

La necessità di politiche di sostegno: collegare l'Individual Placement and Support ai settori dell'occupazione e dell'assistenza per la salute mentale

Jaap van Weeghel, Angelo Fioritti, Dorothea Jaeckel, Gary Johnston, Greta Mazzetti, Minna Ahola, Ulrika Bejerholm, Cris Bergmans, Frédéric Debroas, Lars de Winter, Soffia Erla Einarisdottir, Dina Guglielmi, Hlynur Jónasson, Anna Kárníková, Débora Koatz, Julia Kropéit, Anne Lise Lunder Arvesen, Denise Manchisi, Jan Markerink, Kine Nan Lium, Noora Sipilä, Una Twomey e Chantal Van Audenhove

Traduzione italiana non ufficiale del Policy Brief pubblicato in Public Health Reviews, 47:1608802, il 15 ottobre 2026.

DOI: 10.3389/phrs.2026.1608802

Tipologia: Documento di indirizzo sulle politiche (Policy Brief)

Ricevuto: 25 settembre 2025 · **Revisionato:** 29 agosto 2026 · **Accettato:** 1° ottobre 2026 ·

Pubblicato: 15 ottobre 2026

Corrispondenza: Jaap van Weeghel — jaapvanweeghel1@gmail.com

Sintesi

Contesto. L'Individual Placement and Support (IPS) è un programma efficace di riabilitazione lavorativa rivolto alle persone con disturbi mentali. Questo articolo analizza, in 13 Paesi europei, le politiche nazionali che promuovono direttamente l'IPS e le più ampie politiche relative al lavoro e alla salute mentale.

Analisi. L'IPS, da solo, non può affrontare le condizioni più generali dei luoghi di lavoro e del contesto politico-istituzionale che influenzano la sostenibilità dell'occupazione. Per creare condizioni lavorative favorevoli alla salute mentale occorre quindi anche l'azione dei datori di lavoro, dei sistemi sanitari e dei decisori politici.

Opzioni di politica pubblica. Nei diversi Paesi sono stati individuati ostacoli e fattori facilitanti ricorrenti, accanto a differenze nei sistemi di governance e nei contesti di attuazione. I servizi IPS operano spesso in modo isolato, con un accesso limitato a una formazione omogenea, ai dati e al coordinamento tra settori. È pertanto necessaria un'infrastruttura nazionale per l'IPS, capace di offrire sostegno all'implementazione; va rafforzata la collaborazione intersettoriale e occorre sostenere i datori di lavoro nel promuovere equità, diversità e inclusione. La pratica IPS trarrà beneficio sia da politiche che affrontino le condizioni sfavorevoli alla salute mentale nei luoghi di lavoro, sia da politiche che sostengano un sistema di assistenza per la salute mentale orientato alla recovery.

Conclusione. L'IPS può costituire un solido ponte tra assistenza per la salute mentale e occupazione quando è integrato in servizi orientati alla recovery ed è sostenuto da politiche che promuovono luoghi di lavoro inclusivi e favorevoli alla salute mentale.

Parole chiave: occupazione; Individual Placement and Support (IPS); disturbi mentali; salute occupazionale; recovery sociale.

Contesto

Il lavoro è considerato un indicatore di competenza, autonomia, salute e connessione sociale e influenza in misura significativa il nostro benessere mentale ed emotivo [1, 2]. Per le persone con disturbi mentali (gravi), avere un lavoro può essere particolarmente prezioso: può aiutarle a gestire meglio i sintomi, ad aumentare la motivazione e a ridurre lo stigma sociale e quello interiorizzato [3, 4]. Tuttavia, la loro partecipazione al mercato del lavoro è rimasta limitata nel tempo: soltanto il 15-25% delle persone con gravi disturbi mentali ha un'occupazione regolare [5].

La relazione tra occupazione e salute mentale è complessa. Da un lato, il lavoro, in condizioni favorevoli, contribuisce a migliorare la salute, anche mentale. È quindi comprensibile che le persone seguite dai servizi di salute mentale desiderino avere un lavoro ordinario. Dall'altro, per mantenere un'occupazione è necessario un certo livello di salute, anche mentale. Nei Paesi europei il lavoro richiede ai lavoratori qualifiche, autonomia e risorse sul piano della salute mentale elevate. I problemi di salute mentale sono associati a livelli elevati di assenza per malattia e all'uscita precoce dal mercato del lavoro [6, 7].

Per superare i potenziali ostacoli, le persone con disturbi mentali devono poter accedere a programmi efficaci, capaci di offrire un sostegno articolato per ottenere e mantenere il lavoro che desiderano. L'Individual Placement and Support (IPS), sviluppato originariamente per le persone con gravi disturbi mentali, è uno di questi programmi. Al centro dell'IPS vi è il principio secondo cui i partecipanti svolgono lavori da loro desiderati, ricevendo un sostegno personalizzato. Non è richiesta una formazione preliminare: le persone iniziano a lavorare nella posizione scelta e apprendono successivamente le competenze lavorative necessarie (*first place, then train*: prima inserire, poi formare). Gli specialisti IPS offrono un supporto lavorativo personalizzato alle persone e ai datori di lavoro. Nell'IPS il supporto all'occupazione e l'assistenza per la salute mentale sono integrati [8]. Queste due forme di aiuto si rafforzano reciprocamente. L'IPS aggiunge una componente fondamentale all'assistenza per la salute mentale, sostenendo la recovery sociale attraverso il lavoro. A sua volta, il trattamento per la salute mentale sostiene la recovery clinica e aiuta le persone occupate ad autogestire la propria condizione nel contesto lavorativo.

Numerosi studi hanno documentato l'efficacia e il rapporto costo-efficacia dell'IPS [9, 10]. È stato tuttavia dimostrato che una legislazione particolarmente forte a tutela dell'occupazione riduce l'efficacia relativa dell'IPS [11, 12]. Sebbene le evidenze siano più solide per le persone con gravi disturbi mentali, l'IPS risulta efficace anche per le persone con disturbi mentali comuni [9, 13]. Queste ultime possono beneficiare anche di interventi come i programmi di assistenza ai dipendenti e l'assistenza psicoterapeutica sul luogo di lavoro [14]. Sebbene l'IPS sia in espansione in alcuni Paesi, raggiunge soltanto una piccola parte della popolazione potenzialmente interessata. Nonostante le raccomandazioni e i quadri di riferimento internazionali che promuovono approcci integrati alla salute mentale e all'occupazione [15, 16], spesso mancano politiche nazionali volte a massimizzare la disponibilità dell'IPS.

Questo articolo presenta una sintesi comparativa, fondata sul consenso, delle politiche relative all'implementazione e all'ampliamento su scala dell'IPS in 13 Paesi europei. La ricerca sull'argomento è ancora scarsa e riguarda spesso Paesi extraeuropei [17, 18]. I rappresentanti dei Paesi hanno compilato una scheda strutturata riguardante lo stato e la governance

delle politiche IPS, gli ostacoli all'implementazione, le priorità di politica pubblica e la coerenza con le politiche per la salute mentale sul lavoro e con l'assistenza orientata alla recovery. Le risposte sono state confrontate tra Paesi, raggruppate in categorie ricorrenti e fatte circolare per una verifica e un consenso a livello nazionale. Tutti gli autori partecipano attivamente alla rete europea di apprendimento IPS [19]. Nei rispettivi Paesi si occupano di ricerca, implementazione o sviluppo delle politiche IPS, rappresentando contesti nei quali l'IPS è stato adottato sia da tempo sia più di recente. Provengono da dieci Stati membri dell'Unione europea (UE): Belgio, Repubblica Ceca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Svezia. Tre Paesi (Islanda, Norvegia e Regno Unito) intrattengono strette relazioni con l'UE. L'articolo si rivolge ai decisori politici europei e nazionali nei settori della salute, compresa la salute mentale, dell'occupazione e della protezione sociale.

Analisi

L'IPS è un approccio pragmatico, facilmente comprensibile e fondato su esiti occupazionali dalla validità immediatamente riconoscibile, caratteristiche che lo rendono interessante per i decisori politici e per l'opinione pubblica. Per diffonderlo, tuttavia, occorre fare di più. Tra i principali fattori facilitanti vi sono politiche governative e norme istituzionali di sostegno, finanziamenti sostenibili, leadership e figure promotrici a livello locale, integrazione dei servizi, centri di assistenza tecnica, comunità di apprendimento IPS, iniziative di contrasto allo stigma e replicazione degli studi sugli esiti [20–22]. Per realizzare questi fattori facilitanti sono necessarie coalizioni solide e una responsabilità condivisa rispetto all'IPS. Idealmente, tali coalizioni dovrebbero includere i principali portatori di interesse dei servizi di salute mentale, per l'impiego e di protezione sociale, oltre ai rappresentanti della popolazione destinataria e delle loro famiglie.

Sviluppare politiche per promuovere l'IPS è necessario, ma non sufficiente per ottenere una partecipazione duratura al mercato del lavoro. L'interazione tra problemi di salute mentale e occupazione è diventata negli ultimi anni una questione di grande rilevanza globale. Sono pertinenti due prospettive principali. L'approccio medico-pedagogico attribuisce ai singoli lavoratori la responsabilità di affrontare le condizioni connesse al lavoro: essi devono imparare a gestire la propria condizione di salute e a colmare eventuali carenze di esperienza, resilienza, fiducia in sé e competenze. Nella prospettiva sociologica, invece, la causa risiede nelle istituzioni sociali, che non sono inclusive ed escludono le persone con disabilità [23].

Per promuovere la salute mentale nei luoghi di lavoro, un valido punto di partenza è perseguire il «lavoro dignitoso» (*decent work*), definito come un «lavoro produttivo per le persone, in condizioni di libertà, equità, sicurezza e dignità umana» [23] e richiamato nella Carta sociale europea. I suoi elementi comprendono la creazione di posti di lavoro (nessuno dovrebbe essere escluso dal lavoro desiderato per mancanza di opportunità occupazionali), i diritti sul lavoro (diritto a un salario minimo, condizioni giuste e favorevoli, giorni di riposo, giornate di otto ore, non discriminazione e retribuzioni sufficienti a vivere per sé e la propria famiglia), la protezione sociale (condizioni di lavoro sicure, tempo libero e riposo adeguati, accesso all'assistenza sanitaria, pensione e congedo parentale) e il dialogo sociale (possibilità per i lavoratori di esercitare forme di democrazia nei luoghi di lavoro e negoziare le proprie condizioni lavorative, nonché le politiche nazionali e internazionali del lavoro e dello sviluppo). Il lavoro dignitoso costituisce l'ottavo Obiettivo di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. Il quarto Obiettivo sottolinea l'importanza dell'apprendimento permanente. La combinazione di questi due obiettivi è fondamentale per l'ulteriore sviluppo dell'IPS. Molti giovani seguiti dai servizi non possiedono le qualifiche iniziali richieste e devono prima completare un percorso di studi o di formazione.

Il lavoro può favorire oppure compromettere la salute mentale. Il timore di ricadute, la perdita di prestazioni economiche e lo stigma possono alimentare ambivalenza rispetto al ritorno al lavoro [24]. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) hanno affermato che i lavoratori con disturbi mentali necessitano di sostegno per partecipare pienamente al lavoro, attraverso accomodamenti ragionevoli, programmi di rientro al lavoro e occupazione supportata [25]. Condizioni lavorative sfavorevoli possono tuttavia incidere negativamente sulla permanenza nel lavoro e sulla salute mentale dei dipendenti. Per prevenire i problemi di salute mentale legati al lavoro è necessaria la gestione dei rischi psicosociali, con interventi volti a trasformare condizioni, culture e relazioni lavorative. Inoltre, la salute mentale sul lavoro dovrebbe essere promossa attivamente mediante interventi che aumentino la conoscenza e la consapevolezza della salute mentale, rafforzino le capacità di affrontare le condizioni di salute mentale sul luogo di lavoro e mettano i lavoratori nelle condizioni di chiedere sostegno [26]. Ciò richiede un ambiente in cui il miglioramento della salute mentale sul lavoro sia perseguito attraverso leadership, investimenti, diritti, integrazione, evidenze e rispetto delle norme [27]. In sintesi, è necessario un approccio integrato che affronti contemporaneamente la salute mentale dei lavoratori e le sfide occupazionali [16].

Nel 2024 la Presidenza belga dell'Unione europea ha assunto l'iniziativa di promuovere questi obiettivi [28]. L'intento era formulare una direttiva europea capace di sostenere gli sforzi degli Stati membri in due direzioni: prevenire l'insorgenza di problemi di salute mentale connessi alle condizioni lavorative (prevenzione primaria) e creare un mercato del lavoro inclusivo, che sostenga i gruppi ad alto rischio di esclusione (prevenzione secondaria e terziaria). La priorità era individuare politiche che promuovessero un'occupazione sostenibile e una crescita personale adattata ai bisogni specifici di ciascun individuo.

Per contribuire a questi obiettivi è necessaria un'assistenza per la salute mentale orientata alla recovery, centrata sulla speranza, sulla capacità di agire, sul benessere e sull'inclusione sociale, anziché sulla sola riduzione dei sintomi. Un approccio promettente è delineato nel documento di posizione della rete europea dei fornitori di servizi di salute mentale di comunità (EUCOMS), *Recovery for all in the community* [29]. Questo approccio si fonda sui diritti umani, adotta una prospettiva di salute pubblica, offre assistenza orientata alla recovery e interventi efficaci, costruisce reti territoriali di cura e valorizza a tutti i livelli le competenze derivanti dall'esperienza diretta. L'IPS è nato dalla cultura professionale dell'assistenza per la salute mentale che cerca di incarnare questi elementi fondamentali. In generale, gli attuali principi consolidati dell'assistenza per la salute mentale comprendono l'adozione di cure centrate sulla persona e di progetti di recovery basati sul processo decisionale condiviso. L'IPS è coerente con questi principi, poiché consente alle persone di trovare il proprio percorso nella carriera lavorativa.

Opzioni di politica pubblica

In quale misura gli approcci descritti sono accettati come opzioni di politica pubblica nei Paesi partecipanti? Attualmente, politiche nazionali sull'IPS esistono in sei Paesi. In alcuni (Finlandia, Irlanda e Regno Unito), il Ministero della Salute è il principale promotore di queste politiche. Nei Paesi Bassi l'iniziativa è stata assunta dal Ministero dell'Occupazione e degli Affari sociali, mentre in altri Paesi (Islanda e Norvegia) si tratta di uno sforzo congiunto dei Ministeri della Salute e dell'Occupazione.

Definire una politica nazionale specificamente rivolta all'IPS è importante, ma non elimina nell'immediato tutti gli ostacoli. Le barriere all'implementazione (per ciascun Paese se ne potevano segnalare al massimo due) presentano più somiglianze che differenze. Indipendentemente dal fatto che l'IPS sia previsto dalle politiche nazionali o venga sviluppato principalmente attraverso iniziative regionali (Repubblica Ceca, Italia, Spagna, Germania e Svezia), l'ostacolo più comune è la collaborazione insufficiente tra i servizi di salute mentale, per l'impiego e di protezione sociale (9 Paesi su 13). Sono stati individuati frequentemente come ostacoli importanti anche l'assenza di meccanismi di finanziamento stabili (7/13), il persistere di culture basate sul «prima formare, poi inserire» (*train-then-place*, 6/13) e la limitata capacità di implementazione o di accesso (5/13). Questi risultati indicano un divario tra politiche e pratica. Il riconoscimento formale dell'IPS non ne garantisce automaticamente un'attuazione coerente e sistematica.

In questo contesto, i rapporti nazionali suggeriscono un modello ricorrente, sebbene tutt'altro che universale, di radicamento strutturale dell'IPS: iniziative locali e attività di promozione da parte dei professionisti possono precedere il riconoscimento formale; successivamente, in alcuni Paesi, cresce l'attenzione per la sostenibilità dei finanziamenti, la garanzia della qualità, lo sviluppo delle competenze professionali e la governance intersettoriale. I Paesi con infrastrutture IPS più consolidate affrontano sempre più spesso questioni che vanno oltre l'espansione del programma, come il mantenimento e la qualità del lavoro (Regno Unito), oppure il monitoraggio nazionale della fedeltà al modello e la formazione avanzata degli operatori IPS (Islanda, Paesi Bassi, Norvegia e Regno Unito).

Una governance decentrata crea opportunità e sfide. In Italia, Spagna e Svezia, l'autonomia regionale ha favorito l'implementazione dal basso, ma ha anche prodotto disuguaglianze territoriali e un accesso frammentato all'IPS. Diversi contributori hanno suggerito di istituire quadri di riferimento nazionali che definiscano gli standard fondamentali dell'IPS, consentendo al contempo adattamenti regionali ai diversi contesti locali.

I contributori hanno sottolineato che l'IPS, da solo, non può affrontare le più ampie condizioni dei luoghi di lavoro e dei sistemi necessarie per un'occupazione dignitosa e sostenibile. Per farlo è necessario un approccio più olistico. L'implementazione sostenibile e l'espansione dell'IPS sono facilitate quando il metodo è integrato in servizi di salute mentale orientati alla recovery e sostenuto da politiche coerenti in materia di occupazione, disabilità e protezione sociale. Diversi contributori hanno segnalato sviluppi nazionali in linea con le agende OMS/OIL ed europee sulla salute mentale nei luoghi di lavoro. Tuttavia, spesso tali sviluppi non derivavano direttamente da queste iniziative e la loro traduzione nelle politiche nazionali variava notevolmente. Per esempio, in Francia le condizioni patologiche derivanti da un'esposizione prolungata ai rischi psicosociali sul lavoro sono riconosciute come malattie professionali. In Germania i datori di lavoro sono tenuti a valutare il carico psicologico nell'ambito della valutazione dei rischi professionali. La Norvegia ha introdotto la responsabilità dei datori di lavoro nell'individuare e gestire fattori di rischio quali carichi di lavoro eccessivi, pressione del tempo, aspettative poco chiare, mancanza di sostegno e molestie.

Nonostante queste iniziative, la maggior parte dei Paesi è priva di una strategia unitaria o di un quadro interministeriale sulla salute mentale sul lavoro. È importante mantenere una netta distinzione concettuale tra l'IPS e le più ampie politiche di salute mentale nei luoghi di lavoro. L'IPS non può, da solo, creare lavoro dignitoso. Può però aiutare le persone con disturbi mentali ad accedere a un'occupazione di qualità e a mantenerla, offrendo un sostegno individualizzato sia ai lavoratori sia ai loro datori di lavoro, inclusi accomodamenti sul posto di la-

voro e supporto nella risoluzione dei problemi. L'integrazione del sostegno all'occupazione con l'assistenza per la salute mentale permette ai lavoratori di gestire la propria condizione di salute continuando a lavorare.

I contributori hanno concordato una strategia articolata su più dimensioni per promuovere la diffusione dell'IPS e migliorarne la qualità. **In primo luogo**, diversi contributori hanno raccomandato il riconoscimento formale dell'IPS come intervento preferenziale basato sulle evidenze. Su questa base può essere sviluppato un quadro di politiche per un'infrastruttura IPS sostenibile (proposta della Germania). L'IPS dovrebbe essere uno standard obbligatorio nei sistemi di accreditamento dei servizi di salute mentale (proposta dell'Italia). Le esperienze norvegesi suggeriscono che, una volta istituiti meccanismi stabili di finanziamento dell'IPS, acquistano progressivamente importanza altri ostacoli all'implementazione: strutture di governance chiare e responsabilità condivisa tra servizi per l'impiego e servizi sanitari, per sostenere un'erogazione integrata dell'IPS; soluzioni nazionali per la condivisione delle informazioni e la collaborazione, con norme chiare su riservatezza, consenso e accesso alle informazioni pertinenti tra i settori.

In secondo luogo, l'implementazione e la garanzia della qualità dell'IPS dovrebbero essere organizzate a livello nazionale, offrendo supporto all'implementazione, monitoraggio della fedeltà al modello e un programma di ricerca. Ciò rafforza la sostenibilità dei servizi IPS e riduce le disuguaglianze regionali (proposta di Svezia e Regno Unito). Favorirebbe inoltre gli investimenti nella forza lavoro IPS attraverso percorsi formativi nazionali, accreditamento e opportunità di sviluppo di carriera (proposta del Regno Unito).

In terzo luogo, occorre rafforzare la collaborazione intersettoriale. Ciò richiede di formalizzare meccanismi di governance intersettoriale che mettano in relazione i servizi di salute mentale, i servizi per l'impiego, i servizi sociali e i datori di lavoro (raccomandazione di Repubblica Ceca, Finlandia e Spagna). Sono inoltre necessarie misure di esito condivise tra settori, che incoraggino i servizi a lavorare verso obiettivi comuni in materia di recovery, istruzione e occupazione (raccomandazione della Norvegia).

In quarto luogo, l'IPS dovrebbe essere accessibile a tutte le persone che ne hanno bisogno. A tal fine, gli esiti occupazionali devono essere incorporati nei sistemi di responsabilizzazione e rendicontazione dei servizi di salute mentale (proposta della Spagna). Inoltre, l'IPS dovrebbe essere collocato tra gli interventi fondamentali delle risposte nazionali alla crescente inattività legata ai problemi di salute mentale (proposta di Italia e Regno Unito).

Infine, è essenziale coinvolgere e sostenere i datori di lavoro. Sono necessari sia il loro coinvolgimento sia incentivi per promuovere equità, diversità e inclusione (proposta di Repubblica Ceca, Finlandia, Francia, Islanda e Paesi Bassi). Ci si aspetta che i datori di lavoro intervengano maggiormente sul carico di lavoro, sul controllo che i lavoratori possono esercitare sulla propria attività e sulla cultura organizzativa, oltre che con interventi a livello individuale (proposta del Regno Unito).

Conclusion

I risultati relativi a 13 Paesi europei mostrano modelli ricorrenti di ostacoli e fattori facilitanti nella diffusione dell'IPS, in sistemi di welfare e assetti di governance differenti. All'IPS dovrebbe essere riconosciuto lo status di intervento preferenziale ed è necessaria un'infrastruttura nazionale che sostenga la sua implementazione. La collaborazione intersettoriale dovrebbe essere rafforzata e i datori di lavoro devono essere sostenuti nel promuovere equità, diversità e inclusione. I risultati confermano anche la nostra tesi centrale: lo sviluppo futuro

dell'IPS dipende non solo dall'ampliamento della disponibilità dei servizi, ma anche dalla creazione di politiche coerenti, capaci di integrare un sostegno all'occupazione basato sulle evidenze all'interno dei sistemi più ampi di assistenza per la salute mentale e di inclusione nel mercato del lavoro. La sfida consiste nel tradurre gli impegni politici in assetti di governance, finanziamenti sostenibili, capacità professionali e meccanismi di sostegno all'implementazione e di rendicontazione.

Siamo consapevoli dei limiti di questo confronto basato sui contributi di esperti. La partecipazione di tutti i contributori alla rete europea di apprendimento IPS offre una considerevole conoscenza dell'implementazione nei singoli Paesi, ma può anche introdurre una prospettiva favorevole all'IPS nella selezione e nell'interpretazione delle priorità di politica pubblica. Inoltre, luoghi di lavoro sani e assistenza per la salute mentale orientata alla recovery non sono gli unici contesti necessari per sostenere l'IPS e le persone che ne usufruiscono. Devono essere affrontate anche altre questioni, in particolare le politiche di contrasto allo stigma (30): non soltanto lo stigma interpersonale (atteggiamenti negativi di datori di lavoro e colleghi verso persone con disturbi mentali), ma anche lo stigma organizzativo (pratiche discriminatorie di assunzione e promozione) e lo stigma strutturale (svantaggi radicati nelle politiche, nelle istituzioni e nelle norme socioculturali).

L'IPS non è certamente una soluzione universale per l'integrazione lavorativa delle persone con disturbi mentali. Tuttavia, offrendo una «strategia attiva del mercato del lavoro» alle persone con disturbi mentali, e considerando l'occupazione come un «intervento sanitario di importanza cruciale», l'IPS può agire da catalizzatore per una collaborazione più stretta tra i settori della salute, dell'occupazione e delle politiche sociali.

Contributi degli autori

JW, AF, DJ, GJ, MA, UB, CB, FD, LW, SE, DG, HJ, AK, DK, JK, AA, DM, JM, GM, KN, NS, UT e CA hanno fornito informazioni specifiche sui rispettivi Paesi, commentato la bozza del manoscritto e approvato la versione presentata per la pubblicazione. AF, DJ, GJ e GM hanno inoltre contribuito alla stesura del manoscritto presentato. JW ha ideato lo studio, redatto le versioni preliminari e curato la revisione finale.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun sostegno finanziario per questo lavoro e/o per la sua pubblicazione.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Dichiarazione sull'intelligenza artificiale generativa

Gli autori dichiarano di non aver utilizzato intelligenza artificiale generativa per la preparazione del manoscritto.

Eventuali testi alternativi (*alt text*) associati alle figure sono stati generati da Frontiers con il supporto dell'intelligenza artificiale; sono stati compiuti ragionevoli sforzi per garantirne l'accuratezza, inclusa, ove possibile, una revisione da parte degli autori. Qualora vengano individuati problemi, si invita a contattare la rivista.

Informazioni editoriali e diritti

Curatore editoriale: Diogo Costa, Portuguese Catholic University, Portogallo. **Revisori:** Nicole Geovana Dias, Minas Gerais, Brasile, e due revisori rimasti anonimi.

© 2026 van Weeghel e coautori. L'articolo originale è pubblicato ad accesso aperto con licenza Creative Commons Attribuzione (CC BY). Sono consentiti l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione, a condizione che siano riconosciuti gli autori e i titolari dei diritti e sia citata la pubblicazione originale, nel rispetto delle prassi accademiche. Non sono consentiti usi non conformi a tali condizioni.

Public Health Reviews è curata dalla Swiss School of Public Health (SSPH+) in collaborazione con l'Association of Schools of Public Health of the European Region (ASPHER).

Affiliazioni (denominazioni istituzionali originali)

1. Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University, Tilburg, Paesi Bassi.
2. Ypsilon Association, Bologna, Italia.
3. Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlino, Germania.
4. Social Finance, Londra, Regno Unito.
5. Department of Education Studies, University of Bologna, Bologna, Italia.
6. Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finlandia.
7. Department of Psychiatry, Skåne University Hospital, Lund, Svezia.
8. Divosa Association, Utrecht, Paesi Bassi.
9. Working First Association, Marsiglia, Francia.
10. Kenniscentrum Phrenos, Utrecht, Paesi Bassi.
11. Landspítali Psychiatric, Reykjavík, Islanda.
12. BONA ops, Praga, Repubblica Ceca.
13. Institut Avedis Donabedian, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcellona, Spagna.
14. Norwegian Labour and Welfare Administration, Oslo, Norvegia.
15. Ipsilon Association, Bologna, Italia.
16. Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finlandia.
17. HSE National Mental Health, Dublino, Irlanda.
18. LUCAS Center for Care Research & Consultancy, KU Leuven, Lovanio, Belgio.

Riferimenti bibliografici

Le voci bibliografiche sono mantenute nella lingua e nella forma dell'originale per agevolarne il reperimento. La numerazione riproduce quella del documento pubblicato.

1. Wipfli B, Wild S, Richardson DM, Hammer L. Work as a social determinant of health: a necessary foundation for occupational health and safety. *J Occup Environ Med* (2021) 63(11):E830–e833. doi: 10.1097/jom.0000000000002370.
2. Lucassen J. *The Story of Work. A New History of Human Kind*. New Haven and London: Yale University Press (2021). p. 544.
3. Jäckel D, Kupper Z, Glauser S, Mueser KT, Hoffmann H. Effects of sustained competitive employment on psychiatric hospitalizations and quality of life. *Psychiatr Serv* (2017) 68(6):603–9. doi: 10.1176/appi.ps.201600083.
4. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* (2008) 32:59–62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62.
5. Gühne U, Pabst A, Löbner M, Breilmann J, Hasan A, Falkai P, et al. Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2021) 56:1657–67. doi: 10.1007/s00127-021-02088-8.
6. Hassard J, Cox T. Mental health at work. European agency for safety and health at work. Latest update: 15/10/2025 (2025). Available online at: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/mental-health-work> (Accessed October 9, 2026).
7. Helgesson M, Gustafson K, Leineweber C. Suffering from common mental disorders but still at work: a longitudinal study during periods of differences in regulations for having sick leave. *J Occup Rehabil* (2026) 36:373–382. doi: 10.1007/s10926-025-10269-4.
8. Becker D, Drake R. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. New York: Oxford University Press (2003). p. 231.
9. De Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J, Sanches S, Michon H, Bond G. Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* (2022) 31(e50):1–24. doi: 10.1017/S2045796022000300.
10. Bond GR. Cost-Effectiveness of individual placement and support. Issue brief. ASPIRE (advancing state policy integration for recovery and employment) (2023). Available online at: https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ODEP/topics/pdf/Cost-Effectiveness_of_Individual_Placement_and_Support.pdf (Accessed October 9, 2026).
11. Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M, Rinaldi M, Moe CF, McDaid D, et al. A meta regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatr Scand* (2020) 141:206–20. doi: 10.1111/acps.13129.
12. Metcalfe JD, Drake RE, Bond GR. Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* (2018) 44:22–31. doi: 10.1093/schbul/sbx132.
13. Whitworth A, Baxter S, Cullingworth J, Clowes M. Individual Placement and Support (IPS) beyond severe mental health: an overview review and meta-analysis of evidence around vocational outcomes. *Prev Med Rep* (2024) 43:102786. doi: 10.1016/j.pmedr.2024.102786.
14. Rothermund E, Kilian R, Rottler E, Mayer D, Hoelzer M, Rieger MA, et al. Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial. *PLoS One* (2017) 12(1):e0169559. doi: 10.1371/journal.pone.0169559.
15. WHO & ILO. *Mental Health at Work*. Joint Policy Brief. Geneva: World Health Organisation (2022). Available online at: <https://www.ilo.org/publications/mental-health-work> (Accessed October 9, 2026).
16. Organisation for Economic Co-Operation and Development. *Mental Health and Work: Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies*. Paris: Mental Health and Work, OECD Publishing (2021).
17. Latimer E, Bordeleau F, Méthot C, Barrie T, Ferkranus A, Lurie S, et al. Implementation of supported employment in the context of a national Canadian program: facilitators, barriers and strategies. *Psychiatr Rehabil J* (2020) 43(1):2–8. doi: 10.1037/prj0000355.

18. Yamaguchi S, Hayashi T. Structural barriers to implementing individual placement and support in Japanese disability policies and Labor systems. *Public Health Rev* (2026) 47:1608934. doi: 10.3389/phrs.2026.1608934.
19. Jónasson H, van Weeghel J, Katz D, Johnston G, Bejerholm U, Fioritti A. Boosting the development of individual placement and support in Europe. *Epidemiol Psychiatr Sci* (2022) 31(e29):1–4. doi: 10.1017/S2045796022000129.
20. Bond GR, Lockett H, van Weeghel J. International growth of individual placement and support. *Epidemiol Psychiatr Sci* (2020) 29:e183:1–3. doi: 10.1017/S2045796020000955.
21. Finance S. Scaling employment support in Europe. In: *Individual Placement and Support (IPS)*. London: Social Finance Ltd (2022).
22. Harkko J, Sipilä N, Norfquist H, Lalluka T, Appelqvist-Schmidlechner K, Donnelly M, et al. External context in individual placement and support implementation: a scoping review with abductive thematic analysis. *Implement Sci* (2023) 18(1):61. doi: 10.1186/s13012-023-01316-w.
23. ILO. *Tackling the “Decent Work Deficit”* (2006).
24. Craig T, Shepherd G, Rinaldi M, Smith J, Carr S, Preston F, et al. Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry* (2014) 205(2):145–50. doi: 10.1192/bjp.bp.113.136283.
25. Aust B, Leduc C, Cresswell-Smith J, O’Brien C, Regulies R, Leduc M, et al. The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* (2024) 97(5):485–522. doi: 10.1007/s00420-024-02065-z.
26. Deady M, Sanatkar S, Tan L, Glozier N, Gayed A, Petrie K, et al. A mentally healthy framework to guide employers and policy makers. *Front Public Health* (2024) 12:1430540. doi: 10.3389/fpubh.2024.1430540.
27. Fioritti A, Jónasson H, de Winter L, Van Audenhove C, van Weeghel J. Mental health and work: a European perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci* (2024) 33:e20. doi: 10.1017/s2045796024000246.
28. Keet R, Vetten-Mc Mahon Mde, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry* (2019) 19(1):174. doi: 10.1186/s12888-019-2162-z.
29. Van Beukering I, Smits S, Janssens K, Bogaers R, Joosen M, Bakker M, et al. In what ways does health related stigma affect sustainable employment and well-being at work? A systematic review. *J Occup Rehabil* (2022) 32(3):365–79. doi: 10.1007/s10926-21-09998-z.

Traduzione a scopo informativo: per citazioni scientifiche e verifiche fa fede il testo originale in lingua inglese. Il documento tradotto non è un’edizione ufficiale della rivista.