

**Gianfranco Aluffi<sup>1</sup>**

*Servizio I.E.S.A.*

*Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale*

*A.S.L. TO 3 - A. S. O. San Luigi Gonzaga*

*Dir. Prof. Pier Maria Furlan*

*Regione Piemonte - Università Degli Studi di Torino*

*Groupe de Recherche Européen en Placement Familial*

## « L'évolution récente de l'AFT en Italie »

Le corps de ce travail est subdivisé en deux parties.

Dans la première partie j'exposerai les données provenant d'une enquête nationale réalisée par le Département de Santé Mentale de Collegno, achevée en décembre 2007, relative à la diffusion de l'AFT en Italie. Dans un second temps, je présenterai le service IESA de Collegno qui a fêté ses 10 ans en décembre 2007. Enfin, je vous montrerai les résultats de deux recherches en cours de publication, relatives aux effets positifs du milieu thérapeutique dans l'AFT.

### *Histoire et diffusion de l'AFT en Italie*

Un des premiers témoignages sur l'AFT en Italie est reconductible au Dr. Serafino Biffi, en 1854. Dans sa publication à la suite d'une visite à Geel, il définit avec enthousiasme le "patronage hétérofamilial" comme approprié pour les « aliénés » qui ne peuvent pas jouir des "habitudes monotones", caractérisant ainsi les journées des internés dans les asiles. Par la suite, d'autres psychiatres italiens, en suivant ses traces, ont permis l'avènement des véritables services AFT. En 1891, les Professeurs Tamburini et Lombroso furent chargés de proposer un instrument législatif national qui prévoyait une place pour l'AFT. En 1904 et 1909 apparurent 2 lois sur la réglementation de la psychiatrie faisant amplement référence au "patronage hétérofamilial". En 1902, 7 hôpitaux psychiatriques adoptèrent le "patronage hétérofamilial" comme instrument de sortie pour les patients retenus tranquilles et aptes. Ainsi, les personnes accueillies en famille en 1902 furent 268.

En 1906 à Milan, dans le cadre du Congrès international de l'assistance aux « aliénés », une place importante fut octroyée aux interventions et aux débats sur le "patronage hétérofamilial."

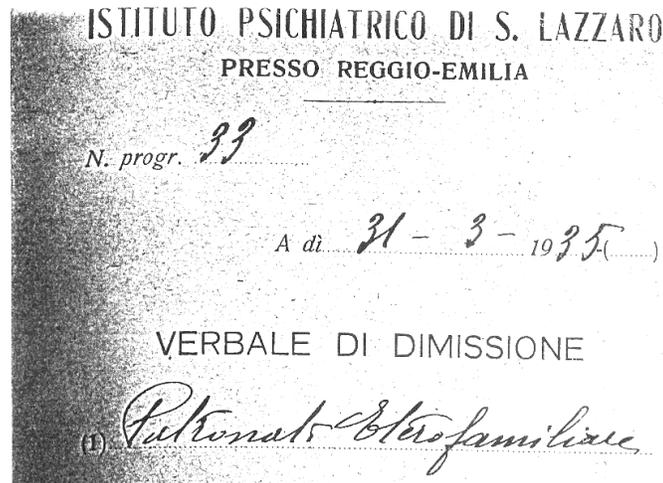
Alors, en Italie, étaient aussi très répandus les Patronages Homofamiliaux, c'est-à-dire les parents biologiques du patient venaient payés pour tenir ce dernier à domicile. Cependant, cette modalité fut refusée par la communauté scientifique et c'est graduellement éteinte du fait que le paiement représentait une raison de non guérison pour les patients, parfois unique source financière pour la famille.

---

<sup>1</sup> Je remercie Melle Estelle Clavier pour l'aide à la traduction.

L'expérience de l'AFT se développa encore durant quelques années puis disparu avec l'arrivée du nazisme.

L'image suivante reporte un des derniers procès-verbal de démission de l'OP de Reggio Emilia pour l'AFT.



Ainsi, pour retrouver des traces des programmes d'AFT en Italie il faut faire le saut jusqu'au début des années 90.

En 1997, seuls deux services d'AFT étaient présents sur le territoire national: ceux de Lucca en Toscane et ce de Collegno en Piémont.

En 2000, les départements qui adoptèrent le modèle AFT furent au nombre de 11 pour un totale de 62 patients placés en familles de volontaires. À la fin de l'année 2007, selon les données tirées par une enquête nationale que j'ai personnellement coordonnée, les départements pour lesquels on enregistre une activité AFT sont alors 34 et gèrent 313 projets.

Un autre élément considérable, qui est émergé à travers l'enquête 2007, est relatif à l'intention exprimée par 106 directeurs de Départements de Santé Mentale de vouloir prochainement ouvrir un service d'AFT.

Comme on peut en déduire de l'image, l'AFT est plus répandue dans les régions du nord, surtout en Piémont et en Toscane.

0 service  
1 service  
2 services  
3 services  
5 services  
7 services



Les Départements de Santé Mentale qui ont répondu à l'enquête furent au nombre de 194, soit 97% du totale, dont seulement 34 ont en projet l'AFT, c'est-à-dire 17%.

L'AFT est connu de 146 directeurs de département, représentant ainsi 75% de ceux qui ont répondu et 158, soit 81% des participants, ont exprimé une opinion positive sur l'AFT.

35 ne se sont pas exprimés et 1 personne a exprimé une opinion négative.

Les données récoltées sont encourageantes pour le processus de diffusion de l'AFT en Italie dans les prochains années.

### ***Le Service IESA de Collegno: 10 ans d'AFT***

Lorsque je décris l'expérience IESA de Collegno je ne peux pas éviter de la reconduire à une séquence d'étapes historiques, progressives et déterminantes. Une sorte de succession de phases, d'expressions, de générations de l'AFT. En effet, les familles ont aussi leurs arbres généalogiques et la reconnaissance des "pères" et des "mères" peut être isolée comme indicateur de « bonne » identification avec le noyau familial et comme garantie de relations régulières, attachements, développements et séparations, avec tout ce que cela représente pour une bonne croissance des fils, de leurs expériences et des générations à suivre.

Ceci dit, sans nier à S. Dymphna la "maternité immaculée" de toutes les expressions reductibles à l'AFT, la première expression de la référence aux familles volontaires pour l'accueil d'handicapés psychiques, dans la zone territoriale aujourd'hui contrôlée par le Département de Santé Mentale de Collegno, doit être reconduite à 1898. Cette année là, la Députation provinciale de Turin émit une note adressée à tous les asiles dans laquelle il suggérait le placement de malades inoffensifs chez des particuliers en échange d'une rétribution. Tel document avait la fonction de faire front à la surpopulation des asiles durant cette époque et l'expression AFT, alors nommé « placement de maniaques inoffensifs chez des particuliers », assumait seulement un rôle de type économique-administratif vu que son coût, équivalent à aujourd'hui, était nettement inférieur à celui de l'internement en asile. En syntonie avec cette tendance à évacuer les asiles "saturés", on trouve les articles relatifs au Patronage hétérofamilial dans les lois nationales, déjà citées, n°36 / 1904 art. 1 et n° 615 / 1909 art. 2, 13, 14, 15, 16, aujourd'hui dépourvues de valeurs juridiques et se trouvant à des années lumière des références législatives actuelles et encore avant culturelles.

Après cette brève saison de l'AFT italien située à cheval entre le XIX et le XX siècle, qui par ailleurs n'a pas vu le territoire piémontais répondre avec enthousiasme particulier, il faut attendre jusqu'en 1990 pour que l'initiative courageuse d'un groupe d'opérateurs local permette l'apparition d'une nouvelle expérience AFT sur le territoire de l'actuel ASL TO 3 Piémontais. Ce projet était inspiré du modèle du service d'Accueil Familial Thérapeutique de Nantes et de la Loire Atlantique. Malgré la motivation forte des promoteurs, l'expérience durera seulement quelques années en rendant cependant possibles à différents ex-malades de l'ancien hôpital psychiatrique de Collegno d'agréables séjours dans des familles en particulier résidentes dans les vallées environnantes. En 1997, année de mon arrivée à l'ASL de Collegno, les responsables de cette noble initiative ne travaillaient plus ici mais, au témoignage de leur expérience, il y avait un projet qui vint pris en charge du service naissant IESA et il dura encore quelques années, jusqu'à

la perte de l'ancienne hôte, chouchoutée et même assistée par un couple de septuagénaires affectueux et guillerets.

Au-delà des expériences déjà citées et des précieuses et cordiales contributions des docteurs Jean Claude Cébula de Nantes et Marc Godemont de Geel, l'ADN du service actuel IESA de l'ASL TO 3 de Collegno se compose en grande partie de caractéristiques « calquées » sur le service de *Psichiatriche Familienpflege* de Ravensburg. C'est, en effet, près du service AFT de Ravensburg que, pendant les deux années 1995-96 j'ai observé et récolté des données dans les processus opérationnels quotidiens.

De retour en Italie, les premières tentatives de proposer un service de ce type rencontrèrent méfiance, peurs et scepticisme de la part de certains responsables des départements de santé mentale piémontais à qui je m'adressai. Puis, grâce à la rencontre avec le docteur Ezio Cristina et avec le professeur Pier Maria Furlan, respectivement chef de clinique et directeur du département universitaire de santé mentale dell' ASL de Collegno, je trouvai une place qui me permit de commencer à travailler dans la direction que je m'étais proposée.

Dans les premiers mois de travail j'élaborai les instruments normatifs, lignes guides et contrat, et opérationnels (instruments pour la sélection protocoles de procédure etc.) du projet, en acheminant parallèlement une action de renseignement et sensibilisation de l'entier personnel.

Avec l'arrivée successive du premier opérateur (une infirmière) et de la délibération du Service IESA de la part de la direction général ASL, les activités de sélection des familles et de placement soutenu se poursuivaient. Les résultats obtenus dans les deux premières années de travail et le grand enthousiasme pour l'apport innovant du projet, nous ont amené à organiser durant le mois de mai 2000 le premier congrès national sur l'IESA à l'Université des Études de Turin à laquelle furent présentées quelques expériences naissantes sur le territoire national et prirent partie des experts internationaux du secteur spécifique. L'initiative eut du succès et il conflua dans la presse des actes du congrès. Parallèlement à l'attention portée à la croissance du service nous avons, durant ces années, donné beaucoup d'importance à la diffusion de la culture de l'IESA sur le territoire national, en réalisant plus que 45 rapports présentés aux congrès de psychiatrie nationaux et internationaux, en publiant 35 articles sur livres et magazines italiens et étrangers et 4 volumes spécifiques sur le sujet. A la suite d'un tel engagement scientifique et de vulgarisation, d'une activité intense de renseignement et de supervision des différentes équipes qui nous ont contactés afin de mettre en place des services analogues, nous pouvons regarder avec un certain orgueil la diffusion, déjà mentionnée, du phénomène sur le territoire national. En 2001, en collaboration avec les collègues de l'USL 2 de Lucca nous avons organisé le 2<sup>o</sup> congrès national sur l'IESA, en prenant soin par la suite de la publication des actes relatifs. En 2004, nous avons fondé la section italienne du GREPFA. En 2006, avec les collègues du Service IESA de Trévise nous avons organisé le 3<sup>o</sup> congrès national. En 2007, parallèlement au dixième anniversaire du service, nous avons reçu de la part de la Région du Piémont la reconnaissance de l'expérience pilote dans le cadre de la santé piémontaise. Telle reconnaissance s'est concrétisée à travers une cérémonie publique durant laquelle des attestations ont été remises à toutes les familles d'accueil qualifiées de la part du président de la région et de l'adjoint à la santé. En outre, au Service IESA de Collegno a été dédié le calendrier officiel de la région du Piémont ainsi que le bénéfice des ventes.

Le Service IESA se situe aujourd'hui à l'intérieur du Département Interentreprises à la Direction Universitaire de Santé Mentale dirigé par le professeur Pier Maria Furlan. Le territoire de référence, dans la première périphérie turinoise, est habité par 179.638 personnes. Les patients suivis sont au nombre de 2.214 et sont rattachés aux 2 Centres de Santé Mentale. Les zones qui composent le Département sont 3: territoriale, hospitalière, universitaire. Le service IESA appartient à la zone des services territoriaux et représente une des diverses solutions résidentielles à disposition des « clients ».

### **Chiffres**

À 10 ans de la création de l'expérience IESA de Collegno nous pouvons résumer le travail effectué avec les chiffres suivants:

2700 familles environ contactées,  
77 familles ou personnes seules qualifiées,  
55 projets gérés pour plus de 25.000 jours de vie en commun,  
1400 visites domiciliaires environ effectuées,  
5 projets d'insertion +1 engagement ouvrable à temps indéterminé,  
25 projets en cours dont 17 à temps plein et 8 à temps partiel,  
24 heures sur 24, 7 jours sur 7 de disponibilité départementale,

L'AFT permet une importante réduction des jours totaux d'internement en service hospitalier psychiatrique respectivement aux autres solutions de placement. Cet effet est très significatif et il est encore particulièrement mis en évidence au travers de l'analyse du parcours réalisé par un des patients du IESA qui, dans les 5 années précédents l'accueil en famille tout aujourd'hui en cours, a totalisé bien 582 jours de prise en charge en structure hospitalière pour des crises de type maniaque alors que dans les 5 années suivant son séjours en famille d'accueil il n'a plus jamais été hospitalisé. Dans ce cas spécifique, où l'on se réfère à une personne ayant un diagnostic de troubles bipolaires I et n'ayant pas connu de variations essentielles au niveau de la thérapie pharmacologique, il émerge avec grande force l'impact thérapeutique, aisément isolable, provenant du facteur environnemental. Cette personne est passée du rôle de patient pensionnaire psychiatrique en communautés protégées ayant fréquemment recours à l'hospitalisation lors d'importantes crises maniaques à celui de personne avec des capacités résiduelles valorisée par le nouveau milieu familial au point que sa contribution dans la gestion du bar et du cercle récréatif des accueillants est devenu fondamental. Ce recouvrement d'identité "saine", le rôle reconnu d'aide barman, a consenti au sujet un chemin progressif vers une plus grande sérénité et surtout vers une humeur plus stable au point de ne plus avoir été hospitalisé en service psychiatrique dans ces 6 ans de vie en habitation soutenue. Si un temps les membres de sa famille l'ont repoussé, pour les difficultés relationnelles et les bizarreries comportementales, ils ont depuis quelques années renforcé la relation, en lui rouvrant les portes de leurs maisons et en exprimant à plusieurs reprises la volonté de lui offrir un nouvel espace vital au sein de celles-ci, croisant toujours un gentil : « merci mais maintenant je me porte bien ici».

### ***Caractéristiques du modèle***

Le service IESA est organisé comme structure départemental centralisée, avec des appendices dans les centres de santé mentale territoriale et il collabore en synergie avec toutes les agences du département de santé mentale. Le modèle expérimenté dans ces dernières années prévoit une organisation qui se compose d'1 responsable et d'un numéro d'opérateurs proportionné aux projets en cours, 1 opérateur pour chaque 10 accueil en famille. Le responsable s'occupe entre autre de la coordination, de la formation et de la supervision des opérateurs. Le service IESA se rend promoteur de supervisions cliniques élargies relatives aux projets engagés, auxquels participent aussi les opérateurs des autres agences départementales impliquées.

Les projets sont structurés sur la base du temps de vie en commun selon quatre typologies: temps partiel; court terme; moyen terme; long terme.

Dans les projets à temps partiel le volontaire ou la famille passe quelques heures avec le patient durant la journée ou en fin de semaine, selon les objectifs à poursuivre. Cette modalité peut avoir une fonction propédeutique aux projets IESA à temps plein ou il peut fournir un soutien à des gens qui vivent seuls en logement ou qui se trouvent dans une structure et qui en ressentent la nécessité. En ce qui concerne les projets à temps plein (court terme, moyen terme et long terme) ils se différencient pour leur durée et pour leurs différentes typologies d'usage. Le court terme s'adresse aux moments de crise ou de besoin temporaire de décontextualisation environnementale, ceux à moyen terme vise à la réhabilitation du sujet et au passage de ceux-ci à une vie plus autonome, alors que le long terme s'adresse aux personnes âgées ou aux sujets avec de considérables besoins d'assistance.

Le patient, même lorsqu'il se trouve sous mesure d'interdiction, est totalement impliqué dans toutes les phases du projet, de la décision d'initier ou non « une vie en commun » jusqu'aux détails de celle-ci.

Nous avons dernièrement enregistré un épisode curieux qui nous a fait répondre à une demande directe et spécifique de vie en commun soutenue. Deux patients de notre département, vivant dans une pension assistée dans le centre de Turin, après avoir pris connaissance de l'existence du service IESA de Collegno, sur un quotidien, nous ont contactés et ont pris rendez-vous pour un entretien approfondi. Tout de suite nous avons observé comment notre offre éventuelle et leurs objectifs coïncidaient parfaitement. Les deux se plaignaient que depuis quelques semaines, avec le changement du gérant, la clientèle de la pension s'était empirée frappant ainsi la qualité des services d'hébergement. En outre, les récits exposés en témoignage laissaient supposer une atmosphère assez lointaine de l'image d'une petite pension à gestion familiale auquel était sujet l'hôtel en question jusqu'à la gestion précédente. Leur désir était de continuer à vivre ensemble dans une maison avec la cuisinière de la pension, qui entre temps avait démissionné, et les filles de celle-ci. Entre ces cinq personnes, depuis pas mal d'années s'était créé un bon rapport fondé sur le respect réciproque et sur l'entraide quotidienne. Après avoir contacté la cuisinière et les deux filles, et avoir enregistré une convergence unanime de buts avec les deux patients, nous avons acheminé les procédures de certificat d'aptitude au projet de vie en commun et, à la suite

du résultat positif de celle-ci nous avons exprimé le consentement institutionnel en offrant le support et le soutien économique nécessaire.

À 2 ans du commencement du projet, les cinq vivent heureux dans un ample appartement choisi, décoré et qu'ils ont aménagé ensemble. Une paire de semaines après le démarrage du projet d'AFT, la pension qui les recevait fut fermée suite à un contrôle des forces de l'ordre. Sur les journaux, que les garçons quelques jours après le blitz nous montrèrent avec l'air fier de ceux qui avait deviné par avance, étaient mentionnés des crimes liés à l'exploitation de la prostitution et au recel d'immigrés clandestins.

### ***Données cliniques et socio-démographiques***

Les graphiques suivants décrivent partiellement le profil des utilisateurs et des volontaires sélectionnés par le service.

En ce qui concerne le genre sexuel des candidats nous avons presque une situation d'équilibre.

	Femmes	Hommes	Total
N°	45	39	84

La distribution de l'âge des patients est relativement uniforme.

	18 - 30	30 - 45	45 - 60	> 60	Total
N°	16	18	25	25	84

En ce qui concerne les champs diagnostiques relevés, presque les 3/4 de la population est schizophrénique.

	Troubles de personnalité	Schizophrénies	Troubles de l'humeur	Oligophrenies	Total
N°	13	56	8	7	84

Quant aux candidats accueillants:

Un peu plus du 50% sont des couples avec enfants;

	Seule femme	Seul homme	Couple sans enfants	Couple avec enfants	Seul avec enfants	Famille élargie	Total
N°	7	2	11	35	11	2	68

78% des candidats sont des femmes;

	Femmes	Hommes	Total
N°	53	15	68

85% de notre population est comprise entre 30 et 60 ans;

	18 - 30	30 - 60	> 60	Total
N°	3	58	7	68

la distribution des niveaux d'instruction est relativement homogène;

	Primaire	Collège	BEP - CAP	Baccalauréat	Bac + 5	Bac + 9	Total
N°	13	24	5	17	8	1	68

Aussi, les catégories professionnelles sont représentées de manière hétérogène avec une grande partie des participants, 43%, représentant le secteur de l'aide aux personnes

	Aide aux personnes	Retraité	Sans emploi	Commerçant	Employé	Ouvrier	Agriculteur	Mère de famille	Total
N°	29	4	9	5	5	8	1	7	68

Le type d'habitation plus diffusé dans l'échantillon est l'appartement : 60%,

	Appartement	Logement social	Villa	Maison indépendante	Total
N°	41	5	14	8	68

Au sujet de l'origine géographique des candidats on enregistre dans la dernière période une augmentation de la population d'origines étrangères, surtout Roumains et Péruviens.

	Nord Italie	Sud Italie	Etranger	Total
N°	30	24	14	68

### ***AFT et urgences***

Dans le but de relever les effets bénéfiques de la variable « environnement » présente comme solution d'accueil, tel l'AFT, nous avons organisé deux types de recherche qui focalisent l'attention sur l'indicateur de « l'hospitalisation ayant pour cause la crise psychiatrique ».

La première repose sur une méthodologie longitudinale et compare pour 8 patients une période de temps passée en AFT et une période équivalente, mais, écoulée avant ce même projet AFT. Le séjour en famille d'accueil le plus court dure 259 jours alors que le plus long totalise 2346 jours. L'ensemble des séjours AFT représente un total de jours égal à 10444, soit un chiffre équivalent au total des jours que les 8 patients ont passé en structure protégée avant d'être inséré dans des familles d'accueil.

A partir de l'analyse des données, nous pouvons observer que nos 8 patients ont totalisé 11 hospitalisation pour un totale de 612 jours en service psychiatrique hospitalier dans la période précédente à l'AFT alors que durant la période de placement familial nous n'en relevons aucune. Une telle confrontation souligne l'excellente performance de l'AFT relativement aux crises symptomatologiques et aux hospitalisations conséquentes.

Si on prend en considération que le milieu de provenance des 8 patients est la communauté protégée, avec une intensité de l'intervention sanitaire significativement supérieure par rapport à l'AFT, ce qui a été énoncé précédemment vient renforcé.

Nous sommes parvenu à un résultat analogue à travers l'analyse de 195 « passages » de patients dans les structures du DSM reconductibles aux catégories des résidences protégées (communautés protégées de type A et de type B) et habitations soutenues (AFT et Logements soutenus). Ces deux catégories ont été créées pour affinité de type environnemental entre sous-catégories. Les communautés protégées de type A et de type B sont des structures composées de 20 patients en régime d'accueil avec des temps d'hospitalisation de 3 ans ou plus. Le personnel sanitaire et éducatif est présent 24 heures 7 jours sur 7.

L'AFT et les logements soutenus reposent sur des habitations civiles où l'intervention est le soutien et le patient se retrouve inséré dans un système de relations sociales normales.

Les données recueillies se réfèrent à 3 ans consécutifs: le 2004, 2005, 2006.

Comme unité a été choisie le « passage » du patient dans la structure afin d'obtenir une population plus ample. Puis, les passages totaux ont été subdivisés en deux groupes selon s'ils se sont effectués en communautés protégées, (N° 95) ou en habitations soutenues (N° 100).

Les deux groupes ont été comparés sur la base de la distribution des variables relatives au sexe, à la tranche d'âge et au champ diagnostique et se sont révélés presque superposables du fait de ne pas avoir présenté de différences significatives au test du Khi 2, en adoptant un degré de confiance égal à 0,05.

	Foyer protégé	Habitations soutenues (AFT + logements soutenus)	Total
Homme	58 (61%)	60 (60%)	118 (60%)
Femme	37 (39%)	40 (40%)	77 (40%)
Age 18-35	32 (33%)	22 (22%)	54 (28%)
Age 36-65	56 (59%)	59 (59%)	115 (59%)

Age >66	7 (8%)	19 (19%)	26 (13%)
Schizophrénies	76 (80%)	79 (79%)	155 (79%)
Troubles humeur	3 (3%)	4 (4%)	7 (4%)
Troubles personnalité	12 (12%)	12 (12%)	24 (12%)
Oligophrénies	4 (5%)	5 (5%)	9 (5%)

Les données soulignent, déjà à la comparaison des moyennes, une différence considérable.

L'impact des jours d'hospitalisation sur ceux du projet total est en effet de 0,55% pour les habitations soutenues et rejoint les 3% relativement aux communautés protégées.

Appliquant le T-test pour les échantillons indépendants et des variances différentes, pour  $\alpha = 0,01$ , une telle différence entre les moyennes se révèle significative.

Ce résultat confirme les hypothèses d'une influence du facteur environnemental sur la totalité des journées d'hospitalisation annuelle par patient.

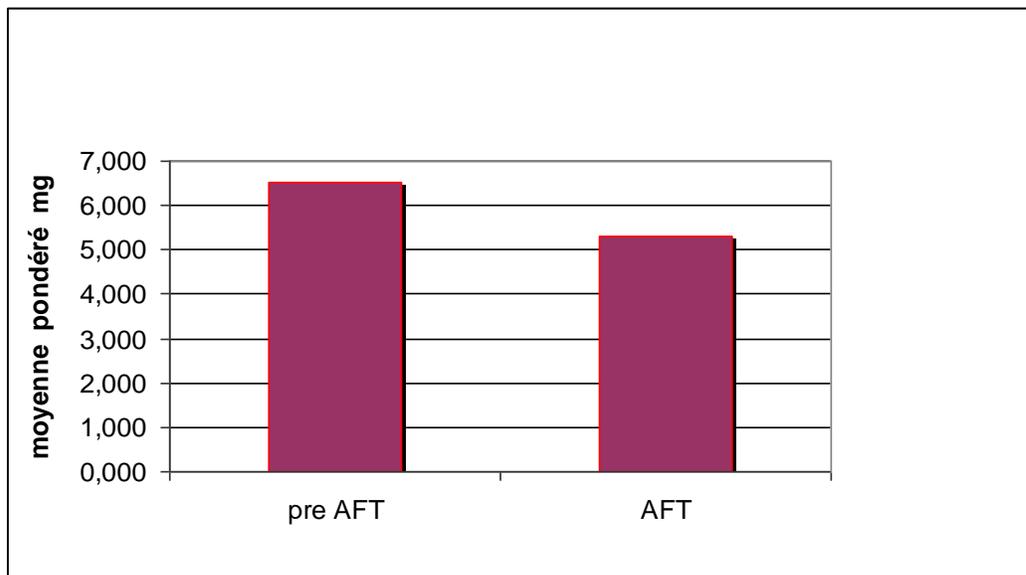
### ***AFT et benzodiazepines***

Une autre ligne de recherche relative à l'évaluation de l'impact environnemental de l'AFT concerne l'évolution de la prise de benzodiazépine.

Nous avons utilisé un dessin analogue à la recherche longitudinale sur les hospitalisations avec une population de 8 patients. Le temps pris en considération cette fois concerne, pour la population entière, 12 mois d'AFT et les 12 mois précédents à son commencement, en principe effectués en communauté protégée. La population est composée de 6 hommes et 2 femmes d'âge moyens de 43,5 ans.

Les diagnostics sont reproductibles aux 3 champs suivants: Schizophrénies (5); Troubles de la personnalité (2); Oligophrénie (1).

La thérapie relative à la prescription de benzodiazépine a été analysée à travers la méthode des équivalences. La diminution relevée entre la période en communauté protégée et la période en AFT est de 18 %.



La thérapie anxiolytique résulte étroitement liée d'une façon générale au facteur environnemental et non seulement aux caractéristiques de la pathologie. Cela montre comment un milieu accueillant, émotionnellement stable et rassurant, tel justement celui offert par l'AFT, peut permettre de renoncer à quelques médicaments ou d'en réduire les dosages.

### **Bibliographie**

- Furlan P.M., Cristina E., Aluffi G., Olanda I. *Programma l'accoglienza - L'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici (IESA)*. In: Società italiana di Psichiatria - Bollettino scientifico e di informazione. n° 2 Anno VI Luglio 1999
- Aluffi G.: *Quando una famiglia accoglie*. In: Animazione Sociale n°11 Edizioni Gruppo Abele Torino 2001
- Aluffi G., Ceccarini L., Ientile S., Mennoia D., Olanda I., Pirrotta C., Cristina E., Furlan P.M.: *La tua famiglia può crescere* In: Torino Medica n°6 Bollettino dei Medici Torino Giugno 2003
- Aluffi G., *Psychiatrische Familienpflege in Italien. Geschichte und derzeitige Situation*. In: Meine Familie, meine Psychose - und Ich?. - XV Bundestagung der Psychiatrischen Familienpflege, Ed. PFP Rust 2000
- Aluffi G., Furlan P.M.: *Psychiatric reform and "territorialisation" of the mental health services in Italy. The Foster Family Care project of the University Mental Health Department in Piemonte*. 2005 In: Balanced care. Innovative perspectives on psychiatric rehabilitation. (Abstract book and web site) Ed OPZ Geel 2005
- Furlan P.M., Cristina E., Aluffi G., Olanda I. (a cura di), *Atti del I° Convegno Nazionale su l'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici - Torino 27/5/2000*. Edizioni ANS. Torino 2000
- Aluffi G., *Dal manicomio alla famiglia*. Franco Angeli editore. Milano 2001
- Aluffi G., Cagnoni L., (a cura di) *Atti del II° Convegno Nazionale su l'inserimento eterofamiliare assistito di persone con disturbi psichici - Lucca 15, 16/11/2001*. Edizioni ANS. Torino 2004

- Aluffi G., Il progetto I.E.S.A.: l'esperienza di Collegno. In: G. Bressaglia (a cura di) *Atti del III° Convegno Nazionale su l'inserimento eterofamiliare supportato di adulti - IESA - Treviso 8, 9/6/2006*. Edizioni ULSS. Treviso 2007
- Aluffi G., La sezione italiana del groupe de recherche européen en placement familial: principi fondanti ed obiettivi. In: G. Bressaglia (a cura di) *Atti del III° Convegno Nazionale su l'inserimento eterofamiliare supportato di adulti - IESA - Treviso 8, 9/6/2006*. Edizioni ULSS. Treviso 2007