

« Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence en Italie »

Lodovico Perulli et Lenio Rizzo

*Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, 2009, p. 261-271.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/029773ar>

DOI: 10.7202/029773ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Communication brève

---

### Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence en Italie

---

Lodovico Perulli\*

Lenio Rizzo\*\*

**L**a neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (NPEA) a connu ses premiers développements en Italie au début du <sup>xx</sup>e siècle grâce entre autres à Sante de Sanctis, médecin, professeur à la clinique psychiatrique de Rome, réputé pour ses travaux sur les troubles graves et précoces chez les enfants et considéré comme l'un des piliers de la psychologie italienne. En effet cette discipline médicale a connu un essor grâce à ce grand clinicien, aujourd'hui presque oublié, l'un des premiers à avoir décrit les tableaux cliniques correspondants aux troubles envahissants du développement (TED), et le seul à comprendre, à cette époque en Italie, l'importance d'organiser un savoir et des dispositifs de soins à l'intention des enfants malades physiquement et psychologiquement.

Après la deuxième guerre, la neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence va connaître de nouveaux développements avec la mise en place par Giovanni Bollea d'un travail clinique, de formation et d'organisation de cette discipline. Après avoir entamé sa formation en Suisse et en France (comme d'autres dont Marcella Balconi), Bollea fonde à Rome le premier Institut universitaire de neuropsychiatrie infantile et de l'adolescence (maintenant nommé Département des Sciences neurologiques, psychiatriques et de réhabilitation de l'âge évolutif) et poursuit ses échanges avec ses collègues Lebovici et Diatkine, etc. Les relations entre les experts de l'Italie et de la France (et d'autres pays francophones), en ce qui concerne la psychiatrie en général et plus particulièrement la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, ont toujours été rapprochées. Elles se fondent sur une orientation commune par rapport à la psychopathologie : l'orientation psychodynamique. Plus

---

\* Chef de service, Venise.

\*\* Chef de service, Treviso.

récemment, dans le contexte de nouvelles découvertes en neurosciences, la référence aux traitements comportementalistes et à une psychiatrie biologique et du développement a souvent mis en rapport les spécialistes de cette discipline avec les champs de la clinique et de la recherche anglo-saxons.

Nous présentons ici les questions en émergence à l'heure actuelle dans le domaine de la neuropsychiatrie infantile et de l'adolescence en Italie.

### **Identité et organisation de la discipline au niveau universitaire et des services publics**

Les responsables des orientations générales de la formation universitaire ont jusqu'à maintenant choisi depuis le début de préserver ensemble les aspects « neuro » et « psy » de la discipline, s'appuyant sur la conviction plus ou moins discutable selon laquelle une compétence globale, acquise par le même spécialiste, pourrait garantir une conception somato-psychique unifiée des jeunes patients, et être élaborée en fonction d'une intervention holistique aussi bien des troubles du développement que psychopathologiques de l'enfance et de l'adolescence (tenant compte donc de tous les domaines, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique). Dans ses 20 régions administratives, l'Italie dispose de 28 chaires universitaires de neuropsychiatrie infantile et de l'adolescence, soit l'équivalent du nombre d'écoles de spécialisation actuellement plus représentées dans le Nord et le centre de la péninsule. Pour acquérir le titre de spécialiste en neuropsychiatrie infantile et de l'adolescence, il faut cinq ans de formation universitaire (après l'obtention du diplôme de médecine) avec l'obligation de suivre des cours théoriques, et d'exercer un internat clinique en tant que médecin résident. Une fois la spécialité acquise, il est possible d'être aussi reconnu comme psychothérapeute, sans autre entraînement spécifique.

Étant donné le degré actuel des connaissances, il nous apparaît difficile de pouvoir atteindre un niveau adéquat de formation à la fois dans les domaines neurologique et psychiatrique et en plus, de poursuivre simultanément un engagement professionnel et une formation universitaire en neuropédiatrie, rééducation, neuropsychologie et psychiatrie, comme l'exigerait la spécialisation actuelle. Quant à la pratique des professionnels de la NPEA, il faut dire qu'elle se déroule en grande partie, dans le contexte de la psychopathologie et de la psychiatrie, incluant les problématiques neuropsychologiques et cognitives. Sur le plan théorique, les cliniciens se réfèrent à diverses écoles de pensée des champs psychologique et psychiatrique : le modèle de la psychopatho-

logie du développement montre actuellement une certaine vitalité dans la mesure où il propose l'intégration des perspectives biologique, systémique, cognitive et comportementale sans exclure les apports de l'orientation psychodynamique. Par ailleurs, la recherche et les nouvelles connaissances scientifiques, plus particulièrement en ce qui concerne les neurosciences (l'utilisation de l'imagerie cérébrale, la génétique, etc.), progressent rapidement et nécessitent une mise à jour constante, tâche qui nous apparaît difficile pour un professionnel qui doit traiter à la fois les troubles du cerveau et de la psyché.

Le nouvel intérêt des neurosciences pour l'âge adulte a effectivement entraîné, particulièrement au niveau des établissements hospitalo-universitaires, la mise en place de départements de neurosciences (qui comprennent la neurologie, la psychiatrie et la rééducation) ; par contre, dans le panorama de la santé publique, le recours aux neurosciences demeure rarissime.

L'intérêt pour les neurosciences est associé à l'importance de plus en plus grande accordée à la neurobiologie, à la neuropsychologie voire à la psychiatrie biologique en clinique, particulièrement dans les cas jugés complexes en termes d'étiologie pathogène. Mais cette tendance à privilégier l'approche des neurosciences se fait au détriment de l'approche psychopathologique et psychodynamique dans le traitement des patients. Il existe selon nous, le risque d'un simplisme sur le plan clinique et un nivellement sur le plan théorique, des positions théoriques et cliniques d'ascendance anglo-saxonne, importées chez nous par les « nouveaux » modèles nosographiques (DSM en particulier) basés sur la symptomatologie. L'emploi de plus en plus courant de ces classifications descriptives et simplificatrices entraîne aussi le risque de juger le changement clinique sur la seule base de la rémission symptomatique.

De plus, la tendance à s'appuyer sur les études d'efficacité des traitements (médecine basée sur les données probantes) semble liée chez nous comme ailleurs, à des principes purement économiques plutôt que scientifiques ; cette approche est loin de démontrer dans notre discipline qu'elle conduirait à une réduction des coûts.

L'autonomie régionale dans le domaine de la santé justifie l'hétérogénéité d'organisation des services que l'on retrouve d'une région à l'autre, tandis qu'il existe des différences entre les administrations locales à l'intérieur de la même région. On constate généralement qu'il y a peu de structures hospitalières dédiées à cette discipline qui est davantage organisée au niveau territorial selon le modèle intersectoriel privilégié en France. Au cours des 30 dernières années, on est passé des centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) aux services de NPEA qui

sont répartis également selon la population, et qui sont responsables de la prestation des soins et des services aux enfants (jusqu'à 18 ans) ainsi qu'à la famille et au milieu scolaire.

Les services psychiatriques disposent de l'équivalent de quatre psychiatres pour un spécialiste de l'âge évolutif. Le même rapport numérique s'applique aux psychologues cliniciens.

La majorité des spécialistes sont membres de l'association nationale *Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* (SINPIA<sup>1</sup>), qui regroupe cinq champs d'expertise (neurologie, psychiatrie, neuropsychologie, rééducation, épidémiologie et organisation des services); la SINPIA publie aussi la revue *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva* qui paraît trois fois par année.

### **Le travail en milieu hospitalier**

Lorsqu'elles existent, les interventions en neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence dans le milieu hospitalier s'inscrivent en grande partie dans un travail de liaison en pédopsychiatrie à l'intérieur même des départements de pédiatrie. Outre la collaboration habituelle, nous devons composer avec les conséquences sur le psychisme des parents du développement des nouvelles technologies dans la détection des anomalies somatiques et génétiques, des effets à long terme des situations d'handicap et des maladies chroniques, cancéreuses ou non.

De plus, en l'absence de lits en psychiatrie de l'âge évolutif, la plupart des hospitalisations se font en collaboration avec d'autres départements, soit la pédiatrie, la médecine interne ou la psychiatrie adulte selon les troubles psychiatriques et l'âge des sujets.

Au niveau de la petite enfance, le travail est influencé par les progrès des pratiques médicales dans divers domaines. Il s'ensuit qu'en plus des hospitalisations et du suivi, le travail auprès de la petite enfance comprend maintenant les interventions auprès des nouveaux-nés et des prématurés.

### **Le travail en équipe**

À l'instar de d'autres pays occidentaux, l'organisation standard des services privilégie le travail d'équipe qui se traduit par des interventions et la participation de divers professionnels impliqués dans la prise en charge. Il existe un consensus général à l'effet que l'équipe constitue le modèle opérationnel le plus approprié particulièrement lors d'interventions dans les situations à composantes multifactorielles telles qu'elles se présentent en milieu hospitalier ou clinique.

La notion d'équipe élargie (école, tribunal, services sociaux, pédiatrie, médecine générale), a connu un succès important en Italie. Elle s'est révélée particulièrement utile et nécessaire quand la réponse à une demande de soins était complexe, et impliquait plusieurs dimensions. Cette approche d'équipe l'était encore plus quand on ne disposait pas de ressources institutionnelles à temps complet ou partiel.

### **Formation continue et pratique en pédopsychiatrie**

Tout comme les autres professions reconnues par le système national de santé, la formation continue en pédopsychiatrie est obligatoire<sup>2</sup>. Elle est confiée à une commission nationale qui définit les objectifs de formation. Les professionnels doivent accumuler chaque année un certain nombre de crédits accordés par la commission en fonction de la qualité scientifique de chaque prestation (congrès, conférence, cours de formation théorique et pratique) et de l'intérêt par rapport à la spécialité du médecin. Les médecins du secteur public reçoivent en plus chaque année une évaluation de leur activité qui entraîne un ajustement salarial.

À part l'Éducation continue en médecine (E.C.M.), aucun autre système n'évalue la qualité de la formation continue en pédopsychiatrie. De nombreux problèmes se posent encore au chapitre du contrôle de la qualité des services publics et privés et par le fait même, de l'évaluation de la formation continue comme l'a révélé un sondage mené auprès de collègues.

### **Les aspects législatifs**

Le dernier Plan sanitaire national 2003-2005 a mis en place de nouvelles stratégies de transformation. Plus particulièrement, le Plan vise à déplacer vers la communauté, des ressources et des services jusque là utilisés dans les hôpitaux dans le but d'atteindre un nouvel équilibre entre ressources financières et organisationnelles, entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire favorisant ainsi davantage ce dernier. La communauté est perçue comme un partenaire actif qui devrait être en mesure d'identifier les besoins de santé et d'assurer la prestation des soins et services d'ordre sanitaire et social des citoyens. Cette stratégie consiste donc à promouvoir le territoire comme lieu primaire d'assistance et de gouvernail des parcours socio-sanitaires, avec une nécessaire intégration avec l'hôpital. Cette stratégie qui représente un enjeu certain pour notre discipline est aussi un risque majeur pour cette dernière, étant donné les ressources hospitalières déjà limitées à ce chapitre.

Il faut pourtant reconnaître que malgré les efforts et la bonne volonté des représentants institutionnels, cette intégration qui exigerait pour notre discipline une augmentation du nombre de lits, demeure encore à ce jour un objectif à atteindre pour la plupart des régions. En effet, les modifications et les programmes du Plan sanitaire ont été reçus de diverses façons par les régions, la plupart restant inachevés, surtout dans le sud du pays.

### **La conjoncture économique et financière**

L'Italie traverse actuellement une conjoncture économique difficile et donc, le système sanitaire national en souffre dans son ensemble, à cause des contraintes budgétaires imposées.

Les disciplines psychiatriques en général, et la pédopsychiatrie en particulier, avec les implications sociales qui la caractérisent, semblent ressentir l'impact davantage comparativement aux autres disciplines biomédicales traditionnelles. Dans plusieurs contextes, on constate une diminution progressive des ressources tant en milieu hospitalier que territorial, de même qu'une diminution des interventions spécialisées de la part des services publics.

Le budget de l'État ne prévoit pas un budget spécifique pour la santé mentale des enfants et des adolescents, tandis que 5 % des dépenses sanitaires sont consacrés à la santé mentale de la population adulte. Selon certains calculs dignes de foi, 2 % des dépenses nationales devraient être assignés à la santé mentale des enfants et des adolescents. À ce propos, il existe une parité entre le nombre de consultations des moins de 18 ans et des 18-65 ans.

Par conséquent, on estime qu'à cause de l'insuffisance des ressources des services, 60 % des enfants et des adolescents qui consultent ne recevraient pas les services que requière leur condition.

Il nous semble évident que les difficultés de mettre en place, là où ils sont inexistantes, des services de prises en charge adaptés à des pathologies complexes (TED, ADHD, troubles limites, troubles de conduite) selon des stratégies multidimensionnelles reconnues internationalement (services ambulatoires, centres de jour, résidences thérapeutiques, hospitalisations), sont dues à ces questions problématiques.

À ce propos, il faut dire que contrairement à la France ou les pays anglo-saxons, les ressources de type centre de jour ou les dispositifs dispensant des soins et des services intermédiaires entre l'hospitalisation et le traitement ambulatoire, sont très peu répandus en Italie. En outre, les ressources résidentielles, genre foyer de groupe, sont davantage axées

sur l'approche socio-éducative plutôt que thérapeutique et donc incapables de répondre et de traiter les troubles psychopathologiques.

Les contraintes budgétaires, même si elles varient d'une région à l'autre, ont de plus en plus de répercussions et entraînent par le fait même une diminution marquée de la qualité et de la quantité des soins et des services. Il va sans dire que cela se traduit par une inefficacité des interventions, et le recours à des formes partielles de prises en charge. On a alors recourt à des traitements de type éducatif et souvent mal adaptés, entraînant une fragmentation des interventions et des soins ; on se retrouve souvent dans l'obligation de renoncer aux interventions multidisciplinaires que l'on souhaiterait mettre en place.

### **Des aspects épidémiologiques**

Avec un travail axé plus souvent sur le territoire, les ressources desservant des patients sans aucune sélection, toute recherche épidémiologique devient problématique.

Il a été difficile jusqu'à maintenant de mener des études épidémiologiques avec des échantillons suffisants permettant de répertorier des pathologies psychiatriques chez les enfants et les adolescents, en grande partie à cause de la différence dans l'organisation régionale et locale des services. Cela dit, les indices de prévalence des pathologies analysés dans des études italiennes révèlent les données suivantes :

- 2 sujets sur 100 présentent un handicap ou une pathologie chronique qui demandent des interventions thérapeutiques pour plus de 8 ans ;
- 6 sujets sur 100 présentent des troubles neuropsychologiques/psychopathologiques avec co-morbidité qui exigent des interventions pour une période de 2-5 ans ;
- 4 sujets sur 100 présentent une pathologie non structurée, et par conséquent, le contact avec les services demeure souvent précaire.

Les études de populations effectuées au cours des dernières années montrent une prévalence de 16 % des troubles psychopathologiques et les études cliniques démontrent un taux de prévalence de 7 % (population qui consulte un spécialiste). Une revue de littérature de 77 études épidémiologiques portant sur les 0-18 ans a mis en évidence un taux moyen de 12,4 % de prévalence des troubles psychopathologiques.

D'autres études de population indiquent que seulement un très faible pourcentage d'enfants et d'adolescents a recourt à des services



spécialisés. Dans la plupart des cas, les carences psychosociales, économiques et culturelles sont aussi très présentes.

### **Handicap, maladie mentale et milieu scolaire**

Au cours de la période de désinstitutionalisation (fermeture des institutions pour enfants handicapés et de certaines écoles spécialisées) dans les années 1970, nous avons été impliqués dans la réintégration de ces enfants au sein du réseau scolaire régulier.

Il va sans dire que le caractère radical de ce choix a soulevé de nombreuses polémiques qui persistent encore aujourd'hui. Les services d'assistance et des soins aux enfants handicapés ont dû s'engager dans une collaboration avec les écoles accueillant ces enfants dont parfois la condition demeurait sévère.

Les enfants souffrant d'un handicap qui fréquentent l'école publique sont au nombre de 161,000. Ils bénéficient d'un service de soutien pendant l'horaire scolaire de la part d'un enseignant. Environ 70 % d'entre eux ont un diagnostic d'un trouble psychique parfois associé à une pathologie organique.

Au sein du système d'assistance, les ressources sont donc largement investies dans un travail de collaboration, en réseau, entre les foyers d'hébergement, les services sociaux et les écoles régulières au sein duquel les services de NPEA maintiennent une certaine responsabilité indirecte concernant l'évolution, non seulement sanitaire et fonctionnelle mais aussi éducative de ces enfants.

D'autre part, les perspectives d'ordre neurobiologique entraînent le risque de dissocier la « maladie » d'une côté et le « handicap social » de l'autre. À cet égard, l'exemple de diverses conceptions de l'autisme infantile à travers le monde est révélateur ; certains réduisent l'autisme à un problème génétique tandis que d'autres l'identifient comme un handicap.

Le traitement psychiatrique de ces cas se réduirait alors à une aide psychosociale assurée par des professionnels formés pour offrir des soins peu coûteux ou encore de simples interventions éducatives. Dans cette perspective et dans un avenir plutôt rapproché, pédopsychiatres et psychologues n'auront qu'à quitter la scène pour laisser leur place aux éducateurs et psychopédagogues.

### **Le regroupement de parents et l'usage des médicaments**

Il faut souligner l'importance récente de plus en plus grande des regroupements des parents en Italie. Cette implication demande entre

autres de repenser les modèles de partenariats, reformuler l'offre de soins sur la base d'un modèle de collaboration entre professionnels et parents. Dans ces nouveaux modèles, il y aurait place pour l'écoute, l'ouverture, la discussion et se donner le temps pour qu'une vision commune se dégage sur les besoins et actions à entreprendre.

Dans le champ de la pédopsychiatrie, le débat entre les tenants de la médication et ceux qui en dénoncent l'abus fait toujours rage. Le débat persiste entre les professionnels de la santé, les agences de santé publique, les associations de bénévoles et de parents et plus particulièrement au sujet de l'usage de médicaments chez les plus jeunes ; les craintes se sont intensifiées particulièrement en ce qui a trait aux antidépresseurs après les polémiques entourant des études plus ou moins concluantes effectuées aux États-Unis.

Actuellement, une tension existe entre les équipes sur le choix des moyens de prise en charge des enfants souffrant d'autisme et de TED, de troubles hyperactifs (avec l'introduction du ritalin et de l'atomoxetine).

### **L'intégration des soins : une nécessité**

Le travail en réseau qui prend de plus en plus d'expansion caractérise un éventail d'interventions et de traitements et exige une concertation entre professionnels de diverses disciplines travaillant dans différents services afin d'harmoniser les ressources et les stratégies de prévention et de traitement.

Dans ce travail en commun, un dialogue est toujours essentiel entre les domaines de la psychopathologie, la psychanalyse, le psychosocial, la pharmacologie, les neurosciences et l'ethnopsychiatrie.

À l'instar d'autres professionnels, nous adoptons aussi une stratégie pluraliste qui tient compte des indications thérapeutiques des cliniciens ainsi que des besoins et des choix des patients et leurs familles. La liberté de choix se traduit aussi par une information complète sur les divers services, leur mission et leur qualité, les procédures et les consensus et en offrant les soins les plus adaptés et appropriés aux besoins des patients ; dans certains cas, les psychothérapies ne sont pas toujours possibles, accessibles ou même indiquées.

### **La souffrance sociale**

Au cours des dernières années, le contexte social a connu d'importants changements et dans certains cas, de véritables bouleversements d'une rare intensité ; entre autres, la violence chez les jeunes,

associée à des acting-out, qui a eu des répercussions parfois graves sur l'entourage, les enseignants et les parents.

Cette problématique commande des actions des institutions, mais exige aussi des élaborations constantes au niveau théorique de la part des intervenants et la prestation de services bien ciblés à l'intention des adolescents, en mesure d'assurer soit des programmes de prévention et de protection pour les jeunes, et d'aide aux parents souvent dépassés et sans ressources.

D'autres facteurs sociaux et culturels sont venus compliquer davantage le tableau social au cours des vingt dernières années, entre autres au chapitre de l'immigration, phénomène important et assez récent en Italie, les problématiques de chômage et de précarité d'emplois des jeunes parents, la crise du modèle familial traditionnel, les difficultés de l'assistance sociale.

Aussi, au cours des dernières années, l'Europe occidentale est confronté à une pression démographique si intense qu'elle a donné naissance au nouveau phénomène de véritable marché illégal d'êtres humains. L'Italie, par sa position géographique, est l'un des pays plus sensibles à ces flux irréguliers d'immigrés. En 2004, 3000 victimes du trafic d'enfants et de femmes en provenance principalement du Nigeria, de Roumanie, Moldavie, l'Ukraine et l'Albanie, utilisés à des fins d'exploitation sexuelle et de travail frisant l'esclavage. L'Italie servirait en quelque sorte comme lieu privilégié de passage et de destination.

Les enfants étrangers fréquentant le système scolaire public comprennent plus de 191 nationalités et constituent en moyenne plus de 5 % de l'ensemble des étudiants soit environ 500 000 (évaluation pour l'année scolaire 2006-2007). Au cours des quatre dernières années, leur présence a plus que quadruplé; 49 % sont nés en Italie et le reste est constitué des autres membres de la famille réunifiée. La plupart de ces nouveaux arrivants proviennent de l'Albanie, du Maroc, de la Roumanie, la Chine et l'Équateur. Pour l'enfant et l'adolescent étranger, l'entrée à l'école représente une occasion privilégiée d'intégration et d'échange dans la mesure où l'école peut devenir un espace crucial d'intégration positive entre les nouveaux arrivants et la société d'accueil. Le milieu scolaire met à l'épreuve sa capacité d'accueil et de soutien, mais ce milieu peut aussi être celui où se manifestent les fragilités de l'enfant et de sa famille, l'enfant pouvant vivre un sentiment de distance et de différence. À ce chapitre, il reste un travail à faire pour former et adapter les équipes de pédopsychiatrie au travail préventif et pédopsychiatrique.

Enfin, il faut rappeler qu'en Italie, le modèle familial a subi d'importantes transformations au cours des dernières années. En 2005,

on comptait 5 362 000 personnes vivant dans des familles reconstituées et monoparentales ou sans aucune union légale. Les conséquences sur le devenir psychologique des enfants et des adolescents demeurent encore peu connues ; toutefois certaines données indiquent déjà une augmentation des troubles psychologiques et des comportements qui exigeront à brève échéance toute notre attention.

### Notes

1. On peut consulter le site de la SINPIA à l'adresse url suivante : <http://www.sinpia.eu/index.php>
2. Cette formation est validée par l'Éducation continue en médecine selon un décret législatif de 1999.

### Références

- BALCONI, M., 1991, Gli inizi della psicoterapia infantile in Italia, *Psicoterapia e scienze umane*, numero speciale del XX anno, 3.
- BOLLEA, G., 2000, Le radici storiche della Neuropsichiatria Infantile e proposte per il suo futuro, *Gior Neuropsih Età Evol*, 20, 116-122.
- DAVID, M., 1982, *La psicanalyse en Italie. Histoire de la psicanalyse*, sous la direction de Jaccard, R., Hachette, Paris.
- LEVI, G., MEANDRI, G., 1994, Epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva, *Federazione Medica*, 2.
- PERULLI, L., 2006, Integrazione Ospedale-Territorio e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: risorse sinergiche e modelli organizzativi, *Atti XXIII Congresso Nazionale SINPIA*, 25-28 ottobre 2006, Padova, Abano Terme.
- RIZZO, L., HAMON, C., MORGAGNI, A., 2004, Come percepiscono la loro formazione gli specialisti in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza? Risultati di una ricerca, *Imago*», XI, 3.
- RIZZO, L., HAMON, C., MORGAGNI, A., 2003, La formation continue de pédopsychiatrie en Italie, *Developmental Psychopathology: transmission and change, Actes du Congrès ESCAP*, Paris.