vitro e in vivo. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Lista degli eccipienti.** Calcio fosfato bibasico bidrato, idrossipropilmetilcellulosa 2910, sodio carbossimetilamido, magnesio stearato, idrossipropilmetilcellulosa, titanio biossido (E 171), polietilenglicole 400, polietilenglicole 6000, polisorbato 80 (E 433). **6.2 Incompatibilità.** Nessuna. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro.** 36 mesi a confezionamento integro, correttamente conservato. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Nessuna. **6.5 Natura del contenitore e confezioni.** Astuccio contenente 12 compresse rivestite da 20 mg, confezionate in blister PVC/alluminio. **6.6 Istruzioni per l'uso.** Nessuna. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** SmithKline Beecham S.p.A. Via Zambellelli - Baranzate (MI). **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 12 compresse rivestite da 20 mg: codice n. 027963014 del Ministero della Sanità. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO AUTORIZZAZIONE.** 31.12.1992. **10. EVENTUALE TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 309/90.** Nessuna. **11. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO.** Vendita su prescrizione e ricetta medica ripetibile.

SB SmithKline Beecham

Deposito presso il Min. San. il 4/4/96



MENTE E NOBILTÀ.

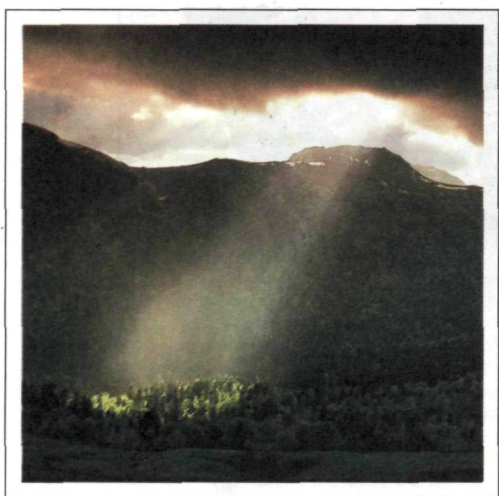
"The care of the human mind is the most noble branch of medicine."

A. Siefert, "Medical and Surgical Practitioner's Memorandum"



Per informazioni e abbonamenti: Tel. (06) 86207158/59/68/69 - Fax (06) 86207160

E-mail: pensiero@pensiero.it - Internet: www.pensiero.it



TAVOR®

(Lorazepam)

Tavor 1,0

20 compresse da 1,0 mg

Tavor 2,5

20 compresse da 2,5 mg

Tavor gocce

Flacone da 10 ml - 20 mg; 20 gocce = 1 mg

Tavor 1,0 EXPIDET

20 discoidi da 1,0 mg

Tavor 2,5 EXPIDET

20 discoidi da 2,5 mg

che si dissolvono
rapidamente
a contatto
con la saliva



Wyeth



EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

Volume 5, Numero 3, Settembre-Dicembre 1996

SOMMARIO

Editoriali

Disturbi psichici nella medicina generale: le difficoltà per il medico, <i>M. Piccinelli</i>	Pag.	151
The capricious relationship between recognition and outcome of mental illness in primary care, <i>B.G. Tiemens, J. Ormel</i>	»	160
Psichiatria e medicina di base: studi epidemiologici e progetti collaborativi in Italia, <i>D. Berardi, G. Ferrari, A.R. Scaramelli, A. Scardovi, M. Vittorangeli</i>	»	164
Screening for mental illness in general population and primary care settings, <i>K.M. Magruder</i>	»	168

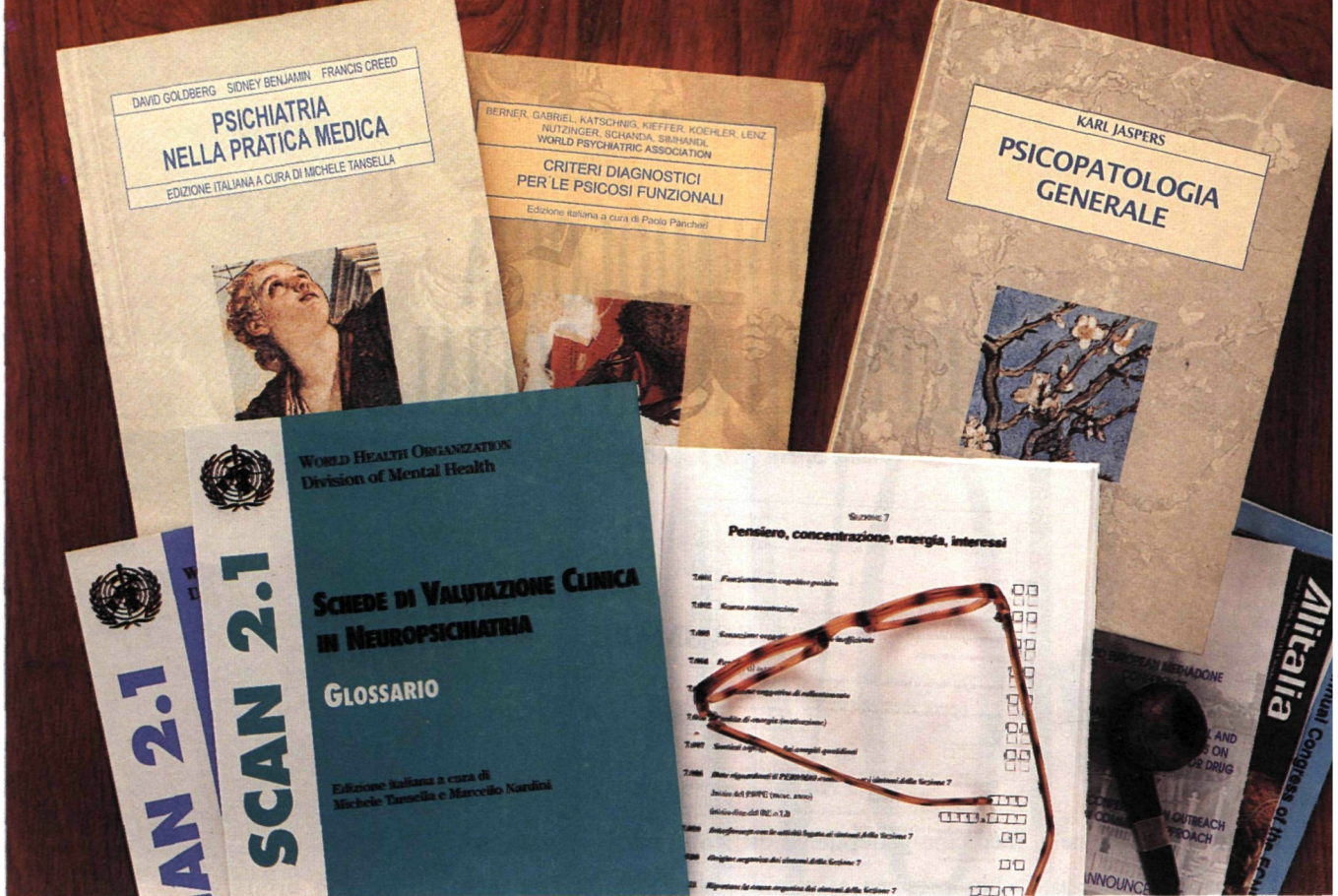
Articoli

<i>R. Gater</i> , WHO study of psychological problems in general health care. Baseline findings and implications for primary care	»	172
<i>G. Civenti, R. Blaco, A. Lora, A. Cocchi</i> , I servizi psichiatrici in Lombardia dal 1983 al 1993: linee di tendenza e interazioni tra indicatori di struttura, personale e attività	»	178
<i>P. Munk-Jørgensen</i> , Perspectives for psychiatric epidemiology: are we measuring the right things?	»	190

Strumenti

(a cura di Mirella Ruggeri)

ICAP. Presentazione, <i>M. Ruggeri</i>	»	198
ICAP. Un'intervista per la raccolta dei dati necessari per la valutazione dei costi dell'assistenza psichiatrica, <i>F. Amadeo, P. Bonizzato, J. Beecham, M. Knapp, M. Tansella</i>	»	201
Introduzione	»	201
Lo strumento	»	206
Istruzioni per l'uso	»	214
Indice generale del volume 5 (1996)	»	215



MENTE IN MOVIMENTO

"La mente non è una cosa che esiste,
 ma una serie di eventi che si muovono
 e procedono ad ogni istante"

S.H. Foulkes, 1973



Per informazioni e abbonamenti: Tel. (06) 86207158/59/68/69 - Fax (06) 86207160
 E-mail: pensiero@pensiero.it - Internet: www.pensiero.it

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

Volume 5, Numero 3, Settembre-Dicembre 1996

CONTENTS

Editorials

Mental disorders in primary health care: the primary care physician's difficulties, <i>M. Piccinelli</i>	Page 151
The capricious relationship between recognition and outcome of mental illness in primary care, <i>B.G. Tiemens, J. Ormel</i>	» 160
Psychiatry and general practice: epidemiological studies and collaborative research projects in Italy, <i>D. Berardi, G. Ferrari, A.R. Scaramelli, A. Scardovi, M. Vittorangeli</i>	» 164
Screening for mental illness in general population and primary care settings, <i>K.M. Magruder</i>	» 168

Articles

<i>R. Gater</i> , WHO study of psychological problems in general health care. Baseline findings and implications for primary care	» 172
<i>G. Civenti, R. Blaco, A. Lora, A. Cocchi</i> , Psychiatric services in Lombardy from 1983 to 1993: trends and interrelations between equipment, staff and activities indicators	» 178
<i>P. Munk-Jørgensen</i> , Perspectives for psychiatric epidemiology: are we measuring the right things?	» 190

Instruments

(ed. Mirella Ruggeri)

ICAP. Preliminary introduction, <i>M. Ruggeri</i>	» 198
ICAP. An interview for collecting data for the evaluation of psychiatric care costs, <i>F. Amadeo, P. Bonizzato, J. Beecham, M. Knapp, M. Tansella</i>	» 201
Introduction	» 201
The instrument.	» 206
Instructions	» 214
General index of volume 5 (1996)	» 215

novità

Belivon

RISPERIDONE



Depositato presso il Ministero della Sanità in data 13/10/1995