

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

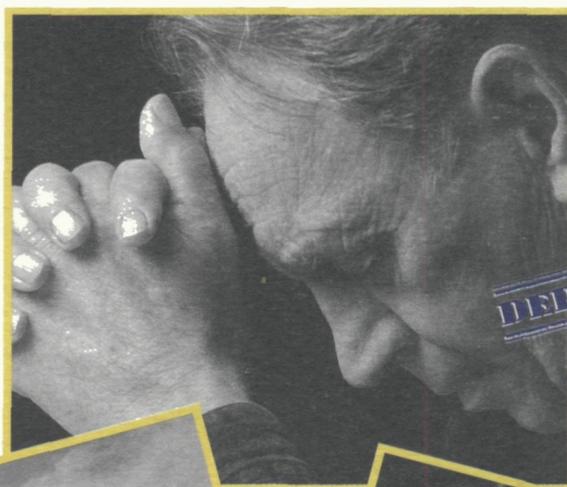
Volume 7, Numero 2, Maggio-Agosto 1998

Quadrimestrale Sped. Abb. Post. 45% art. 2 Comma 20B L. 662/96 Fil. Roma-ISSN 1121-189X Il mittente chiede la restituzione del fascicolo non consegnati impegnandosi a pagare le tasse dovute



Il Pensiero Scientifico Editore

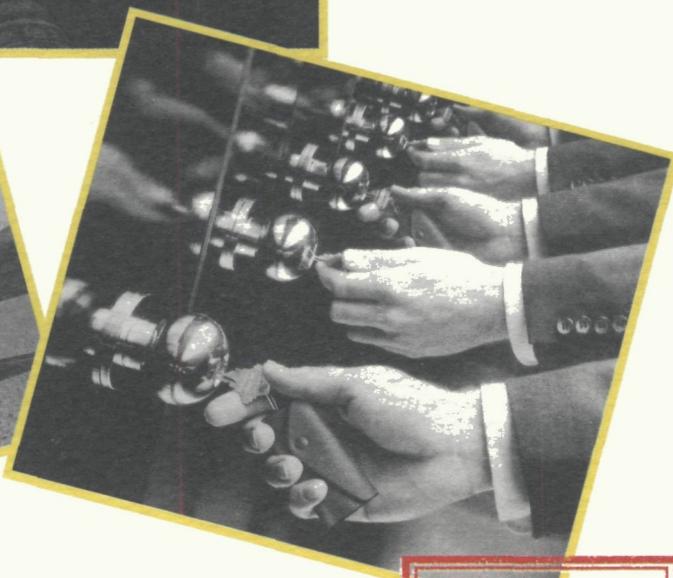
SCELTA TERAPEUTICA AD AMPIO SPETTRO DI IMPIEGO



DEPRESSIONE



**DISTURBO DA
ATTACCHI DI PANICO**



**DISTURBO
OSSESSIVO
COMPULSIVO**

SEREUPIN[®]

PAROXETINA

EFFICACIA ANTIDEPRESSIVA ESTESA ALLE DIVERSE SITUAZIONI CLINICHE



Linea Neuropsichiatrica Ravizza

BASF Pharma



RAVIZZA

Dep. Min. San in data 27/5/1996

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

Direttore

Michele Tansella

Comitato Direttivo

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

Comitato Internazionale di Consulenza

B. Cooper (London)	E. S. Paykel (Cambridge)
B. P. Dohrenwend (New York)	D. A. Regier (Bethesda)
R. Giel (Groningen)	L. N. Robins (St. Louis)
Sir 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

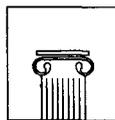
Direttore responsabile: Francesco De Fiore; Produzione: Roberto Bonini
Pubblicità: Luciano De Fiore, Monica Postiglione; Abbonamenti: Roberto Ciapponi
Fotocomposizione e stampa: Grafica 2000, Città di Castello (Perugia)

Questa rivista è recensita in:

Excerpta Medica/EMBASE
Faxon Finder
Faxon XPRESS
Index Medicus/MEDLINE
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/eps.htm>



Il Pensiero Scientifico Editore

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
Polietilenglicole 400 00,40

3. FORMA FARMACEUTICA.

Comprese rivestite.

4. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE TOSSICOLOGICHE E FARMACOCINETICHE.

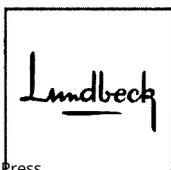
Citalopram è un nuovo derivato biciclico ftalenico con effetto antidepressivo. Studi biochimici e comportamentali hanno dimostrato che l'effetto farmacodinamico del citalopram è strettamente correlato a una potente inibizione dell'uptake della 5-HT (5-drossitriptamina = serotonina). Citalopram non ha 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, antiastaminergiche 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 influenza 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 disturbi 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 consiglia 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 compressa 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 consiglia 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: torpore 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. metisergeride). **5.9. Avvertenze.** Non somministrare a pazienti di età inferiore a 14 anni. Qualora il paziente entrasse in una fase maniacoale, 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 confezione integra.** 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. 67.000. **6.5. Sede sociale del titolare dell'autorizzazione all'immissione sul mercato.** Lundbeck Italia S.p.A. - via Fara, 35 - 20124 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.





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



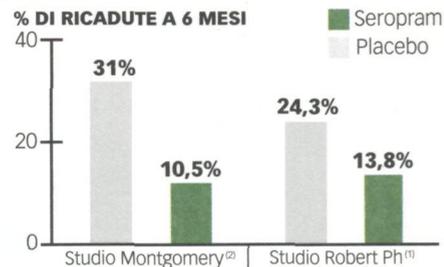
E a t u t t i g l i a f f e t t i .



Depositato presso il Min. San. il 15/03/1996

“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 PSICOSOCIALE
DEL PAZIENTE DEPRESSO⁽¹⁾**

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 Aziende ULSS, delle Aziende Ospedaliere 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 piè di pagina, indirizzo completo dell'autore al quale vanno inviate la corrispondenza e le richieste di estratti. Allegare anche numero di Fax ed eventuale indirizzo E-mail. 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. Rawnslay), pp. 181-195. Routledge: London.

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

NOTIZIE AMMINISTRATIVE

Abbonamenti per l'anno 1998

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

Garanzia di riservatezza per gli abbonati: L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a: Il Pensiero Scientifico Editore, Ufficio promozione, Via Bradano 3/c, 00199 Roma. Le informazioni custodite nell'archivio elettronico del Pensiero Scientifico Editore verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96 tutela dati personali).

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>

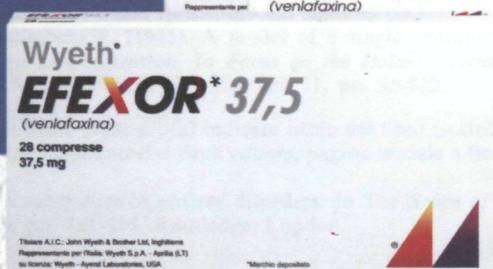


Questo periodico è iscritto all'U.S.P.I.
Unione Stampa Periodica Italiana

EFEXOR*

VENLAFAXINA

MICS
FARMIA



Wyeth

NEUROPSICHIATRIA

Wyeth Lederle



Depositato presso il Min. San. in data 23/07/1997

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

Volume 7, Numero 2, Maggio-Agosto 1998

SOMMARIO

Editoriali

The relevance of recent advances in psychopharmacology for social psychiatry, <i>M. Lader</i>	Pag.	77
L'importanza dei recenti studi neuropsicologici e neurofisiologici per la psichiatria sociale, <i>S. Galderisi</i>	»	82
Relevance of brain imaging studies for social psychiatry, <i>T. Becker, U. Müller</i>	»	89
Gli studi genetici e la loro rilevanza per la psichiatria sociale, <i>E. Smeraldi, F. Macciardi</i>	»	94

Articoli

<i>A. Lora, G. Bai, C. Bravi, R. Bezzi, F. Bulgarini, A. Mastroeni, C. Schena, A. Terzi,</i> Patterns di utilizzazione nelle Unità Operative di Psichiatria della Lombardia	»	98
<i>E. Gallo, G. Targa,</i> La valutazione della qualità in psichiatria: un sistema regionale di indicatori	»	110
<i>R. Jenkins,</i> Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning	»	120
<i>G. Shepherd,</i> System failure? The problems of reductions in long-stay beds in the UK	»	127
<i>F. Starace,</i> Decisioni mediche di fine vita: aspetti epidemiologici e psichiatrici	»	135

Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP)

Statuto e Regolamento della SIEP	»	147
----------------------------------	---	-----

© Copyright. Il Pensiero Scientifico Editore s.r.l.: I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice penale.

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.

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

Volume 7, Numero 2, Maggio-Agosto 1998

CONTENTS

Editorials

The relevance of recent advances in psychopharmacology for social psychiatry, <i>M. Lader</i>	Page	77
The relevance of recent neuropsychological and neurophysiological studies for social psychiatry, <i>S. Galderisi</i>	»	82
Relevance of brain imaging studies for social psychiatry, <i>T. Becker, U. Müller</i>	»	89
Relevance of recent genetic studies for social psychiatry, <i>E. Smeraldi, F. Macciardi</i>	»	94

Articles

<i>A. Lora, G. Bai, C. Bravi, R. Bezzi, F. Bulgarini, A. Mastroeni, C. Schena, A. Terzi</i> , Patterns of care in community mental health services in Lombardy	»	98
<i>E. Gallo, G. Targa</i> , Quality evaluation in psychiatric services: a regional system of quality indicators	»	110
<i>R. Jenkins</i> , Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning	»	120
<i>G. Shepherd</i> , System failure? The problems of reductions in long-stay beds in the UK	»	127
<i>F. Starace</i> , Medical decisions at the end of life: epidemiological and psychiatric aspects	»	135

Italian Society of Psychiatric Epidemiology (SIEP)

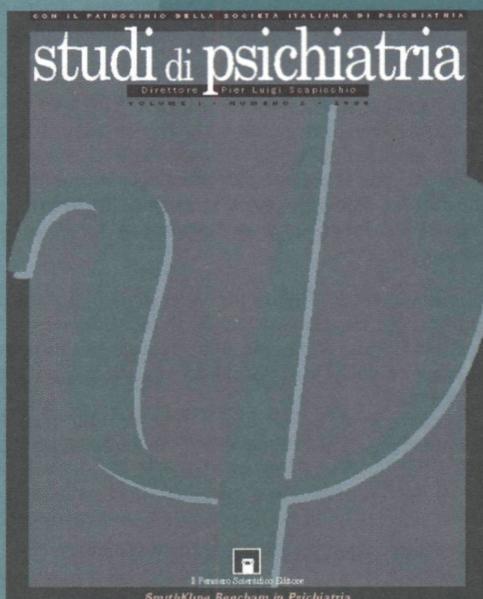
Statute and Regulations of the SIEP	»	147
-------------------------------------	---	-----

La Società Italiana di Psichiatria
Il Pensiero Scientifico Editore

**annunciano la prossima
pubblicazione della rivista
quadrimestrale**

studi di psichiatria

Direttore Pier Luigi Scapicchio



**La rivista pubblicherà articoli
originali in forma di review
frutto della rielaborazione delle
tesi presentate nelle Scuole
di Specializzazione in Psichiatria
delle Facoltà mediche italiane**

Per informazioni e norme redazionali rivolgersi a

 **Il Pensiero Scientifico Editore**
Tel. 06/86207158 - 59 - 68 - 69 Fax 06/86207160
E-mail pensiero@pensiero.it

Consultate il sito Internet www.pensiero.it/sip