

# EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

An International Journal for  
Epidemiology and Psychiatric Sciences

General index of volume 17 (2008)

Volume 17 • Number 1 • January-March 2008

## **Editorials**

- Fighting discrimination and stigma against people with mental disorders,  
*A. Lasalvia, Guest Editor, M. Tansella, Editor* 1
- Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal,  
*Ch. Lauber* 10
- Stigma and discrimination limit access to mental health care,  
*G. Thornicroft* 14
- Implementing local projects to reduce the stigma of mental illness,  
*R. Warner* 20

## **ABC of Methodology**

- What is an intention to treat analysis?  
*A. Cipriani, C. Barbui* 26

## **Neurobiology of Psychosis. Clinical and Psychosocial Implications**

- Is there a neurobiological basis of insight in schizophrenia?  
*M. Bellani, P. Brambilla* 28

## **Special Articles**

- G. Schomerus, M.C. Angermeyer,*  
Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? 31
- A. Lesage, D. Groden, E.M. Goldner, D. Gélinas, L.M. Arnold,*  
Regionalised Tertiary Psychiatric Residential Facilities 38
- H. Killaspy, S. Johnson, M. King, P. Bebbington,*  
Developing mental health services in response to research evidence 47

## **Original Articles**

- B. D'Avanzo, E. Aliprandini, M. Beghi, C.M. Cornaggia, A. Erlicher, M. Frova,*  
*A. Mascarini, P. Miragoli, A. Righi*  
Residential facilities and day centres in mental health. Is there any difference? (in Italian) 57
- M. Paccaloni, M. Rimondini, T. Pozzan, C. Zimmermann*  
The communication of the diagnosis of schizophrenia.  
Focus group findings on psychiatrists' point of view (in Italian) 65
- G. Carrà, C. Montomoli, M.C. Monti, M. Clerici*  
Does HIV serostatus affect outcomes of dually diagnosed opiate dependents in residential treatment? 77

## **Letters to the Editor**

- A. Ferrero, A. Pierò, F. Zirilli, A. Lanteri, S. Fassino,*  
Clinical and sociodemographic features associated with the high and prolonged utilization  
of resources by outpatients of a Community Psychiatric Service (in Italian) 82
- M. Morlino, A. Avvisati, V. Schiavone,*  
Admissions to five General Hospital Psychiatric Wards in Naples, Italy (in Italian) 76

### **Volume 17 • Number 2 • April-June 2008**

## **Editorials**

- Case management or assertive community treatment: are they really alternative approaches?  
*M. Ruggeri, Guest Editor, M. Tansella, Editor* 93
- Case management and assertive community treatment. What is the difference?  
*T. Burns* 99
- What have we learnt from 40 years of research on Intensive Case Management?  
*M. Marshall* 106
- So what shall we do about assertive community treatment?  
*S. Johnson* 110

## **ABC of Methodology**

- Allocation concealment and blinding in clinical trials,  
*A. Cipriani, M. Nosè, C. Barbui* 115

## **Neurobiology of Psychosis. Clinical and Psychosocial Implications**

- Social cognition, schizophrenia and brain imaging,  
*M. bellani, P. Brambilla* 117

## **Special Articles**

- V. Hansen, I. Skre, E. Lund,*  
What is this thing called "SAD"? A critique of the concept of seasonal affective disorder 120
- M. Slade, M. Amering, L. Oades,*  
Recovery: an international perspective 128

## **Original Articles**

- T. Eichler, M. Schützwohl, S. Priebe, D. Wright, T. Adamowski, J. Rymaszewska,*  
*P. Nawka, L. Ocvár, E. Kitzlerova, J. Raboch, T. W. Kallert,*  
Loss to follow-up in longitudinal psychiatric research 138
- C. A. Laranjera,*  
General Health Questionnaire-12 items: adaptation study to the Portuguese population 148
- M. Chiappelli, G. Lo Coco, S. Gullo, L. Bensi, C. Prestano,*  
The Outcome Questionnaire 45.2 Italian validation of an instrument  
for the assessment of psychological treatments (in Italian) 152
- C. de Heer-Wunderink, A. D. Caro-Nienhuis, S. Sytema, D. Wiersma,*  
Residential care: Dutch and Italian residents of residential care facilities compared 162

### **Number 3 • July-September 2008**

## **Editorials**

- The attitude of patients with mental disorders towards pharmacological and non-pharmacological treatments:  
emerging implications for clinical practice, service organization and research,  
*C. Barbui, Guest Editor, M. Tansella, Editor* 171

Subjective effects of antipsychotic drugs and their relevance for compliance and remission, <i>D. Naber</i>	174
What's in it for me? The utility of psychiatric treatments from the perspective of the person in recovery, <i>L. Davidson, R. Miller, E. Flanagan</i>	177
Tolerability of antipsychotic drugs: does patients perspective deserve consideration? <i>M. Nosè</i>	182

### **ABC of Methodology**

A simple approach to manage dosages in drug-epidemiology research, <i>M. Nosè, C. Barbui</i>	186
---	-----

### **Neurobiology of Psychosis. Clinical and Psychosocial Implications**

The use and meaning of the continuous performance test in schizophrenia, <i>M. Bellani, P. Brambilla</i>	188
---	-----

### **Special Articles**

<i>M. Garrido Cumbreira, J. Almenara-Barrios, E. Lòpez-Lara, J. L. Peralta-Sàez, J. C. Garcìa-Gutierrez, L. Salvador-Carulla,</i> Development and spatial representation of synthetic indexes of outpatient mental health care in Andalusia (Spain) <i>A. Danese</i>	192
Genetic opportunities for psychiatric epidemiology: on life stress and depression <i>M. Prince</i>	201
Measurement validity in cross-cultural comparative research <i>F. Mushtaq, V. Mondelli, C. M. Pariante,</i>	211
The metabolic implications of long term cannabis use in patients with psychosis <i>A. Ricciardi, V. Mc Calliste, P. Dazzan,</i>	221
Is early intervention in psychosis effective?	227

### **Original Articles**

<i>A. Veronese, V. Vivenza, M. Nosè, A. Cipriani, M. Tansella, C. Barbui,</i> Understanding antipsychotic non-classical prescriptions: a quantitative and qualitative approach	236
---	-----

### **Letters to the Editor**

<i>E. Daneluzzo, S. Di Tommaso, D. Tempesta, G. Cerroni, P. Stratta, A. Rossi,</i> The Community Assessment Psychic Experience (CAPE): evaluation study of the Italian version	242
---	-----

**Volume 17 • Number 4 • October-December 2008**

### **Introduction**

Improving the treatment of schizophrenia in real world mental health services, <i>M. Ruggeri, Guest Editor, M. Tansella, Editor</i>	249
--	-----

### **Editorials**

NICE guidelines series and the role of indicators, <i>N. Baillie, N. Bent, G. Leng, T. Kendall, B. Shackleton</i>	254
And how shall we deal with adaptation and implementation of NICE schizophrenia guidelines in Italy? <i>G. Carrà, G. Segagni Lusignani, P. Sciarini, F. Barale, A. Marinoni, M. Clerici</i>	258
Advantages and limitations of clinical guidelines: can we change clinicians' behaviour? <i>A. Mele, G. de Girolamo</i>	263
Use of clinical and service indicators to decrease the treatment gap for mental disorders: a global perspective, <i>S. Saxena</i>	267

## **Special Article**

Guidelines for treating mental illness: love them, hate them. Can the SIEP-DIRECT'S Project serve in the search for a happy medium?

*M. Ruggeri*

270

## **Original Articles**

*D. Semisa, A. Lora, P. Morosini, M. Ruggeri*

The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence in the treatment of schizophrenia. The design, the indicators, and the methodology of the study (in Italian)

278

*D. Semisa, A. Lasalvia, M. Miceli, R.B. Dall'Agnola, C. Pucci, S. Bissoli, E. Visani, P. Pismataro, M. Vanetti, R. Pioli, M. Ruggeri, A. Lora per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

The acceptability of the NICE recommendations for schizophrenia in the Italian Departments of Mental Health. The SIEP-DIRECT'S Project on the Discrepancy between routine practice and evidence (in Italian)

291

*M. Ruggeri, M. Bacigalupi, M. Casacchia, M. Miceli, C. Morganti, V. Scavo, L. Allevi, S. Lupoi, D. Cristofalo, A. Lasalvia, A. Lora, D. Semisa per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

Care across all phases of schizophrenia and initiation of treatment: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)

305

*A. Lora, G. Corlito, M. Miceli, W. Di Munzio, A. Lasalvia, A. Tanini, L. Mari, M. Casacchia, N. Magnani, D. Cristofalo, D. Semisa, M. Ruggeri per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

The treatment of acute psychotic episode: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)

319

*D. Semisa, M. Casacchia, R. Roncone, W. Di Munzio, G. Neri, G. Buscaglia, L. Burti, C. Pucci, G. Corlito, M. Bacigalupi, R. Parravani, D. Cristofalo, A. Lora, M. Ruggeri per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

Promoting recovery of schizophrenia patients: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)

331

*A. Lora, C. Morganti, A. Erlicher, L. Burti, G. Buscaglia, M. Pegoraro, D. Jacchetti, A. Caneschi, D. Cristofalo, M. Ruggeri, D. Semisa per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

Management of violent behaviour and rapid tranquillisation during acute psychotic episode: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)

349

*M. Ruggeri, A. Lora, D. Semisa on behalf of the SIEP-DIRECT'S Group*

The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of the main findings and the practical implications for the future of community based mental health service

358

## **Obituary**

Pierluigi Morosini, 1941-2008

369

## **Meetings**

12<sup>th</sup> International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology (IFPE)

370

## **Authors of Invited Editorials (1992-2008)**

## **Authors of Invited Papers/Special Articles (1999-2008)**

371

## **General index of volume 17 (2008)**

374

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE**

ABILIFY 5 mg compresse - ABILIFY 10 mg compresse - ABILIFY 15 mg compresse - ABILIFY 10 mg compresse orodispersibili - ABILIFY 15 mg compresse orodispersibili - ABILIFY 1 mg/ml soluzione orale.

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA**

Ciascuna compressa di ABILIFY 5 mg compresse contiene 5 mg di aripiprazolo. Eccipiente: 67 mg di lattosio ogni compressa. Ciascuna compressa di ABILIFY 10 mg compresse contiene 10 mg di aripiprazolo. Eccipiente: 62,18 mg di lattosio ogni compressa. Ciascuna compressa di ABILIFY 15 mg compresse contiene 15 mg di aripiprazolo. Eccipiente: 57 mg di lattosio ogni compressa. Ciascuna compressa di ABILIFY 10 mg compresse orodispersibili contiene 10 mg di aripiprazolo. Eccipiente: 2 mg di aspartame (E951) ogni compressa orodispersibile. Ciascuna compressa di ABILIFY 15 mg compresse orodispersibili contiene 15 mg di aripiprazolo. Eccipiente: 3 mg di aspartame (E951) ogni compressa orodispersibile. Ogni ml di ABILIFY 1 mg/ml soluzione orale contiene 1 mg di aripiprazolo. Eccipienti: fruttosio 200 mg/ml, saccarosio 400 mg/ml, metil-paraidrossibenzoato (E218) 1,8 mg/ml, propil-paraidrossibenzoato (E216) 0,2 mg/ml. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

**3. FORMA FARMACEUTICA**

ABILIFY 5 mg compresse Compressa Rettangolare e blu con impresso "A-007" e "5" su un lato. ABILIFY 10 mg compresse Compressa Rettangolare e rosa con impresso "A-008" e "10" su un lato. ABILIFY 15 mg compresse Compressa Rotonda e gialla con impresso "A-009" e "15" su un lato. ABILIFY 10 mg compresse orodispersibili Compressa orodispersibile Rotonda e rosa con impresso "A" su "640" su un lato e "10" sull'altro. ABILIFY 15 mg compresse orodispersibili Compressa orodispersibile Rotonda e gialla con impresso "A" su "641" su un lato e "15" sull'altro. ABILIFY 1 mg/ml soluzione orale Soluzione orale Liquido limpido, da incolore a lievemente giallo.

**4. INFORMAZIONI CLINICHE****4.1 Indicazioni terapeutiche**

ABILIFY è indicato per il trattamento della schizofrenia. ABILIFY è indicato per il trattamento di episodi maniacali di grado da moderato a severo del Disturbo Bipolare di Tipo I e per la prevenzione di un nuovo episodio maniacale in pazienti che hanno avuto prevalentemente episodi maniacali che hanno risposto al trattamento con aripiprazolo (vedere paragrafo 5.1).

**4.2 Posologia e modo di somministrazione**

**Uso orale. Schizofrenia:** La dose di partenza raccomandata per ABILIFY è di 10 o 15 mg/die (i.e. 10 o 15 ml di soluzione/die di ABILIFY soluzione orale) con una dose di mantenimento di 15 mg/die somministrata una volta al giorno, indipendentemente dai pasti. Nel caso di ABILIFY soluzione orale, un misurino calibrato di polipropilene è incluso nella confezione. ABILIFY è efficace ad un dosaggio compreso tra 10 e 30 mg/die (i.e. tra 10 e 30 ml/die di soluzione orale). L'aumento dell'efficacia a dosi maggiori di una dose giornaliera di 15 mg non è stato dimostrato, sebbene alcuni pazienti possono trarre beneficio da una dose maggiore. La dose massima giornaliera non deve superare i 30 mg. **Episodi maniacali:** La dose iniziale raccomandata per ABILIFY è di 15 mg (i.e. 15 ml di soluzione orale/die) somministrata una volta al giorno, indipendentemente dai pasti, in monoterapia o in associazione (vedere paragrafo 5.1). Alcuni pazienti possono trarre beneficio da una dose più alta. La dose massima giornaliera non deve superare i 30 mg (i.e. 30 mg di soluzione orale/die). **Prevenzione delle ricadute di episodi maniacali nel Disturbo Bipolare di Tipo I:** Per la prevenzione delle ricadute di episodi maniacali in pazienti che sono stati in trattamento con aripiprazolo, continuare la terapia allo stesso dosaggio. Aggiustamenti del dosaggio giornaliero, inclusa la riduzione di dosaggio, devono essere considerati sulla base dello stato clinico del paziente. La compressa orodispersibile deve essere posta nella bocca, sulla lingua, dove sarà rapidamente dispersa nella saliva. Può essere assunta con o senza liquidi. Rimuovere la compressa orodispersibile intatta dalla bocca è difficile. Data la fragilità della compressa orodispersibile, questa deve essere assunta immediatamente dopo l'apertura del blister. In alternativa, disperdere la compressa nell'acqua e bere la sospensione ottenuta. ABILIFY soluzione orale può essere usato come alternativa ad ABILIFY compresse nei pazienti che hanno difficoltà a deglutire ABILIFY compresse (vedere paragrafo 5.2). Le compresse orodispersibili possono essere utilizzate in alternativa ad ABILIFY compresse da quei pazienti che hanno difficoltà a deglutire ABILIFY compresse (vedere anche paragrafo 5.2). **Bambini ed adolescenti:** non c'è esperienza sull'uso di ABILIFY nei bambini e negli adolescenti al di sotto dei 18 anni di età. **Pazienti con disfunzione epatica:** non viene richiesto alcun aggiustamento del dosaggio nei pazienti con disfunzione epatica da lieve a moderata. In pazienti con disfunzione epatica grave, i dati disponibili non sono sufficienti per stabilire delle raccomandazioni. In tali pazienti, il dosaggio dovrà essere gestito con cautela. Comunque, la dose massima giornaliera di 30 mg deve essere usata con cautela in pazienti con disfunzione epatica grave (vedere paragrafo 5.2). **Pazienti con disfunzione renale:** non viene richiesto alcun aggiustamento del dosaggio nei pazienti con disfunzione renale. **Anziani:** l'efficacia di ABILIFY nel trattamento della schizofrenia e del Disturbo Bipolare di Tipo I in pazienti di 65 anni ed oltre non è stata stabilita. Data la maggiore sensibilità di questa popolazione, quando le condizioni cliniche lo permettono, si deve considerare un dosaggio di partenza più basso (vedere paragrafo 4.4). **Sesso:** non viene richiesto alcun aggiustamento del dosaggio per pazienti di sesso femminile, in confronto a quelli di sesso maschile (vedere paragrafi 4.4 e 5.2). **Stato di fumatore:** in accordo alla via metabolica di ABILIFY non viene richiesto alcun aggiustamento del dosaggio per i fumatori (vedere paragrafo 4.5). Quando aripiprazolo viene somministrato contemporaneamente a potenti inibitori del CYP3A4 o CYP2D6, il dosaggio di aripiprazolo deve essere ridotto. Quando l'inibitore del CYP3A4 o CYP2D6 viene eliminato dalla terapia di combinazione, allora il dosaggio di aripiprazolo deve essere aumentato (vedere paragrafo 4.5). Quando aripiprazolo viene somministrato contemporaneamente ad un potente induttore del CYP3A4, il dosaggio di aripiprazolo deve essere aumentato. Quando l'induttore del CYP3A4 viene eliminato dalla terapia di combinazione, allora il dosaggio di aripiprazolo deve essere ridotto a quello raccomandato (vedere paragrafo 4.5).

**4.3 Controindicazioni**

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

**4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego**

Durante il trattamento antipsicotico, il miglioramento delle condizioni cliniche del paziente può richiedere da molti giorni ad alcune settimane. I pazienti devono essere strettamente controllati per l'intero periodo. L'insorgenza di comportamento suicidario è inerente alla malattia psicotica e a disturbi dell'umore e, in alcuni casi, è stato riportato subito dopo l'inizio o lo switch di una terapia antipsicotica, incluso il trattamento con aripiprazolo (vedere paragrafo 4.8). Una più stretta supervisione dei pazienti ad alto rischio deve accompagnare la terapia antipsicotica. I risultati di uno studio epidemiologico hanno evidenziato che non c'è un aumentato rischio di suicidabilità con aripiprazolo rispetto ad altri antipsicotici nei pazienti affetti da disturbo bipolare. **Alterazioni cardiovascolari:** aripiprazolo deve essere usato con cautela in pazienti con malattia cardiovascolare nota (storia di infarto del miocardio o malattia ischemico cardiovascolare, insufficienza cardiaca o anomalie della conduzione), disturbo cerebrovascolare, condizioni che possono predisporre all'ipotensione (disidratazione, ipovolemia e trattamento con medicinali antipertensivi) o ipertensione, inclusa accelerata o maligna. **Anomalie della conduzione:** negli studi clinici con aripiprazolo, l'incidenza del prolungamento del tratto QT è stata paragonabile al placebo. Come con altri antipsicotici, aripiprazolo deve essere usato con cautela in pazienti con storia familiare di prolungamento del tratto QT. **Discinesia tardiva:** in studi clinici della durata di un anno o meno, durante la terapia con aripiprazolo, ci sono state segnalazioni non comuni di discinesia correlata al trattamento. In caso di comparsa di segni e sintomi di discinesia tardiva in pazienti in trattamento con ABILIFY, si deve considerare la riduzione del dosaggio o l'interruzione della terapia. Questi sintomi possono peggiorare nel tempo o possono anche manifestarsi dopo la sospensione del trattamento. **Sindrome neurolettica maligna (SNM):** la SNM è un complesso di sintomi potenzialmente fatale associato ai medicinali antipsicotici. Negli studi clinici sono stati riportati rari casi di SNM durante il trattamento con aripiprazolo. Manifestazioni cliniche della SNM sono iperpiressia, rigidità muscolare, alterazione dello stato mentale ed evidenze di instabilità autonoma (polso o pressione arteriosa irregolari, tachicardia, diaforesi o disritmia cardiaca). Ulteriori segni possono includere elevata creatin fosfochinasi, mioglobinuria (rbdomiolisi) e insufficienza renale acuta. Tuttavia, sono stati riportati, non necessariamente associati a SNM, elevati livelli di creatin fosfochinasi e rbdomiolisi. Se un paziente sviluppa segni e sintomi indicativi di SNM, o presenta febbre alta di origine sconosciuta senza ulteriori manifestazioni cliniche di SNM, tutti i medicinali antipsicotici, compreso ABILIFY, devono essere interrotti. **Convulsioni:** negli studi clinici sono stati riportati casi non comuni di convulsioni durante il trattamento con aripiprazolo. Quindi, l'aripiprazolo deve essere usato con cautela nei pazienti con storia di disturbi convulsivi o che mostrano condizioni associate a convulsioni. **Pazienti anziani con psicosi correlata alla demenza: Aumentata mortalità:** in tre studi clinici con aripiprazolo (n=938; età media: 82,4 anni; range: 56-99 anni), controllati verso placebo, in pazienti anziani con psicosi associata a malattia di Alzheimer, i pazienti trattati con aripiprazolo hanno riportato un aumentato rischio di morte in confronto a quelli che assumevano placebo. La percentuale delle morti nei pazienti trattati con aripiprazolo è stata del 3,5% in confronto all'1,7% del gruppo placebo. Sebbene le cause delle morti fossero varie, la maggior parte di esse risultarono essere di natura cardiovascolare (per es. infarto del miocardio, morte improvvisa) o infettiva (per es. polmonite). **Eventi avversi cerebrovascolari:** negli stessi studi sono stati riportati eventi avversi cerebrovascolari (per es.: ictus, attacco ischemico transitorio), inclusi casi ad esito fatale (età media: 84 anni; intervallo: 78 - 88 anni). Complessivamente in questi studi, l'1,3% dei pazienti trattati con aripiprazolo ha riportato eventi avversi cerebrovascolari in confronto allo 0,6% dei pazienti trattati con placebo. Questa differenza non è risultata statisticamente significativa. Tuttavia, in uno di questi studi, a dose fissa, nei pazienti trattati con aripiprazolo si è evidenziata una significativa relazione dose-risposta per gli eventi avversi cerebrovascolari. ABILIFY non è approvato per il trattamento di psicosi correlata alla demenza. **Iperglicemia e Diabete Mellito:** in pazienti trattati con farmaci antipsicotici atipici, incluso ABILIFY, è stata riportata iperglicemia, in alcuni casi estrema e associata a ketoacidosi o coma iperosmolare o morte. Fattori di rischio che possono predisporre i pazienti a gravi complicazioni includono obesità e storia familiare di diabete. Negli studi clinici con aripiprazolo, non sono state riportate differenze significative nel tasso d'incidenza di eventi avversi correlati ad iperglicemia (incluso diabete) o in quello di comparsa di valori anormali della glicemia in confronto al placebo. Non sono disponibili stime precise di rischio per eventi avversi correlati ad iperglicemia in pazienti trattati con ABILIFY e con altri farmaci antipsicotici atipici per permettere una comparazione diretta. I pazienti trattati con qualsiasi farmaco antipsicotico, incluso ABILIFY, dovranno essere osservati per la comparsa di segni e sintomi di iperglicemia (come polidipsia, poliuria, polifagia e debolezza) ed i pazienti con diabete mellito o con fattori di rischio per diabete mellito dovranno essere controllati regolarmente per un peggioramento del controllo glicemico. **Aumento di peso:** l'aumento di peso, dovuto a co-morbilità, uso di antipsicotici noti causare aumento di peso, stile di vita mal gestito, si osserva comunemente nei pazienti schizofrenici e con mania bipolare e può condurre a gravi complicazioni. Dopo la commercializzazione, è stato riportato aumento di peso nei pazienti in trattamento con ABILIFY. Quando rilevato, solitamente si trattava di pazienti con fattori di rischio significativi quali storia di diabete, disturbi della tiroide o adenoma pituitario. Negli studi clinici, aripiprazolo non ha mostrato di causare aumento di peso clinicamente rilevante (vedere paragrafo 5.1). **Disfagia:** disturbi della motilità esofagea ed aspirazione sono stati associati con l'uso di farmaci antipsicotici, incluso ABILIFY. Aripiprazolo e gli altri farmaci antipsicotici devono essere usati con cautela in pazienti a rischio di polmonite *ab ingestis*. **Intolleranza:** Le compresse contengono lattosio. I pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, di deficienza della Lapp lattasi o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo medicinale. La soluzione orale contiene fruttosio. I pazienti affetti da rari problemi ereditari di intolleranza al fruttosio, non devono assumere questo medicinale. La soluzione orale contiene metil-paraidrossibenzoato e propil-paraidrossibenzoato che possono causare reazioni allergiche (anche ritardate). La soluzione orale contiene saccarosio. I pazienti affetti da rari problemi ereditari di intolleranza al fruttosio, da malassorbimento di glucosio-galattosio, o da insufficienza di sucralasi isomaltasi, non devono assumere questo medicinale. **Fenilchetonuria:** Le compresse orodispersibili contengono aspartame, una fonte di fenilalanina che può essere dannosa per persone con fenilchetonuria. **Ipersensibilità:** come con gli altri medicinali,

possono verificarsi, con aripiprazolo, reazioni di ipersensibilità, caratterizzate da sintomi allergici (vedere paragrafo 4.8).

#### 4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

A causa del suo antagonismo sui recettori  $\alpha_1$ -adrenergici, l'aripiprazolo può potenzialmente aumentare l'effetto di alcuni antipertensivi. Dato l'effetto primario dell'aripiprazolo sul sistema nervoso centrale, si deve esercitare cautela quando è assunto in combinazione con alcol o con altri medicinali ad azione centrale con effetti indesiderati sovrapponibili come la sedazione (vedere paragrafo 4.8). Si deve prestare cautela nel somministrare aripiprazolo contemporaneamente a medicinali noti causare prolungamento del tratto QT o squilibrio elettrolitico. **Possibilità per altri medicinali di influenzare ABILIFY** L'H2 antagonista famotidina, un bloccante dell'acidità gastrica, riduce il tasso di assorbimento dell'aripiprazolo ma si ritiene che tale effetto non sia clinicamente rilevante. L'aripiprazolo è metabolizzato attraverso diverse vie che coinvolgono gli enzimi CYP2D6 e CYP3A4 ma non gli enzimi CYP1A. Di conseguenza, non viene richiesto alcun aggiustamento del dosaggio per i fumatori. In uno studio clinico in soggetti sani, un forte inibitore del CYP2D6 (chinidina) ha aumentato l'AUC dell'aripiprazolo del 107% mentre la  $C_{max}$  è rimasta invariata. L'AUC e la  $C_{max}$  del deidro-aripiprazolo, il metabolita attivo, sono diminuiti rispettivamente del 32% e del 47%. Nell'eventualità di somministrazione concomitante di ABILIFY e chinidina, il dosaggio di ABILIFY deve essere diminuito di circa la metà rispetto al dosaggio prescritto. Ci si aspetta che altri potenti inibitori del CYP2D6, come fluoxetina e paroxetina, abbiano effetti simili e per questo si dovranno applicare analoghe riduzioni del dosaggio. In uno studio clinico con soggetti sani, un forte inibitore del CYP3A4 (ketoconazolo) ha aumentato l'AUC e la  $C_{max}$  rispettivamente del 63% e del 37%. L'AUC e la  $C_{max}$  del deidro-aripiprazolo sono aumentate rispettivamente del 77% e del 43%. Nei metabolizzatori lenti del CYP2D6, l'uso concomitante di potenti inibitori del CYP3A4 può causare maggiori concentrazioni plasmatiche di aripiprazolo rispetto a quelle dei metabolizzatori veloci del CYP2D6. Quando si prende in considerazione la somministrazione concomitante di ketoconazolo o di altri potenti inibitori di CYP3A4 con ABILIFY, i potenziali benefici per il paziente devono superare i rischi potenziali. Nell'eventualità di somministrazione concomitante di ketoconazolo e ABILIFY, il dosaggio di ABILIFY deve essere diminuito di circa la metà rispetto al dosaggio prescritto. Ci si aspetta che altri potenti inibitori del CYP3A4, come itraconazolo e gli inibitori della proteasi HIV, abbiano effetti simili e per questo si devono applicare analoghe riduzioni del dosaggio. A seguito della interruzione della somministrazione dell'inibitore del CYP2D6 e 3A4, il dosaggio di ABILIFY deve essere aumentato fino a raggiungere il livello precedente l'inizio della terapia di combinazione. Quando deboli inibitori del CYP3A4 (per es. diltiazem o escitalopram) o del CYP2D6 sono usati contemporaneamente ad ABILIFY, si possono verificare modesti incrementi delle concentrazioni di aripiprazolo. A seguito di somministrazione concomitante di carbamazepina, un potente induttore del CYP3A4, le medie geometriche della  $C_{max}$  e dell'AUC dell'aripiprazolo sono risultate rispettivamente più basse del 68% e del 73%, rispetto a quando l'aripiprazolo (30 mg) è stato somministrato da solo. Analogamente, per quanto riguarda deidro-aripiprazolo, le medie geometriche della  $C_{max}$  e dell'AUC dopo somministrazione concomitante di carbamazepina sono risultate rispettivamente più basse del 69% e del 71%, rispetto a quelle rilevate a seguito di trattamento con aripiprazolo da solo. Il dosaggio di ABILIFY deve essere raddoppiato in caso di somministrazione concomitante di ABILIFY e carbamazepina. Ci si può aspettare che altri potenti induttori del CYP3A4 (come rifampicina, rifabutina, fenitoina, fenobarbital, primidone, efavirenz, nevirapina ed *Hypericum perforatum*) abbiano gli stessi effetti, quindi, devono essere effettuati analoghi aumenti del dosaggio. A seguito dell'interruzione dell'uso dei potenti induttori del CYP3A4, il dosaggio di ABILIFY deve essere ridotto al dosaggio raccomandato. Quando litio e valproato sono stati somministrati contemporaneamente ad aripiprazolo non si sono avute variazioni clinicamente significative delle concentrazioni di aripiprazolo. **Possibilità per ABILIFY di influenzare altri medicinali:** In studi clinici, dosaggi di 10-30 mg/die di aripiprazolo non hanno mostrato di avere effetti significativi sul metabolismo dei substrati del CYP2D6 (rapporto destrometorfano/3-metossimetorfina), 2C9 (warfarin), 2C19 (omeprazolo) e 3A4 (destrometorfano). Inoltre, aripiprazolo e deidro-aripiprazolo non hanno mostrato di potere potenzialmente alterare l'attività metabolica *in vitro* mediata dal CYP1A2. Perciò, si ritiene improbabile che l'aripiprazolo possa causare interazioni farmacologiche di rilevanza clinica mediate da questi enzimi. Quando aripiprazolo è stato somministrato contemporaneamente a valproato o litio, non si sono avute variazioni clinicamente significative delle concentrazioni di questi ultimi.

#### 4.6 Gravidanza ed allattamento

Non ci sono studi specifici e adeguatamente controllati con aripiprazolo in donne gravide. Studi condotti sugli animali non possono escludere potenziale tossicità sullo sviluppo (vedere paragrafo 5.3). Le pazienti devono essere informate di riportare al proprio medico se sono in gravidanza o intendano esserlo durante il trattamento con aripiprazolo. Date le insufficienti informazioni sulla sicurezza nell'uomo ed i quesiti emersi dagli studi sulla riproduzione animale, questo medicinale non deve essere usato in gravidanza a meno che il beneficio atteso non giustifichi chiaramente il potenziale rischio per il feto. L'aripiprazolo è risultato essere escreto nel latte di ratti trattati durante l'allattamento. Non si sa se l'aripiprazolo sia escreto nel latte materno. Le pazienti devono essere informate di non allattare al seno qualora stiano assumendo aripiprazolo.

#### 4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Comunque, come con altri antipsicotici, i pazienti devono essere avvertiti circa l'uso di macchinari pericolosi, compresi i veicoli a motore fino a che non siano ragionevolmente certi che l'aripiprazolo non li influenzi negativamente.

#### 4.8 Effetti indesiderati

I seguenti effetti indesiderati si sono manifestati più spesso ( $\geq 1/100$ ) rispetto al placebo, o sono stati identificati come reazioni avverse con possibile rilevanza medica (\*). La sottostante frequenza è descritta utilizzando la seguente convenzione: comune ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) e non comune ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ).

#### Patologie cardiache

Non comuni: tachicardia\*

#### Patologie del sistema nervoso

Comuni: sintomi extrapiramidali, acatisia, tremore, capogiro, sonnolenza, sedazione, cefalea

#### Patologie dell'occhio

Comuni: visione sfocata

#### Patologie gastrointestinali

Comuni: dispepsia, vomito, nausea, costipazione, ipersecrezione della saliva

#### Patologie vascolari

Non comuni: ipotensione ortostatica\*

#### Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione

Comuni: affaticamento

#### Disturbi psichiatrici

Comuni: irrequietezza, insonnia, ansia

Non comuni: depressione\*

**Sintomi extrapiramidali:** *Schizofrenia* - in uno studio a lungo termine controllato di 52 settimane, i pazienti trattati con aripiprazolo hanno avuto un'incidenza globalmente inferiore (25,8%) di sintomi extrapiramidali incluso parkinsonismo, acatisia, distonia e discinesia rispetto a quelli trattati con aripiprazolo (57,3%). In uno studio a lungo termine, controllato verso placebo, di 26 settimane, l'incidenza di sintomi extrapiramidali è stata del 19% per i pazienti trattati con aripiprazolo e del 13,1% per i pazienti trattati con placebo. In un altro studio a lungo termine controllato di 26 settimane, l'incidenza dei sintomi extrapiramidali è stata del 14,8% per i pazienti trattati con aripiprazolo e del 15,1% per i pazienti trattati con olanzapina. *Episodi maniacali nel Disturbo Bipolare di Tipo I* - in uno studio controllato di 12 settimane, l'incidenza dei sintomi extrapiramidali è stata del 23,5% nei pazienti trattati con aripiprazolo e del 53,3% nei pazienti trattati con aripiprazolo. In un altro studio di 12 settimane, l'incidenza dei sintomi extrapiramidali è stata del 26,6% nei pazienti trattati con aripiprazolo e del 17,6% in quelli trattati con litio. In uno studio a lungo termine controllato con placebo, nella fase di mantenimento di 26 settimane, l'incidenza dei sintomi extrapiramidali è stata del 18,2% nei pazienti trattati con aripiprazolo e del 15,7% nei pazienti trattati con placebo. In studi controllati con placebo, l'incidenza dell'acatisia in pazienti con disturbo bipolare è stata del 12,1% con aripiprazolo e del 3,2% con placebo. Nei pazienti con schizofrenia l'incidenza dell'acatisia è stata del 6,2% con aripiprazolo e del 3,0% con placebo. Il confronto tra aripiprazolo e placebo circa la proporzione di pazienti che hanno mostrato alterazioni dei parametri routinari di laboratorio di potenziale significato clinico non ha mostrato differenze importanti dal punto di vista medico. Innalzamenti del CPK (creatin fosfochinasi), generalmente transitori ed asintomatici, sono stati osservati nel 3,5% dei pazienti trattati con aripiprazolo in confronto al 2,0% dei pazienti ai quali era stato somministrato placebo. **Altri risultati** Effetti indesiderati notoriamente associati alla terapia antipsicotica e riportati anche durante il trattamento con aripiprazolo hanno compreso sindrome neurolettica maligna, discinesia tardiva, convulsioni, eventi avversi cerebrovascolari ed aumentata mortalità in pazienti anziani con demenza, iperglicemia e diabete mellito (vedere paragrafo 4.4). **Esperienza post-marketing** I seguenti eventi avversi sono stati riportati durante la vigilanza post-marketing. La frequenza di questi eventi è considerata non conosciuta (non può essere stimata dai dati disponibili).

<b>Esami diagnostici:</b>	incremento della creatin fosfochinasi, incremento dei livelli di glucosio nel sangue, fluttuazione dei livelli di glucosio nel sangue, incremento dell'emoglobina glicosilata
<b>Patologie cardiache:</b>	prolungamento del tratto QT, aritmia ventricolare, morte improvvisa inspiegabile, arresto cardiaco, torsione di punta, bradicardia
<b>Patologie del sistema emolinfopoiетico:</b>	leucopenia, neutropenia, trombocitopenia
<b>Patologie del sistema nervoso:</b>	disturbi del linguaggio, Sindrome Neurolettica Maligna (SNM), crisi tonico-clonica generalizzata (grande male)

<b>Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche:</b>	spasmo orofaringeo, laringospasmo, polmonite <i>ab ingestis</i>
<b>Patologie gastrointestinali:</b>	pancreatite, disfagia, disagio addominale, disagio allo stomaco, diarrea
<b>Patologie renali e urinarie:</b>	incontinenza urinaria, ritenzione urinaria
<b>Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo:</b>	rash, reazioni di fotosensibilità, alopecia, iperidrosi
<b>Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo:</b>	rabdomiolisi, mialgia, rigidità
<b>Patologie endocrine:</b>	iperglicemia, diabete mellito, chetoacidosi diabetica, coma iperosmolare diabetico
<b>Disturbi del metabolismo e della nutrizione:</b>	aumento di peso, diminuzione di peso, anoressia, iposodiemia
<b>Patologie vascolari:</b>	sincope, ipertensione, eventi tromboembolici
<b>Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione:</b>	disturbo nella regolazione della temperatura corporea (per es. ipotermia, piresia), dolore toracico, edema periferico
<b>Disturbi del sistema immunitario:</b>	reazioni allergiche (per es. reazioni anafilattiche, angioedema inclusi gonfiore della lingua, edema della lingua, edema facciale, prurito o orticaria)
<b>Patologie epatobiliari:</b>	ittero, epatite, incremento dell'alanina aminotransferasi (ALT), incremento dell'aspartato aminotransferasi (AST), incremento della gamma glutamiltransferasi (GGT), incremento della fosfatasi alcalina
<b>Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella:</b>	priapismo
<b>Disturbi psichiatrici:</b>	agitazione, nervosismo, tentato di suicidio, ideazione suicidaria e suicidio completo (vedere paragrafo 4.4)

#### 4.9 Sovradosaggio

Negli studi clinici e nell'esperienza post-marketing, un sovradosaggio accidentale o intenzionale acuto di aripiprazolo da solo è stato identificato in pazienti adulti con dosaggi riportati superiori a 1.260 mg senza alcun esito fatale. Durante l'esperienza post-marketing, i segni e sintomi, potenzialmente importanti dal punto di vista medico, osservati hanno incluso letargia, aumento della pressione arteriosa, sonnolenza, tachicardia, nausea, vomito e diarrea. Inoltre, si sono avute segnalazioni di sovradosaggio accidentale con aripiprazolo da solo (con dosi fino a 195 mg) nei bambini senza alcun esito fatale. I segni e sintomi riportati potenzialmente clinicamente gravi hanno incluso sonnolenza, perdita transitoria di coscienza e sintomi extrapiramidali. Il trattamento del sovradosaggio deve concentrarsi sulla terapia di supporto, mantenendo adeguatamente pervie le vie respiratorie, un'adeguata ossigenazione e ventilazione, e sul controllo dei sintomi. Si deve prendere in considerazione la possibilità di un coinvolgimento di più medicinali. Quindi, si deve iniziare immediatamente un monitoraggio cardiovascolare che includa un monitoraggio elettrocardiografico continuo per rilevare possibili aritmie. A seguito di un sovradosaggio da aripiprazolo confermato o sospettato, è necessario un continuo controllo medico fino a guarigione del paziente. Carbone attivo (50 g), somministrato un'ora dopo l'aripiprazolo, ne ha diminuito la  $C_{max}$  di circa il 41% e l'AUC di circa il 51%, suggerendo che il carbone può essere efficace per il trattamento del sovradosaggio. Sebbene non siano disponibili informazioni sull'effetto dell'emodialisi nel trattamento del sovradosaggio da aripiprazolo, è improbabile che questa sia utile nel trattamento del sovradosaggio a causa dell'elevato legame dell'aripiprazolo alle proteine plasmatiche.

### 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

#### 5.1 Proprietà farmacodinamiche

**Categoria farmacoterapeutica:** antipsicotici, codice ATC: N05-AX12 È stato proposto che l'efficacia dell'aripiprazolo nella schizofrenia e nel Disturbo Bipolare di Tipo I è mediata da una combinazione di una attività di parziale agonista sui recettori dopaminergici D2 e su quelli serotoninergici 5HT1a e un'azione antagonista sui recettori serotoninergici 5HT2a. In modelli animali di iperattività dopaminergica l'aripiprazolo ha mostrato proprietà antagoniste e quelle agoniste in modelli animali di ipoattività dopaminergica. *In vitro*, l'aripiprazolo mostra un'elevata affinità di legame per i recettori dopaminergici D2 e D3, per quelli serotoninergici 5HT1a e 5HT2a e una moderata affinità per quelli dopaminergici D4, per quelli serotoninergici 5HT2c e 5HT7, quelli alfa1-adrenergici e quelli istaminici H1. L'aripiprazolo ha mostrato inoltre una moderata affinità di legame per il sito della ricaptazione della serotonina e un'affinità non apprezzabile per i recettori muscarinici. L'interazione con sottotipi recettoriali diversi da quelli dopaminergici e serotoninergici può spiegare alcuni degli altri effetti clinici dell'aripiprazolo. Dosaggi di aripiprazolo compresi tra 0,5 e 30 mg somministrati una volta al giorno a soggetti sani per 2 settimane hanno prodotto una riduzione dose-dipendente del legame del  $^{11}C$ -raclopride, un ligando per i recettori D2/D3, al caudato e al putamen, rilevato mediante tomografia a emissione di positroni. **Ulteriori informazioni sugli studi clinici Schizofrenia:** In tre studi clinici a breve termine (da 4 a 6 settimane) controllati con placebo che hanno coinvolto 1.228 pazienti schizofrenici che presentavano sintomi positivi o negativi, l'aripiprazolo è stato associato a miglioramenti più ampi, statisticamente significativi nei sintomi psicotici rispetto al placebo. ABILIFY è efficace nel mantenere il miglioramento clinico durante la continuazione della terapia in pazienti che hanno mostrato una risposta al trattamento iniziale. In uno studio controllato con aripiprazolo, la proporzione dei pazienti che rispondono e che mantengono una risposta al trattamento a 52 settimane è stata simile in ambedue i gruppi (aripiprazolo 77% e aripiprazolo 73%). L'indice totale di completamento dello studio è stato significativamente più alto per i pazienti in trattamento con aripiprazolo (43%) che per quelli in trattamento con aripiprazolo (30%). Gli attuali punteggi nelle scale di valutazione usate come end-point secondari, inclusi PANSS e la scala di valutazione della depressione Montgomery-Asberg, hanno mostrato un miglioramento significativo rispetto all'aripiprazolo. In uno studio di 26 settimane controllato con placebo in pazienti con schizofrenia cronica stabilizzata, il gruppo aripiprazolo ha avuto una riduzione significativamente maggiore nella percentuale di ricadute, 34% nel gruppo aripiprazolo e 57% nel gruppo placebo. **Aumento di peso:** negli studi clinici l'aripiprazolo non ha mostrato di indurre un aumento di peso clinicamente rilevante. In uno studio multinazionale sulla schizofrenia in doppio cieco di 26 settimane, controllato con olanzapina, che ha coinvolto 314 pazienti e nel quale l'end-point primario era l'aumento di peso, un numero significativamente inferiore di pazienti ha avuto un aumento di peso di almeno il 7% rispetto al basale (cioè un aumento di almeno 5,6 chili per un peso medio al basale di ~ 80,5 kg) nei pazienti in trattamento con aripiprazolo (N = 18, o 13% dei pazienti valutabili) in confronto ai pazienti trattati con olanzapina (N = 45, o 33% dei pazienti valutabili). **Episodi maniacali nel Disturbo Bipolare di Tipo I:** In due studi di 3 settimane, in monoterapia, a dosaggio flessibile, controllati con placebo, in pazienti affetti da Disturbo Bipolare di Tipo I, con episodio maniacale o misto, aripiprazolo ha dimostrato una efficacia superiore al placebo nella riduzione dei sintomi maniacali dopo 3 settimane. Questi studi includevano pazienti con o senza sintomi psicotici e con o senza cicli rapidi. In uno studio di 3 settimane, in monoterapia, a dosaggio fisso, controllato con placebo, in pazienti affetti da Disturbo Bipolare di Tipo I con un episodio maniacale o misto, aripiprazolo non ha dimostrato maggiore efficacia rispetto al placebo. In due studi di 12 settimane, in monoterapia, controllati con placebo o farmaco attivo, in pazienti affetti da Disturbo Bipolare di Tipo I, con episodio maniacale o misto, con o senza sintomi psicotici, aripiprazolo ha dimostrato una efficacia superiore al placebo a 3 settimane ed il mantenimento dell'efficacia paragonabile a litio o ad aripiprazolo a 12 settimane. Inoltre aripiprazolo ha riportato una percentuale di pazienti in remissione sintomatologica dalla mania paragonabile a litio o ad aripiprazolo a 12 settimane. In uno studio di 6 settimane, controllato con placebo, in pazienti affetti da Disturbo Bipolare di Tipo I con episodio maniacale o misto, con o senza sintomi psicotici, parzialmente responsivi al trattamento con litio o valproato, in monoterapia per 2 settimane a livelli serici terapeutici, l'associazione con aripiprazolo è risultata in un'efficacia superiore a litio o valproato, in monoterapia, nella riduzione dei sintomi maniacali. In uno studio di 26 settimane, controllato con placebo, seguito da una fase di estensione di 74 settimane, in pazienti maniacali che avevano raggiunto la remissione con aripiprazolo durante una fase di stabilizzazione precedente la randomizzazione, aripiprazolo ha dimostrato superiorità rispetto a placebo nel prevenire la ricaduta nella fase maniacale, ma non ha dimostrato di essere superiore al placebo nel prevenire la ricaduta in depressione.

#### 5.2 Proprietà farmacocinetiche

La compressa orodispersibile di aripiprazolo è bioequivalente alle compresse di aripiprazolo, con velocità e grado di assorbimento simili. Le compresse orodispersibili di aripiprazolo possono essere utilizzate in alternativa alle compresse di aripiprazolo. **Assorbimento** L'aripiprazolo è ben assorbito, con concentrazioni plasmatiche di picco raggiunte entro 3-5 ore dopo la somministrazione. L'aripiprazolo va incontro ad un minimo metabolismo pre-sistemico. La biodisponibilità orale assoluta della formulazione in compresse è 87%. Un pasto ad alto contenuto di grassi non ha alcun effetto sulla farmacocinetica dell'aripiprazolo. **Distribuzione** L'aripiprazolo è ampiamente distribuito in tutto il corpo con un volume di distribuzione apparente di 4,9 l/kg, che indica una estesa distribuzione extra-vascolare. Alle concentrazioni terapeutiche aripiprazolo e deidro-aripiprazolo sono legati alle proteine plasmatiche in misura superiore al 99%, principalmente all'albumina. **Metabolismo** L'aripiprazolo è ampiamente metabolizzato dal fegato, principalmente attraverso tre percorsi di biotrasformazione: deidrogenazione, idrossilazione e N-dealchilazione. Sulla base degli studi *in vitro*, gli enzimi CYP3A4 e CYP2D6 sono responsabili per la deidrogenazione e per l'idrossilazione dell'aripiprazolo, e la N-dealchilazione è catalizzata dal CYP3A4. L'aripiprazolo è la molecola predominante nella circolazione sistemica. Allo steady state, deidro-aripiprazolo, il metabolita attivo, rappresenta circa il 40% dell'AUC dell'aripiprazolo nel plasma. **Eliminazione** Le emivite medie di eliminazione per l'aripiprazolo sono approssimativamente di 75 ore nei forti metabolizzatori del CYP2D6 e approssimativamente di 146 ore nei metabolizzatori deboli del CYP2D6. La clearance totale corporea dell'aripiprazolo è di 0,7 ml/min/kg, primariamente per via epatica. Dopo una singola dose orale di  $^{14}C$ -aripiprazolo marcato, approssimativamente il 27% della radioattività somministrata è stata ritrovata nelle urine e approssimativamente il 60% nelle feci. Meno dell'1% dell'aripiprazolo immutato è risultato escreto nelle urine e approssimativamente il 18% è stato ritrovato immutato nelle feci. **Soluzione orale:** Aripiprazolo è ben assorbito quando somministrato oralmente in forma di soluzione. A dosi equivalenti, il picco delle

## Original Articles

278

**The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence in the treatment of schizophrenia. The design, the indicators, and the methodology of the study (in Italian)**

*D. Semisa, A. Lora, P. Morosini, M. Ruggeri*

291

**The acceptability of the NICE recommendations for schizophrenia in the Italian Departments of Mental Health. The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence (in Italian)**

*D. Semisa, A. Lasalvia, M. Miceli, R.B. Dall'Agnola, C. Pucci, S. Bissoli, E. Visani, P. Pismataro, M. Vanetti, R. Pioli, M. Ruggeri, A. Lora per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

305

**Care across all phases of schizophrenia and initiation of treatment: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)**

*M. Ruggeri, M. Bacigalupi, M. Casacchia, M. Miceli, C. Morganti, V. Scavo, L. Allevi, S. Lupoi, D. Cristofalo, A. Lasalvia, A. Lora, D. Semisa per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

319

**The treatment of acute psychotic episode: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)**

*A. Lora, G. Corlito, M. Miceli, W. Di Munzio, A. Lasalvia, A. Tanini, L. Mari, M. Casacchia, N. Magnani, D. Cristofalo, D. Semisa, M. Ruggeri per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

331

**Promoting recovery of schizophrenic patients: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)**

*D. Semisa, M. Casacchia, R. Roncone, W. Di Munzio, G. Neri, G. Buscaglia, L. Burti, C. Pucci, G. Corlito, M. Bacigalupi, R. Parravani, D. Cristofalo, A. Lora, M. Ruggeri per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

349

**Management of violent behaviour and rapid tranquillisation during acute psychotic episode: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian)**

*A. Lora, C. Morganti, A. Erlicher, L. Burti, G. Buscaglia, M. Pegoraro, D. Jacchetti, A. Caneschi, D. Cristofalo, M. Ruggeri, D. Semisa per il Gruppo SIEP-DIRECT'S*

358

**The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of the main findings and the practical implications for the future of community based mental health services**

*M. Ruggeri, A. Lora, D. Semisa on behalf of the SIEP-DIRECT'S Group*

## Obituary

369

**Pierluigi Morosini, 1941-2008**

## Meetings

370

**12<sup>th</sup> International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology (IFPE)**

371

**Authors of Invited Editorials (1992-2008)  
Authors of Invited Papers/Special Articles (1999-2008)**

374

**General index of volume 17 (2008)**

