

Policy makers

TIME TO
COMMIT TO
POLICY
CHANGE

Schizofrenia

Appello all'azione rivolto ai policy makers

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 policy makers 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 del pubblico 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 – una priorità della politica sanitaria

La tutela e il trattamento delle persone affette da disturbi mentali sono riconosciuti dalle Nazioni Unite come un diritto dell'uomo.¹ La libertà dal pregiudizio, dall'abuso, dalla discriminazione e dall'ostilità, e il diritto di ricevere le migliori terapie disponibili sono stabiliti nel Piano d'azione globale per la salute mentale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite,² che sottolinea l'impiego di terapie basate sull'evidenza e il coinvolgimento in prima persona (l'empowerment) delle persone affette da disturbi mentali. 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.³ Almeno 26 milioni di persone convivono con la schizofrenia in tutto il mondo,⁴ 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, con un esito positivo potenziale fino al 50% dei casi.^{5,6}

Qual è il costo della schizofrenia?

Il costo sociale totale della schizofrenia comprende i costi diretti del trattamento (ad es. terapie farmacologiche e ospedalizzazione) e i costi indiretti (ad es. perdita di produttività da parte dei pazienti e dei caregiver e riduzione del potenziale di guadagno), che tendono a diminuire con il miglioramento del trattamento.

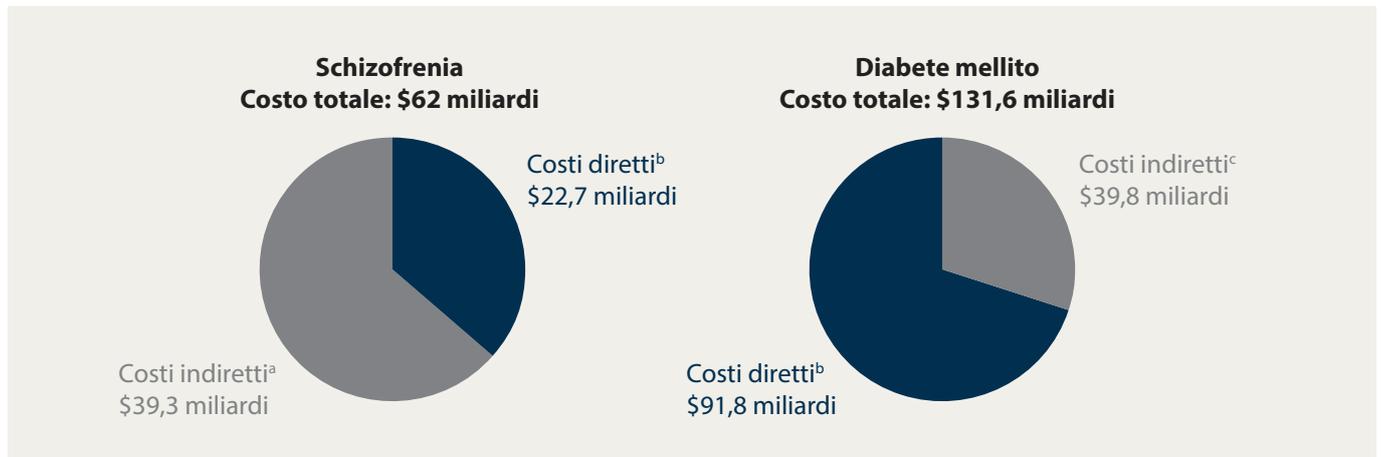


Figura 1. Confronto dei costi indiretti e diretti della schizofrenia⁸ e del diabete mellito⁹ negli Stati Uniti nel 2002.

^aI costi indiretti comprendevano l'assenza dal lavoro, dell'onere dei caregiver, della mortalità prematura e della minore produttività al lavoro. ^bI costi diretti comprendevano l'assistenza ambulatoriale, dei farmaci, dell'assistenza ospedaliera ed a lungo termine. ^cI costi indiretti comprendevano la disabilità, la minore produttività, la mortalità prematura e l'assenza dal lavoro.

Nel 2012, in Europa, il costo stimato dei disturbi psicotici come la schizofrenia ammontava a 29 miliardi di Euro – pari a 5.805 Euro per paziente per anno.⁷ Il costo varia tuttavia considerevolmente nei vari Stati del territorio europeo e le risorse destinate all'assistenza sanitaria per i disturbi mentali sono estremamente esigue in molti paesi.⁷ Un confronto dei costi totali della schizofrenia con quelli del diabete mellito negli Stati Uniti dimostra che i costi indiretti rappresentano una percentuale maggiore del totale per la schizofrenia⁸ che per il diabete mellito⁹ (Figura 1).

Se gestita in modo inappropriato, la schizofrenia può avere un impatto significativo sulle risorse sanitarie e sulla società. È importante sottolineare che investire nei costi sanitari diretti può generare costi totali inferiori, perché aumenta la produttività dei pazienti e dei caregiver e diminuiscono i costi indiretti associati. Gli interventi che riducono il rischio di ospedalizzazione possono quindi

produrre utili risparmi, oltre a una vita migliore per il paziente. La spesa per la schizofrenia non deve essere considerata in concorrenza con la spesa per le malattie fisiche, perché spesso le patologie fisiche e mentali coesistono.

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

È essenziale che gli strumenti di intervento esistenti siano a disposizione di tutte le persone con schizofrenia che ne hanno bisogno. È necessario fare di più per identificare la schizofrenia precocemente e per avviare il trattamento nel più breve tempo possibile. Questi obiettivi richiedono investimenti per l'ampliamento dei servizi esistenti, la ricerca delle cause e dei meccanismi patologici e la ricerca mirata a migliorare gli standard di cura.

Integrazione degli approcci attuali al trattamento della schizofrenia

L'adozione di un approccio integrato al trattamento della schizofrenia (cioè con la combinazione di terapie farmacologiche e psicosociali, con riguardo anche alle condizioni fisiche) migliora l'esito per il paziente.

L'approccio farmacologico

I farmaci utilizzati per gestire i sintomi della schizofrenia (antipsicotici) sono efficaci nel ridurre i sintomi positivi

della schizofrenia (ad es. allucinazioni, deliri e pensieri e comportamenti disorganizzati), ma non trattano in modo adeguato i sintomi negativi (ad es. la riduzione motivazionale e l'appiattimento emotivo) o la compromissione cognitiva (ad es. i problemi di memoria, decisionali e 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.^{10,11}

Terapie psicosociali

Le terapie psicosociali sono importanti nel trattamento della schizofrenia. Migliorano la funzionalità dei pazienti nella comunità, che a sua volta può dar luogo a miglioramenti clinici (ad es. riduzione del numero di ricadute e di ospedalizzazioni).¹² Gli interventi di questo tipo comprendono 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, e si sono dimostrati economicamente efficaci.¹²⁻¹⁴

L'impatto aggiunto della malattia fisica

La schizofrenia è associata in misura sostanziale alle malattie fisiche: l'aspettativa di vita delle persone

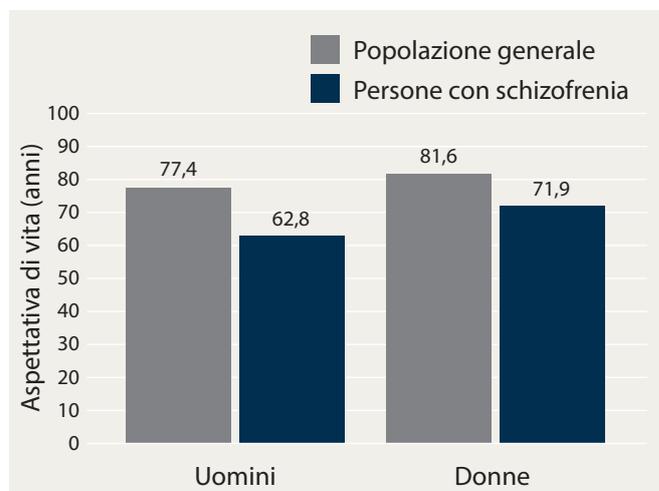


Figura 2. Le persone con schizofrenia muoiono prima della popolazione generale; la figura indica la riduzione media dell'aspettativa di vita alla nascita (dati relativi al Regno Unito).¹⁵

con schizofrenia è inferiore rispetto alla popolazione generale (Figura 2).^{15,16} Ciò è dovuto a diversi fattori,¹⁷ alcuni dei quali sono discussi di seguito.

I tassi maggiori di cardiopatia e di tabagismo rispetto alla popolazione generale sono le principali cause di morte prematura e cattive condizioni di salute tra le persone con schizofrenia.^{18,19} Anche l'abuso di alcol e di sostanze di abuso (particolarmente l'abuso di cannabis) sono comuni e correlati a tassi maggiori di ricaduta, di ricovero e di malattia fisica.²⁰

Cosa possono fare i policy makers?

- Incoraggiare gli Stati membri della Comunità Europea a sostenere l'ampio accesso alle terapie psicosociali. Queste sono spesso sottoutilizzate e non sono disponibili per tutte le persone che potrebbero trarne beneficio.^{21,22} Inoltre il costo può essere proibitivo nei paesi dove queste terapie non sono erogate dai servizi sanitari pubblici. Esistono pertanto opportunità per incrementare l'utilizzo e quindi l'efficacia delle terapie psicosociali.
- Dare priorità agli interventi per la disassuefazione dal fumo e la riduzione dell'abuso di sostanze.
- Sostenere programmi mirati a promuovere uno stile di vita sano; questi programmi sono vantaggiosi^{22,23} e devono essere implementati più ampiamente e integrati nell'assistenza psichiatrica.²⁴
- Incoraggiare la revisione delle leggi per contribuire a ridurre l'onere della malattia mentale e fisica; in particolare garantire il coordinamento efficace dei servizi e dei finanziamenti, la continuità dell'assistenza sanitaria e sociale, e la sincronizzazione con il sistema penale, assistenziale, previdenziale e occupazionale.

Creare un ambiente di supporto che favorisca il recupero

Quali sono i fattori che ostacolano il recupero?

Un ambiente di supporto è fondamentale per aiutare le persone con schizofrenia a raggiungere i loro obiettivi, ma molte incontrano pregiudizi e discriminazioni quando cercano un lavoro o tentano di instaurare relazioni strette con gli altri.²⁵

Di prima mano

“Mi sono iscritto a un programma chiamato *Work on Track* che aiuta le persone affette da malattie mentali a ritornare nel mondo del lavoro ... Anche se *Work on Track* mi ha aiutato a preparare un buon curriculum vitae, c'era un buco di 5 anni ... Mi consigliarono di dire che questo era dovuto a una malattia ma che questa era ora sotto controllo e che non sarebbe stato un fattore negativo per il lavoro ... Non mi hanno mai chiamato per un secondo colloquio.”

Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.²⁶

La **disoccupazione** è elevata tra le persone con schizofrenia; gli interventi di occupazione assistita (supported employment) possono produrre sostanziali risparmi e ridurre il rischio di ospedalizzazione. Gli interventi per assistere i giovani con schizofrenia a completare la loro istruzione possono anche accrescere le loro possibilità di trovare posti di lavoro competitivi.²⁷

La **manca di un alloggio** è una barriera importante ed è comune tra le persone con schizofrenia.^{28,29} Può risultare efficace un intervento al momento critico, in cui gli assistenti sociali organizzano piani di supporto e lavorano intensamente con un soggetto per 6 mesi per aiutarlo a trovare un alloggio.³⁰

Il **contatto con il sistema giudiziario penale** è sproporzionatamente elevato tra le persone con schizofrenia e aumenta i costi economici associati alla patologia. I dati raccolti nel Regno Unito suggeriscono che circa l'8% dei detenuti è affetto da schizofrenia, rispetto a non più dello 0,5% della popolazione generale.³¹ In alcuni paesi sono stati introdotti programmi alternativi

alla detenzione (i cosiddetti 'diversion programs'), mirati a identificare i delinquenti affetti da malattie mentali e indirizzarli ai servizi sanitari e sociali piuttosto che al sistema giudiziario penale.³² Queste iniziative hanno ridotto la reclusione, i rischi di nuovi reati e l'abuso di alcol e di sostanze, oltre a migliorare la qualità di vita.³²

Comunicazione ed educazione sulla schizofrenia

Le campagne psicoeducative mirate al pubblico possono essere utili per accrescere la consapevolezza della schizofrenia e ridurre gli atteggiamenti negativi nei confronti della malattia mentale.³³ È importante che le campagne educative avvengano nel corso di un processo continuo, perché le singole campagne hanno un effetto limitato.³⁴

I servizi per la schizofrenia sono spesso frammentati e le persone con schizofrenia trovano a volte difficile orientarsi nel sistema. Le persone affette da schizofrenia possono contribuire in misura significativa a migliorare la consapevolezza della patologia; gli interventi dei gruppi di auto-mutuo-aiuto e di advocacy hanno pertanto un ruolo importante nel trattamento della schizofrenia. I gruppi di advocacy, come 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, e tanto ancora.

Quali sono le barriere alla creazione di un ambiente di supporto?

Incoerenza delle politiche per la salute mentale

Persino in Europa, dove molti paesi dispongono di specifiche leggi in materia di salute mentale comprendenti aspetti come gli alloggi o la disoccupazione, molte persone affette da disturbi mentali non possono essere adeguatamente tutelate. Ad esempio, l'81% della

popolazione europea vive in paesi dove vigono attualmente queste leggi, ma solo 38 dei 52 paesi dispongono di politiche specifiche per la salute mentale (Tabella 1).³⁵

Sistemi previdenziali complicati

Mentre le 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.³⁶ L'attività lavorativa può essere stressante e, se una persona è in grado di lavorare solo per alcune ore alla settimana, può essere meno

lucrativa che continuare a recepire i sussidi. Esiste inoltre un 'paradosso sociale' in alcuni paesi, dove i soggetti sono preoccupati dalla perdita dei sussidi se trovano posti di lavoro retribuiti.

Spesso scarseggiano le informazioni sul supporto disponibile (con conseguente ritardo dell'assegnazione dei sussidi) o sono inaccessibili, soprattutto in caso di mancata o scarsa istruzione. Ciò è particolarmente preoccupante nelle comunità degli immigrati, dove le differenze culturali e le barriere linguistiche ostacolano spesso l'accesso ai servizi.¹⁹

Tabella 1. Regioni del mondo che dispongono di specifiche politiche per la salute mentale.³⁵

Regione	Paesi con politica di salute mentale dedicata	Copertura della popolazione, %
Africa	19/45	60,1
Americhe	18/32	88,1
Mediterraneo orientale	13/19	84,8
Europa	38/52	90,8
Asia sudorientale	7/10	31,8
Pacifico occidentale	15/26	94,9
Mondo	110/184	71,5

Cosa possono fare i policy makers?

Migliorare il sistema assistenziale

- Adoperarsi per garantire che le persone affette da schizofrenia ricevano i sussidi a cui hanno diritto.
- Promuovere una migliore comprensione tra le culture e i sistemi previdenziali – degli incentivi al lavoro e della disponibilità delle opportunità lavorative, per agevolare la disponibilità di posti di lavoro per le persone con schizofrenia.

Sostenere le campagne educative

- Incoraggiare gli approcci creativi per modificare gli atteggiamenti del pubblico nei confronti della schizofrenia e mettere fine alla discriminazione contro le persone che cercano posti di lavoro o di formazione.
- Sviluppare campagne di psicoeducazione (preferibilmente campagne multimediali, comprendenti un approccio di marketing sociale) dirette al pubblico in genere.
- Impegnare risorse per far sì che siano prontamente disponibili il supporto e la consulenza dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (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 di 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. Per i sistemi sanitari privati, questo approccio di equipe richiederà l'attento allineamento dei meccanismi di rimborso per sostenere l'assistenza di alta qualità.
- 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. United Nations. Disponibile nel sito: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (Data di accesso: 30 agosto 2013).
2. World Health Organization. Disponibile nel sito: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf (Data di accesso: 30 agosto 2013).
3. 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.
4. World Health Organization. Disponibile nel sito: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Data di accesso: 30 agosto 2013).
5. Harding CM *et al.* *Am J Psychiatry* 1987;144:727–35.
6. Bellack AS. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42.
7. Gustavsson A *et al.* *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718–79.
8. Wu EQ *et al.* *J Clin Psychiatry* 2005;66:1122–9.
9. Hogan P *et al.* *Diabetes Care* 2003;26:917–32.
10. Miyamoto S *et al.* *Mol Psychiatry* 2012;17:1206–27.
11. Goff DC *et al.* *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245–53.
12. 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).
13. Latimer EA. *Can J Psychiatry* 1999;44:443–54.
14. Patel A *et al.* *Schizophr Res* 2010;120:217–24.
15. Chang CK *et al.* *PLoS One* 2011;6:e19590.
16. Thornicroft G. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
17. Leucht S. Physical illness and schizophrenia. Cambridge University Press, 2007.
18. Osby U. *BMJ* 2000;321:483–4.
19. The Schizophrenia Commission. Disponibile nel sito: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/> (Data di accesso: 30 agosto 2013).
20. Barnes TR. *J Psychopharmacol* 2011;25:567–620.
21. Fleischhacker W, Stolerman I. Encyclopedia of schizophrenia: focus on management options. London: Springer, 2011.
22. Dixon LB *et al.* *Schizophr Bull* 2010;36:48–70.
23. Barnes TR *et al.* *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:26–33.
24. Mueser KT *et al.* *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97.
25. Thornicroft G *et al.* *Lancet* 2009;373:408–15.
26. Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.
27. Nuechterlein KH *et al.* *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:340–9.
28. Pratt LA. *Psychiatr Serv* 2012;63:1042–6.
29. Kooyman I *et al.* *Br J Psychiatry Suppl* 2007;50:s29–36.
30. Herman DB *et al.* *Psychiatr Serv* 2011;62:713–19.
31. 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).
32. Scott DA *et al.* *Psychiatr Serv* 2013;34:843–9.
33. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006.
34. Stuart HL *et al.* Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford: Oxford University Press, 2012.
35. World Health Organization. Disponibile nel sito: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf (Data di accesso: 30 agosto 2013).
36. Frey W *et al.* Disponibile nel sito: http://www.ssa.gov/disabilityresearch/documents/MHTS_Final_Report_508.pdf (Data di accesso: 30 agosto 2013).

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

Appello all'azione rivolto ai policy makers