

Pazienti e gruppi
di advocacy

**TIME TO
COMMIT TO
POLICY
CHANGE**

Schizofrenia

Sostenere il cambiamento di politica – Guida per pazienti e gruppi di advocacy

Wolfgang Fleischhacker

Celso Arango

Paul Arteel

Thomas R E Barnes

William Carpenter

Ken Duckworth

Silvana Galderisi

Martin Knapp

Stephen R Marder

Norman Sartorius

La pubblicazione di queste raccomandazioni è stata finanziata da un contributo educativo di F. Hoffmann-La Roche, che non ha esercitato alcun influsso editoriale sul contenuto

Autori

Professor Wolfgang Fleischhacker (Chair)

Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria

Professor Celso Arango

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, Spagna

Mr Paul Arteel

GAMIAN-Europe, Bruxelles, Belgio

Professor Thomas R E Barnes

Imperial College London and West London Mental Health NHS Trust, Londra, Regno Unito

Professor William Carpenter

Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, USA

Dr Ken Duckworth

National Alliance on Mental Illness, Arlington, VA, USA

Professor Silvana Galderisi

Second University of Naples, Napoli, Italia

Professor Martin Knapp

London School of Economics and the Institute of Psychiatry, King's College London, Londra, Regno Unito

Professor Stephen R Marder

Semel Institute, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, USA

Professor Norman Sartorius

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Ginevra, Svizzera

Questa pubblicazione evidenzia le raccomandazioni e le azioni chiave per i pazienti e i gruppi di advocacy contenute nella relazione completa, *Schizofrenia – È il momento di impegnarsi per cambiare le politiche socio-sanitarie*, reperibile nel sito:

<http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/schizophrenia-time-to-commit-to-policy-change>

Gli autori desiderano ringraziare il Professor Howard H Goldman per il sostegno e la consultazione sul documento. La relazione completa è stata approvata dalle seguenti organizzazioni:

- American College of Neuropsychopharmacology
- American Psychiatric Nurses Association
- Brain & Behavior Research Foundation
- European Brain Council
- European College of Neuropsychopharmacology
- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
- European Federation of Psychiatric Trainees
- Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
- National Alliance on Mental Illness
- National Council for Behavioral Health
- Royal College of Psychiatrists
- Schizophrenia International Research Society
- Vinfen
- World Federation for Mental Health

Raccomandazioni per il cambiamento delle politiche socio-sanitarie

La schizofrenia ha un profondo impatto personale, sociale ed economico. Inoltre l'atteggiamento delle Istituzioni nei confronti della schizofrenia provoca pregiudizio e discriminazione.

Raccomandiamo pertanto ai policy makers nazionali, regionali e locali i seguenti interventi nell'ambito delle politiche socio-sanitarie:

1. Creare un pacchetto assistenziale integrato basato sull'evidenza per le persone con schizofrenia che risponda alle loro esigenze di salute mentale e fisica. Questo pacchetto deve essere corroborato con un approccio integrato dagli operatori sanitari coinvolti nel trattamento delle persone affette da schizofrenia e sostenuto dal sistema sanitario e dai servizi educativi e di ricerca.
2. Fornire sostegno alle persone con schizofrenia, per favorirne l'integrazione e la permanenza nella comunità, e sviluppare meccanismi per guidarle attraverso il sistema previdenziale e occupazionale spesso complesso per promuoverne la guarigione. Si dovranno sviluppare e implementare linee guida e programmi educativi per sostenere l'inclusione delle persone con schizofrenia nella comunità, nel mondo del lavoro e della scuola.
3. Realizzare programmi concreti di supporto, informazione ed educazione alle famiglie e ai caregiver su come migliorare l'assistenza ai soggetti che convivono con la schizofrenia con il minimo impatto possibile sulla loro vita personale.
4. Consultare gli operatori sanitari e altri interlocutori direttamente coinvolti nel trattamento della schizofrenia, comprese le organizzazioni che sostengono le persone che convivono con la schizofrenia, le loro famiglie e i loro caregiver, per riesaminare, aggiornare e migliorare periodicamente le politiche di gestione della schizofrenia.
5. Fornire un supporto commisurato all'impatto della patologia, per la ricerca e lo sviluppo di nuove terapie che migliorano le prospettive globali per le persone con schizofrenia, incluse le terapie mirate al trattamento dei sintomi negativi e delle disfunzioni cognitive.
6. Stabilire continue e regolari campagne di sensibilizzazione adeguatamente finanziate per accrescere la comprensione della schizofrenia da parte del pubblico, sottolineare l'importanza di atteggiamenti sociali positivi verso le malattie mentali, evidenziare il supporto disponibile per la gestione della schizofrenia e dissuadere gli atteggiamenti e le azioni discriminatorie. Queste campagne devono essere parte integrante dei piani d'azione di routine.

Le nostre raccomandazioni sono basate sull'evidenza della ricerca, sulla consultazione con gli stakeholder e sugli esempi della migliore pratica, in tutto il mondo.

Riepilogo esecutivo

Questa relazione riassume l'evidenza e il consenso emersi dalle discussioni di un gruppo internazionale di psichiatri, ricercatori, personale infermieristico specializzato, pazienti e caregiver competenti ed esperti nel campo della schizofrenia. Il gruppo si è incontrato diverse volte e ha dato un apporto di livello mondiale alla base di evidenze clinico-scientifiche per la schizofrenia, unitamente a informazioni di prima mano sulla realtà pratica della vita quotidiana con la patologia.

Questo gruppo eterogeneo ha raggiunto tre precise conclusioni basate sull'evidenza.

- La possibilità di un esito positivo per le persone con schizofrenia è migliorata in modo considerevole negli ultimi decenni; con la gestione appropriata, molte persone affette da questa patologia, possono ora raggiungere una qualità di vita accettabile.
- Un approccio moderno alla gestione della schizofrenia deve essere mirato a condurre i pazienti lungo un percorso verso il ripristino della funzionalità normale, oltre ad alleviare i sintomi fastidiosi.
- L'ulteriore cambiamento verso prospettive più positive per la schizofrenia richiede un fondamentale cambiamento di strategia.

Migliorare la cura della schizofrenia – realizzare il nostro diritto umano fondamentale

Nel corso degli ultimi 20 anni, il trattamento della schizofrenia è migliorato, ma per molte persone affette da questa patologia è ancora difficile vivere una vita produttiva nella società. Il miglioramento dell'assistenza fornita alle persone con schizofrenia deve essere una priorità della politica sanitaria.

Cos'è la schizofrenia?

Il termine schizofrenia descrive un disturbo mentale caratterizzato da anomalie del pensiero, percezione alterata e minore o maggiore espressione emotiva. La patologia colpisce il benessere della persona, ne riduce l'aspettativa di vita ed è tra le 10 maggiori cause di disabilità in tutto il mondo.¹ Almeno 26 milioni di persone convivono con la schizofrenia in tutto il mondo,² e il

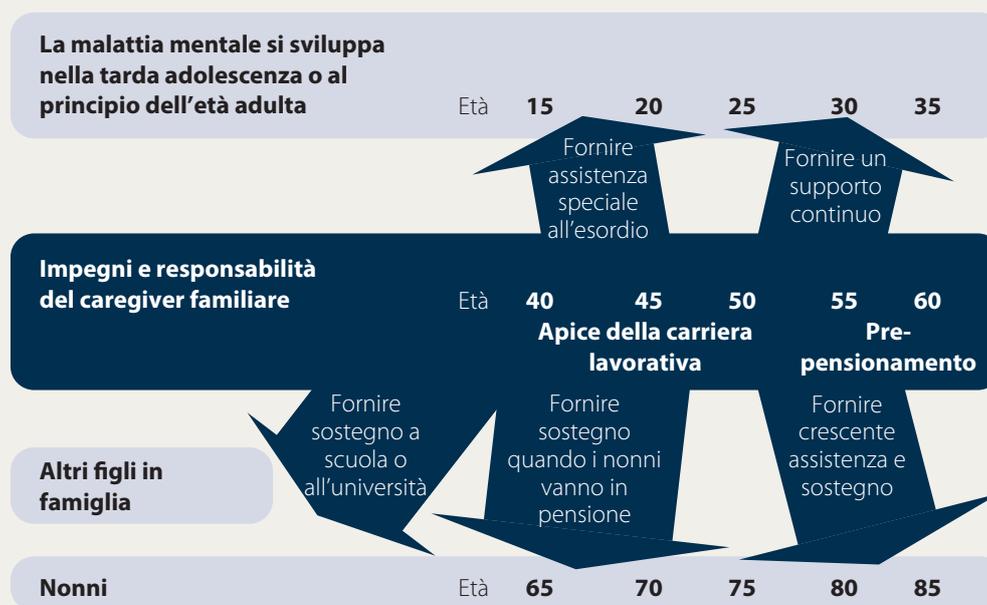
doppio ne è affetto indirettamente (ad es. i caregiver). Con l'assistenza e il supporto appropriati, le persone con schizofrenia possono ristabilirsi e condurre vite gratificanti nella comunità.³

Conseguenze sociali per le persone che convivono con la schizofrenia

Per quanto gli atteggiamenti della società siano migliorati, molte persone con schizofrenia devono ancora confrontarsi con l'isolamento sociale, il pregiudizio e la discriminazione. Questo può scoraggiarle nella ricerca di aiuto per la loro patologia e ostacolare le loro relazioni personali e le loro attività lavorative. Inoltre l'impatto della schizofrenia è gravoso su familiari e amici, che forniscono gran parte dell'assistenza giornaliera.

Onere sui familiari che assistono i pazienti: qual è la situazione complessiva?

- L'esordio della malattia mentale di un ragazzo, data l'età dei caregiver familiari (40–60 anni) e la possibilità di separazione o di divorzio, può coincidere con un periodo di grande stress e pressione per le famiglie.



Riprodotta con il permesso di EUFAMI.

La "best practice" deve diventare lo standard: sono necessari investimenti

È essenziale che gli attuali strumenti di cura siano a disposizione di tutte le persone con schizofrenia che ne hanno bisogno. È necessario fare di più per identificare la schizofrenia prima e per avviare il trattamento al più presto. Il miglioramento dell'assistenza alle persone con schizofrenia deve essere una priorità della politica sanitaria.

Il concetto di "recovery"

Si pone un'enfasi sempre maggiore sul "recovery" (recupero, ristabilimento), oltre al miglioramento dei sintomi, come obiettivo del trattamento. Questo sviluppo ha portato all'accettazione diffusa che sia possibile un certo grado di ripristino della funzionalità normale e che

un completo recupero sia possibile in alcune persone con schizofrenia.⁴

È importante ricordare che il movimento che pone l'accento sul recupero è stato guidato da persone con schizofrenia. Dal loro punto di vista, la ripresa può essere considerato un processo di sviluppo personale nonostante la presenza della malattia mentale.⁵ La loro tenacia e responsabilizzazione svolgono un ruolo importante: ogni individuo usa la propria forza per sviluppare strategie per superare i sintomi residui e per focalizzarsi sull'obiettivo della propria vita. Per una persona con schizofrenia, il recupero è focalizzato sul progresso verso una vita significativa nella comunità.⁴ Gli studi dimostrano che molte persone con schizofrenia possono raggiungere un buon esito a lungo termine, ed esiste qualche evidenza che non tutte le persone necessitano di terapia farmacologica a lungo termine.^{3,6}

Cos'altro potete fare?

- Riconoscere che molte persone con schizofrenia possono in effetti realizzare una vita produttiva e ricca nella comunità.
- Considerare il potenziale di recovery come il primo principio nelle raccomandazioni sulla terapia; queste raccomandazioni dovranno essere condivise dagli operatori sanitari e dalle persone con schizofrenia (o eventualmente da chi le rappresenta).
- Sviluppare campagne appropriate di comunicazione allo scopo di presentare i punti di vista sul recovery nella schizofrenia a un pubblico più vasto.
- Abilitare i pazienti ad agire e usare la propria forza interiore per realizzare appieno le loro potenzialità.

Attuali approcci al trattamento della schizofrenia

La combinazione di terapie farmacologiche e psicosociali per il trattamento della schizofrenia e un'adeguata attenzione alle condizioni di salute fisica migliorano l'esito per il paziente.

Trattamento farmacologico

I farmaci utilizzati per gestire i sintomi della schizofrenia (antipsicotici) sono efficaci nel ridurre i sintomi positivi del disturbo (ad es. allucinazioni e deliri), ma non trattano in modo adeguato i sintomi negativi (ad es. riduzione della motivazione e appiattimento emotivo) o le disfunzioni cognitive (ad es. problemi di memoria, difficoltà nel prendere decisioni e compromissione delle abilità verbali). Sono in corso di studio nuovi approcci terapeutici, mirati alla scoperta di farmaci efficaci contro i sintomi negativi e la compromissione cognitiva.^{7,8}

I sintomi negativi e le disfunzioni cognitive possono inoltre contribuire alla mancata assunzione della terapia prescritta, con conseguente ricaduta e ospedalizzazione.⁴ Il fatto stesso di assumere medicinali antipsicotici può fare sentire una persona 'diversa'⁹ e pertanto incoraggiarla persino a trascurare la terapia farmacologica.¹⁰

Trattamento psicosociale

Le terapie psicosociali e le psicoterapie sono importanti nel trattamento della schizofrenia. Migliorano la funzionalità dei pazienti nella comunità, e questo può contribuire a migliorare i sintomi e ridurre il numero di ricadute e di ospedalizzazioni.¹¹ La terapia cognitivo-comportamentale (un tipo di psicoterapia che ha lo scopo di modificare i modelli di pensiero e i comportamenti risultanti) e la terapia familiare/psicoeducazione sono tra le terapie psicosociali che possono essere utili.

Cos'altro potete fare?

- Incoraggiare i pazienti a lavorare con le loro famiglie, i caregiver e i medici a stabilire di comune accordo gli obiettivi del trattamento; questo dovrebbe aiutarli ad assumere la terapia nel modo prescritto.
- Ricordare che le preferenze sul trattamento variano da individuo a individuo; le decisioni devono essere condivise dall'equipe terapeutica e dalla persona con schizofrenia.
- Rendere le persone con schizofrenia consapevoli della disponibilità di una serie di opzioni terapeutiche.

Le strategie dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA)

svolgono un ruolo importante nell'assistenza mirata al recupero. Le persone che sono affette dalla schizofrenia possono offrire un contributo significativo per migliorare la conoscenza e la consapevolezza della patologia, e i gruppi AMA possono aiutare sia se stessi che le persone che assistono in diverse aree (Tabella 1).¹² Questo supporto può sostanzialmente migliorare il benessere e la qualità di vita dei pazienti e deve essere disponibile per tutte le persone con schizofrenia. Alcuni dei gruppi che offrono il supporto per persone affette dalla schizofrenia sono elencati a pagina 8.

Cos'altro potete fare?

- Promuovere l'appartenenza a organizzazioni di pazienti e gruppi di auto-mutuo-aiuto.
- Incoraggiare i pazienti che si sono ristabiliti a condividere le proprie esperienze con gli altri e fungere da modello.
- Stabilire programmi per comunicare i benefici potenziali degli interventi psicosociali ai policy makers sanitari e accertarvi che siano accettati e riconosciuti i benefici delle terapie efficaci.
- Unire le forze con altri gruppi e soggetti interessati per garantire che programmi efficaci di psicoeducazione e pubblica educazione siano effettuati e raggiungano il pubblico giusto.
- Accertarsi che siano disponibili servizi AMA per tutti coloro che possono trarne beneficio.

L'impatto aggiuntivo della malattia fisica

È più probabile che le persone con schizofrenia siano anche affette da malattie fisiche: la loro aspettativa di vita è inferiore di 15–20 anni rispetto alla popolazione generale.^{13,14} Tassi elevati di cardiopatia e di dipendenza dal fumo portano alla morte prematura e a cattive condizioni di salute;¹⁵ anche l'abuso di alcol e di sostanze (particolarmente l'abuso di cannabis) sono comuni e correlati a tassi maggiori di ricaduta, di ricovero e di malattia fisica.¹⁰

Tabella 1. Aree in cui i gruppi AMA e i gruppi di advocacy possono fornire supporto.¹²

- Feedback sullo stato e sulle esperienze attuali nella società
- Informazioni sulla psicoeducazione
- Aggiornamenti sulle credenze e sugli atteggiamenti che possono portare al cambiamento, ad es. la conoscenza del modello di recovery può modificare l'atteggiamento di un soggetto nei confronti della propria malattia
- Educazione per i pazienti e le loro famiglie

A volte le esigenze di salute fisica delle persone con malattie mentali non sono identificate o gestite in modo appropriato.¹⁴ Negli ultimi anni, tuttavia, è aumentata l'attenzione verso la malattia fisica nelle persone con schizofrenia. Ciò ha portato ad un migliore coordinamento dei servizi sanitari, con un ruolo prominente assegnato ai medici di medicina generale. Anche i caregiver sono sempre più coinvolti nel monitoraggio del benessere fisico delle persone con schizofrenia; familiari e medici riconoscono spesso i problemi di salute fisica prima delle persone stesse con schizofrenia.¹⁵

Cos'altro potete fare?

- Accertarsi che alle persone con schizofrenia non sia impedito di cercare o di ricevere l'assistenza appropriata per la loro salute fisica a causa di pregiudizio o discriminazione.
- Incoraggiare i pazienti, i familiari e i caregiver delle persone con schizofrenia a monitorare i problemi di salute fisica.
- Incoraggiare i pazienti ad adottare stili di vita sani e a partecipare a programmi per aiutarli a smettere di fumare e risolvere l'abuso di alcol o sostanze.

Un ambiente di supporto favorisce il recupero

Quali sono le barriere che ostacolano il recupero?

Un ambiente di supporto è fondamentale per aiutare le persone con schizofrenia a raggiungere i loro obiettivi. Ad esempio, avere un lavoro, un posto dove vivere e relazioni personali significative possono aiutarle a ristabilirsi. Purtroppo, spesso il pregiudizio e la discriminazione ostacolano il progresso,¹⁶ ma con il supporto continuo dei gruppi di auto-mutuo-aiuto e di advocacy è possibile ridurre queste percezioni negative.

La disoccupazione tra le persone con schizofrenia è elevata, ma sono in atto programmi per aiutarle a trovare lavoro; gli interventi di occupazione assistita possono produrre sostanziali risparmi e anche ridurre il rischio di ospedalizzazione.^{17,18} Altre barriere al “recovery” comprendono **la mancanza di alloggio e il contatto con il sistema giudiziario penale**. Si calcola che in Europa, il 15% dei soggetti affetti da schizofrenia sono stati senz’altro ad un certo punto nel corso della loro malattia,¹⁹ e circa l’8% dei detenuti è affetto da psicosi, con il 2% che si qualifica

per una diagnosi formale di schizofrenia, rispetto allo 0,5% o meno della popolazione generale.¹⁷

Sistemi previdenziali complicati

Mentre le sociali pensioni di invalidità sono essenziali per le persone con schizofrenia che non sono in grado di svolgere un’attività lavorativa, il sistema previdenziale può rendere difficile trovare un lavoro.²⁰ Spesso scarseggiano le informazioni sul supporto disponibile (e con conseguente ritardo dell’assegnazione dei sussidi) o sono inaccessibili, particolarmente in caso di mancata o scarsa istruzione.

Comunicazione ed educazione sulla schizofrenia

Le campagne psicoeducative mirate al pubblico possono essere utili per accrescere la consapevolezza della schizofrenia, ridurre gli atteggiamenti negativi nei confronti della malattia mentale e ridurre la durata della psicosi non trattata (Figura 1).^{21,22} È importante che le campagne educative avvengano nel corso di un processo continuo, perché le singole campagne hanno un effetto limitato.²³

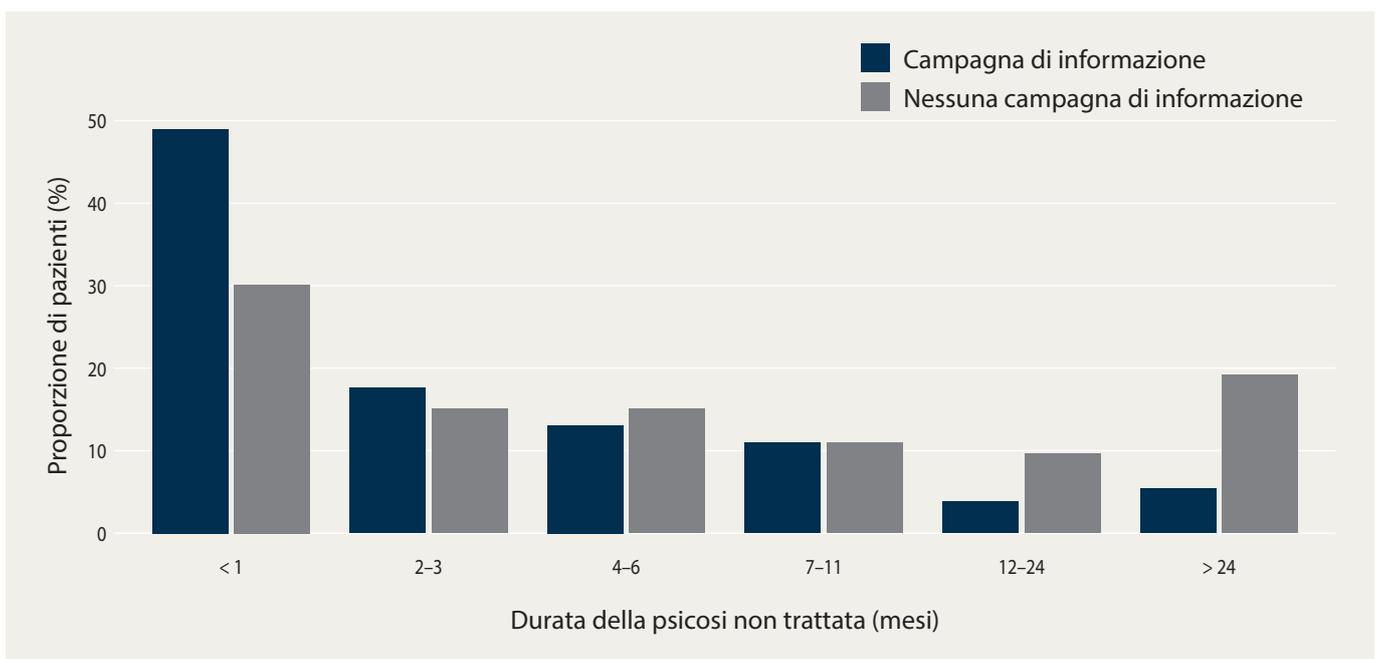


Figura 1. Le campagne di informazione hanno dimostrato di avere un effetto positivo sulla durata della psicosi non trattata.²²

È più probabile che le persone cerchino aiuto quando sono in corso le campagne di informazione, e per questo si riduce la durata della psicosi non trattata. Figura adattata da Joa et al. *Schizophr Bull* 2008;34:466–72.

I servizi per la schizofrenia sono spesso frammentati e le persone con schizofrenia trovano a volte difficile orientarsi nel sistema. Gli interventi dei gruppi AMA e di advocacy possono fornire la consulenza e guidarle attraverso il sistema complicato. Inoltre i gruppi di advocacy, come l'Alleanza Nazionale sulla malattia mentale (NAMI), l'Alleanza globale delle reti a sostegno

delle malattie mentali (GAMIAN), GAMIAN-Europe e la Federazione Europea delle associazioni delle famiglie di persone affette da malattia mentale (EUFAMI), si battono per sostenere le persone affette da malattia mentale, forniscono informazioni ed educazione, promuovono campagne contro la stigmatizzazione e la discriminazione.

Cos'altro potete fare?

- Offrire guida e consigli per far sì che le persone con schizofrenia ricevano i benefici a cui hanno diritto.
- Partecipare a campagne di psicoeducazione (preferibilmente campagne multimediali, incluso un approccio di marketing sociale) dirette al pubblico per cambiare gli atteggiamenti nei confronti della schizofrenia; evidenziare il bisogno di porre fine alla discriminazione che devono affrontare le persone con schizofrenia quando cercano un posto di lavoro o di formazione.
- Accertarsi che siano prontamente disponibili il supporto e la consulenza dei gruppi AMA, in particolare per i giovani affetti da schizofrenia.

Conclusioni

- **Vite migliori per le persone che convivono con la schizofrenia:** questo è un obiettivo realizzabile! Abbiamo fatto tanti progressi verso questo traguardo negli ultimi anni, ma c'è ancora tanto che possiamo (e dobbiamo) fare. Un'assistenza di successo richiede un **approccio integrato**, che coinvolge psichiatri, altri operatori sanitari, erogatori dei servizi di assistenza sociale e altre agenzie esterne. L'approccio prevede anche la collaborazione con le persone con schizofrenia, le loro famiglie e altre eventuali fonti di supporto.
- Un secondo prerequisito per il successo dell'assistenza è il **finanziamento adeguato** – almeno equivalente a quello per altre patologie, come il cancro e le malattie cardiache – per la ricerca, le terapie, i servizi e l'insegnamento degli operatori sanitari futuri nel campo della salute mentale. Attualmente, l'entità del finanziamento delle terapie psicosociali efficaci da parte dei sistemi sanitari pubblici varia da un paese all'altro; di conseguenza a molti pazienti è negato il trattamento. Occorre inoltre un maggiore supporto per la conduzione di studi indipendenti di interventi potenzialmente vantaggiosi.
- Per implementare le raccomandazioni stabilite nella parte iniziale e nel corpo di questa relazione sarà necessario **includere ogni stakeholder**. Con l'impegno di tutti, sarà possibile realizzare il cambiamento.

Bibliografia

1. Murray CJL, Lopez AD. Burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. World Health Organization. Disponibile nel sito: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Data di accesso: 30 agosto 2013).
3. Bellack AS. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42.
4. Lieberman JA et al. *Psychiatr Serv* 2008;59:487–96.
5. Mueser KT et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97.
6. Harrow M, Jobe TH. *Schizophr Bull* 2013;39:962–5.
7. Miyamoto S et al. *Mol Psychiatry* 2012;17:1206–27.
8. Goff DC et al. *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245–53.
9. Sajatovic M, Jenkins JH. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:107–12.
10. Barnes TR. *J Psychopharmacol* 2011;25:567–620.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponibile nel sito: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf> (Data di accesso: 30 agosto 2013).
12. Ahmed AO et al. *Psychiatric Clin North Am* 2012;35:699–715.
13. Chang CK et al. *PLoS One* 2011;6:e19590.
14. Thornicroft G. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
15. The Schizophrenia Commission. Disponibile nel sito: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/> (Data di accesso: 30 agosto 2013).
16. Thornicroft G et al. *Lancet* 2009;373:408–15.
17. Andrew A et al. Disponibile nel sito: <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf> (Data di accesso: 30 agosto 2013).
18. Dixon LB et al. *Schizophr Bull* 2010;36:48–70.
19. Bebbington PE et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:707–17.
20. Frey W et al. Disponibile nel sito: http://www.ssa.gov/disabilityresearch/documents/MHTS_Final_Report_508.pdf (Data di accesso: 30 agosto 2013).
21. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006.
22. Joa I et al. *Schizophr Bull* 2008;34:466–72.
23. Stuart HL, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford: Oxford University Press, 2012.

Gruppi di auto-mutuo-aiuto e di advocacy

Segue l'elenco di alcuni dei gruppi che forniscono informazioni e supporto per le persone affette dalla schizofrenia in Europa e negli Stati Uniti.

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
www.eufami.org

Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
www.gamian.eu

National Alliance on Mental Illness
www.nami.org

Riconoscimenti

Il sostegno per la stesura e la correzione di questa relazione è stato fornito da Oxford PharmaGenesis™ Ltd, Regno Unito, e Oxford PharmaGenesis™ Inc, USA.

La pubblicazione di queste raccomandazioni è stata finanziata da un contributo educativo di F. Hoffmann-La Roche, che non ha esercitato alcun influsso editoriale sul contenuto.

© Oxford PharmaGenesis™ Ltd 2014

Edizione rivista e corretta: prima edizione pubblicato nel 2013

I pareri espressi in questa pubblicazione non sono necessariamente quelli dello Sponsor o dell'Editore. Tutti i diritti riservati. Fatta eccezione per quanto espressamente consentito dalle leggi applicabili sui diritti d'autore, nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata in sistemi di recupero o trasmessa in qualsiasi forma o attraverso qualsiasi mezzo, elettrico, meccanico, mediante fotocopiatura, registrazione o altro, senza il previo consenso scritto del titolare del diritto d'autore. Qualunque atto non autorizzato commesso in relazione alla presente pubblicazione può dar luogo ad azioni civili o penali.

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Schizofrenia – È il momento di impegnarsi per cambiare le politiche socio-sanitarie

Sostenere il cambiamento di politica – Guida per pazienti e gruppi di advocacy