



Este artículo se encuentra disponible en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License.

This article is available in open access under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

REVISTA DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
Órgano de la Facultad de Derecho y Ciencia Política
de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Vol. 78, n.º 78, enero-diciembre, 2023 • Publicación anual. Lima, Perú
ISSN: 3028-9343 (En línea) • ISSN: 0034-7949 (Impreso)
DOI: 10.62450/unmsm.derecho/2023.v78n78.07

PROTECCIÓN CIVIL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: VEINTE AÑOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE APOYO¹

Civil Protection of Persons with Disabilities: Twenty Years
of Supportive Administration

ANGELO VENCHIARUTTI
Universidad de Trieste
(Trieste, Italia)

Contacto: avenchiarutti@units.it
<https://orcid.org/0000-0001-6294-1971>

RESUMEN

En el presente artículo, el autor analiza la tutela jurídica de la persona con discapacidad en el derecho privado italiano, especialmente por la Ley n.º 6 del 2004, y las respuestas que produjo el ordenamiento jurídico. Asimismo, se plantean algunas reflexiones sobre una futura reforma legislativa respecto de la persona con discapacidad, estimando su vulnerabilidad y oportuna protección jurídica.

1 Artículo traducido al español por Gianmarco Teves Sanca y editado por el Dr. Carlos Antonio Agurto Gonzáles, profesor de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El título original es: Protezione civile della persona disabile: venti anni dell'amministrazione di sostegno.

Palabras clave: persona con discapacidad; asistencia psiquiátrica; salud mental; interdicción.

ABSTRACT

In this article, the author analyses the legal protection of persons with disabilities in Italian private law, especially by Law no. 6 of 2004, and the responses produced by the legal system. Some reflections on a future legislative reform regarding the disabled person are also put forward, considering their vulnerability and appropriate legal protection.

Keywords: person with disability; psychiatric care; mental health; interdiction.

Recibido: 24/11/2023 Aceptado: 1/12/2023 Publicado: 11/12/2023

1. INTRODUCCIÓN

La Ley sobre la administración de apoyo cumple veinte años. Antes de hacer un balance, es oportuno recordar las premisas de dicha legislación, especialmente la Ley de reforma de asistencia psiquiátrica. A continuación, se presentará una breve descripción del contenido de la normativa sobre la ley mencionada. Posteriormente, se evaluará también su funcionamiento y se considerarán posibles modificaciones y reformas.

2. LA REFORMA DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA: LA TUTELA DE LA SALUD MENTAL

El Parlamento italiano aprobó la reforma de asistencia psiquiátrica (Ley n.º 180/1978)² el 13 de mayo de 1978³. Unos meses después, las

2 Ley del 13 de mayo de 1978, n.º 180: «*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*».

3 En cuanto a la situación normativa anterior y al proceso de aprobación de la Ley del 13 mayo 1978, n.º 180, permítanme que me refiera a Venchiarutti (2020, pp. 135 y ss.).

disposiciones de esta ley se reprodujeron, casi en su totalidad, en la Ley n.º 833 del 23 de diciembre de 1978, por la que se creó el Servicio Nacional de Salud (arts. 33, 34, 35 y 64)⁴. Esa operación permitió no solo el fortalecimiento de algunas de las previsiones originales, sino que significó, sobre todo, que el tratamiento de las enfermedades mentales se integrara dentro del Servicio Nacional de Salud, poniendo fin al aparato administrativo que contribuyó a alimentar un dispositivo de exclusión contra las personas que sufren psíquicamente⁵.

Desde el punto de vista organizativo, la misma Ley n.º 833/78 especifica que, para la protección de la salud mental, los servicios psiquiátricos se incluirán en los servicios generales, a fin de eliminar cualquier forma de discriminación y segregación hacia los sectores de tratamiento de enfermedades mentales, y con el fin de favorecer, al mismo tiempo, la rehabilitación y la reinserción social de los perturbados psíquicos, teniendo en cuenta la especificidad de las medidas terapéuticas que deben adoptarse con respecto a los mismos (art. 2, párr. 2, pto. g)⁶.

De la Ley del 23 de diciembre de 1978, n.º 833, hay que destacar otros aspectos que confirman el cambio de rumbo en la concepción y los métodos globales de protección de la salud psíquica. Por ejemplo, piénsese primeramente en el artículo 1, dedicado a la ilustración de los «principios». En él, siguiendo el enfoque constitucional, se establece que la República tutela el bien de la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad mediante el servicio nacional de salud (art. 1, párr. 2, Ley n.º 833/78)⁷.

Esta ley constituye, por ende, el desarrollo lógico de la elaboración que considera la salud como componente integrante de las cualidades de la persona, es decir, como condición que permite su plena expresión. La claridad con la que este tema ha sido puesto en evidencia

4 Entre los primeros comentarios de la ley, véase Brusciuglia (1979a, p. 176; 1979b, p. 1254); para algunas reflexiones críticas, véase Tarello y Bessone (1979, p. 22).

5 Revisar Vecchietti (1983, pp. 206 y ss.).

6 Véase Omnis y Lo Russo (1980, pp. 23 y ss.).

7 Entre otros, véase Roversi Monaco y Bottari (1979, pp. 1 y ss.).

por muchos autores exenta, en este escrito, la necesidad de recorrer de forma minuciosa sus rasgos característicos⁸. Más bien, parece oportuno recordar que el legislador de 1978 establece también que la protección de la salud física y psíquica debe realizarse respetando la dignidad y la libertad de la persona humana (art. 1, párr. 2, Ley n.º 833/78).

Esta fórmula evoca, en primer lugar, las interpretaciones que de las expresiones empleadas por el constituyente en el artículo 32 han sugerido una lectura en términos de realidad necesariamente sintética y omnicomprensiva, en la que la integridad física y el bienestar psíquico confluyen en partes iguales⁹. La previsión también aclara cómo es que no hay lugar, en nuestro ordenamiento, para tratamientos perjudiciales e irrespetuosos contra la dignidad del individuo (Alpa, 1986, p. 919).

3. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE LAS PERSONAS ENFERMAS MENTALES

Recordemos ahora los rasgos más característicos de la normativa de 1978. En primer lugar, se destaca el aspecto en el que se asocia la ley de manera recurrente: la supresión de los manicomios. De manera más específica, esta ley prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y la utilización de los existentes como divisiones psiquiátricas especializadas de los hospitales generales (art. 7, párrs. 5, 6 y 8, Ley n.º 180/78; art. 64, párrs. 1 y 3, Ley n.º 833/78).

Se trata de una indicación perentoria del modo en que todo el sistema de atención psiquiátrica ha sido transformado. La entrada en vigor de la Ley n.º 180 marca un hito en el plano normativo, ya que representa una línea divisoria de la enfermedad mental, la cual pasa de ser un problema de orden público a una cuestión estrictamente terapéutica. El legislador abandona la concepción basada en la asociación entre locura y peligrosidad. En su lugar, sitúa la dimensión curativa, el derecho a la salud y el respeto por la persona en el

8 Véase Mortati (1961, pp. 435)

9 Revisar Cendon (1984, p. 70) y Luciani (1986, p. 439).

centro de la intervención pública en la asistencia a los enfermos. Ello transforma el espacio terapéutico y la relación entre el médico y el paciente psiquiátrico¹⁰.

Además de la supresión de los hospitales psiquiátricos, la Ley n.º 180 prevé la apertura de una pluralidad de centros y servicios de asistencias, distribuidos en todo el territorio (art. 1, párr. 5 y art. 6, párr. 1, Ley n.º 180/78; art. 34, párr. 3, Ley n.º 833/78)¹¹: la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, a través de estas estructuras territoriales, se convierte en regla. Las intervenciones están dirigidas al mantenimiento de los recursos relacionales y sociales de los enfermos, evitando sustraerlos en la medida de lo posible de su contexto medioambiental y personal¹². Por el contrario, para las hospitalizaciones, cuyo recurso debería limitarse a las situaciones agudas y subagudas, la ley prevé la realización de servicios de diagnóstico y tratamiento en los hospitales generales (art. 6, párr. 2, Ley n.º 180/78; art. 34, párr. 5, Ley n.º 833/78)¹³. De ese modo finaliza la era de los manicomios; sin embargo, deberá pasar un tiempo para el desmantelamiento definitivo de aquellas realidades a través de redes de servicios departamentales psiquiátricos¹⁴.

El informe de salud mental relativo al año 2017 (el último disponible a la fecha de la redacción) confirma el camino positivo del cambio iniciado después de la reforma de 1978. Los datos actualmente disponibles nos permiten afirmar que, aunque con diferentes grados de actuación, en todas las regiones se llevó a cabo el proyecto para reorganizar la atención psiquiátrica en la edad adulta, conforme al

10 Revisar Vecchiotti (1983, pp. 182 y ss.) y Visintini (1982, pp. 445 y ss.), así como Piccione (2013, pp. 95 y ss.) y Rossi (2015, pp. 223 y ss.).

11 Ver Bruscuaglia (1979, pp. 191 y ss.).

12 Sobre la evolución de las políticas y los servicios en Europa, véase Organización Mundial de la Salud (12-15 de enero de 2005).

13 Revisar Dell'Acqua (2011, pp. 790 y ss.).

14 El cierre de los hospitales psiquiátricos fue una medida reafirmada en el Proyecto Objetivo sobre Protección de la Salud Mental 1994-1996 (D. P. R. 7 de abril de 1994) y fijada en fecha del 31 de diciembre de 1996, con la Ley Financiera del 1995 (art. 3, párrafo 5, Ley n.º 724/1994).

modelo departamental¹⁵. Por ejemplo, frente a aproximadamente 85 000 000 pacientes psiquiátricos asistidos por servicios especializados, hay casi 1500 servicios en el territorio (en aumento con respecto a la encuesta anterior), así como más de 300 servicios hospitalarios para cuidados agudos (SPDC) con más de 3000 camas (Ministerio de Salud, 2017).

Lamentablemente, la aplicación de la reforma no ha tenido los mismos efectos en todo el territorio nacional. Frente a la realidad que presenta una red de servicios de salud mental articulado y eficiente (tanto que la propia Organización Mundial de la Salud los señala como modelos de excelencia internacional), persisten situaciones en las que la asistencia psiquiátrica presenta deficiencias, incluso graves, y algunas situaciones de fuerte degradación¹⁶.

Los modelos organizativos puestos en práctica, caracterizados por una tipología flexible de respuestas, han invertido la anterior simplificación serial concentrada en el modelo acogido y han facilitado dosificar de diversas maneras la respuesta de tratamiento debido a la demanda de enfermedad mental.

4. LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD MENTAL

En cuanto a los tratamientos de los enfermos mentales, en una escala de valores, el legislador de 1978 privilegia la salud, la libertad y la dignidad sobre los demás intereses. La voluntariedad del tratamiento se establece como «norma» (art. 33, párr. 1, Ley n.º 833/78)¹⁷, mientras que los tratamientos obligatorios o coactivos se reducen a ser unas formas residuales y transitorias de intervención terapéutica¹⁸. La Ley

15 Sobre el modelo organizativo, véase, en particular, el Proyecto Objetivo Tutela Salute Mentale 1998-2000, D. P. R. 1 de noviembre de 1999.

16 Para una ilustración más específica de la situación, véase Senato della Repubblica (2013, pp. 19 y ss.) y Comitato Nazionale per la Bioetica (21 de septiembre de 2017).

17 Véase Graziadei (2011, pp. 197 y ss.).

18 La Corte Constitucional del 2 de marzo de 1998, n.º 211, evidencia cómo, con la Ley n.º 180 del 1978, «el tratamiento de los enfermos mentales se ha transformado de un problema de seguridad pública a un problema esencialmente sanitario o de

especifica los motivos necesarios para el tratamiento médico sanitario obligatorio en condiciones de hospitalización. Esto se activará «solo si existen alteraciones psíquicas que requieran una intervención médica urgente, si no son aceptados por el enfermo y si no se dan las condiciones y circunstancias que permitan la adopción oportuna y adecuada de medidas sanitarias no hospitalarias» (art. 2, párr. 2, Ley n.º 180/78; art. 34, párr. 4, Ley n.º 833/78)¹⁹. En caso de que se prolongue más allá del séptimo día, el médico responsable del servicio psiquiátrico de la unidad sanitaria deberá presentar una propuesta motivada para solicitar la prolongación. Los procedimientos administrativos y judiciales específicos regulan la activación de las operaciones de tratamiento e investigación obligatorias²⁰.

La ley contiene también indicaciones particulares para garantizar la protección de la personalidad del enfermo mental durante el tratamiento médico. La referencia al respeto de la dignidad de la persona y los derechos civiles y políticos remite a todo el catálogo de derechos fundamentales. Además, la misma norma prevé que se tenga tutelado el derecho a la libre elección del médico y del lugar de tratamiento, además del derecho de comunicación del interesado con quien considere oportuno. Asimismo, se impone la obligación de acompañar el tratamiento con iniciativas destinadas a garantizar el consentimiento y la participación del mismo enfermo. Fórmulas en la que los intérpretes han entendido la indicación de cómo el respeto de los derechos de la personalidad del paciente debe marcar la relación terapéutica entre este y el médico²¹.

reinserción social del paciente. De modo que, mientras que los poderes de seguridad pública que se ejercen en esta materia se reducen enormemente o desaparecen, los relativos a las verificaciones y a los tratamientos obligatorios de salud son reclasificados y atribuidos a los alcaldes».

19 Sobre este aspecto, véase Pizzi (1978, pp. 124 y ss.). Respecto al carácter genérico e indeterminado de la definición del presupuesto de tratamiento obligatorio, véase, entre otros, Pezzini (1983, p. 70) y Carbone (2005, pp. 611 y ss.). Carbone (2005, pp. 611 y ss.).

20 Sin embargo, no cumple plenamente los principios establecidos en los artículos 13 y 32 de la Constitución; véase Panunzio (1979, pp. 891 y ss.), Vincenzi Amato (1988, pp. 172 y ss.), Castronovo (1990, pp. 186 y ss.) y, más recientemente, Negroni (2015, pp. 123 y ss.).

21 Sobre la aplicación de estos principios, véase Zatti (1988, pp. 108 y ss.).

No obstante, el contenido de estas previsiones no siempre se ha traducido correctamente en la práctica psiquiátrica. Esto termina afectando las oportunidades de tratamiento y el respeto efectivo de los derechos fundamentales. En efecto, son demasiadas las situaciones en las que se recurre al Tratamiento Sanitario Obligatorio (TSO) con fines de medicina defensiva o debido a la falta de capacidad de las estructuras psiquiátricas para interceptar, mediante acciones preventivas, el malestar mental en su origen, por no señalar las bruscas modalidades que, en algunas circunstancias, han caracterizado la ejecución de los mismos tratamientos, y las circunstancias en las que en los servicios psiquiátricos de diagnóstico y tratamiento sigue siendo difundido el recurso de prácticas de contención²².

En ese sentido, no se trata solo de uniformizar la forma de tratamiento, como han tratado de hacer algunas administraciones regionales (a veces se encuentran diferencias en los territorios de distintas compañías médicas de la misma región) elaborando directrices al respecto²³. Para un correcto funcionamiento del sistema de servicios de salud mental y para estimular la mejora en la calidad de los cuidados, es necesario adoptar medidas más amplias. Algunas indicaciones útiles provienen de las investigaciones que se han desarrollado a lo largo de los años, incluso a nivel institucional. Entre ellas, es oportuno señalar las siguientes líneas de intervención: a) reforzamiento de las intervenciones sanitarias de tipo preventivo, con el fin de reforzar la capacidad de los centros de salud mental para verificar las dificultades que surjan en su origen; b) identificación de los índices de calidad del servicio para la evaluación de los servicios prestados, con el fin de evidenciar las deficiencias más graves que caracterizan a estos

22 *Relazione finale* de la Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN (pp. 20 y ss.); CNB, *La contenzione: problemi bioetici* (23 de abril de 2015, pp. 12 y ss.).

23 Regione Veneto, Deliberazione della Giunta Regionale n.º 847 del 31 de marzo de 2019 «*Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)*» (art. 33 e 34 L. n.º 833 del 13.12.1978 e L. n.º 180 del 13/5/1978); Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, sesión de 19 de marzo de 2009, «*Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale* (art. 33, 34 e 35 L. 833/1978)».

servicios (como la apertura limitada e insuficiente de los centros de salud mental, la falta de servicios de intervención domiciliaria, la permanencia de servicios de diagnóstico y el tratamiento a puerta cerrada, y el recurso de un número elevado de tratamientos sanitarios obligatorios) y luego promover su superación; c) valorización de la aptitud de los médicos y los profesionales de la salud para establecer relaciones terapéuticas efectivas con los pacientes, impulsando su participación activa en el proceso de tratamiento; por último, d) aumento de la capacidad de la estructura residencial para dar de alta a los pacientes y reintegrarlos en su entorno social, incluidas las medidas de asistencia (medidas de apoyo en los ingresos, propuesta de vivienda, eventual asistencial legal, entre otras)²⁴.

5. DERECHO PRIVADO Y ENFERMEDAD MENTAL

Con el rechazo del sistema de tratamiento de las enfermedades mentales, fundado en el papel central del manicomio, cambian las condiciones de vida de las personas con trastornos psicológicos: desde aquel momento, estas se encuentran progresivamente en una maraña diaria de relaciones patrimoniales grandes y pequeñas, con problemas continuos de trabajo, con medidas económicas que asumir o enfrentar, con contactos familiares y posibles daños a resarcir²⁵. Las situaciones individuales abiertas por la Ley n.º 180 requieren respuestas que la disciplina del Código Civil de 1942 no parece ofrecer para la categoría de enfermos mentales. Introducidos en una fase histórica en la que todavía existía el manicomio, aquellos instrumentos en

24 Véase también la *Relazione finale* de la Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del SSN (pp. 22 y ss.) y la opinión del CNB, *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici* (pp. 31 y ss.).

25 En cuanto al ámbito del derecho penal, surge la contradicción entre la Ley n.º 180/78, que sanciona el fin del «estatuto especial» para la persona con trastorno mental y su entrada en la ciudadanía social, y la permanencia en el Código Penal de normas que trazan itinerarios «especiales» para la persona con problemas de salud mental que haya cometido un delito. Se recuerda que el cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales, sin embargo, será colocado por nuestro legislador solamente en años recientes (Ley n.º 9/2012; Ley n.º 81/2014). Sobre el tema, se remite a *La questione del «superamento» del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione alla casa di cura e di custodia* (*Rivista italiana di medicina legale*, 2013, pp. 1339 y ss.).

términos de inspiración (custodialista), límites estructurales (excesos de rigidez) y efectos (preclusivos y marginales) parecieran estar en conflicto con la condición de las personas que la nueva organización de ayuda psiquiátrica desea mantener e integrar en el entorno social²⁶.

A los estudiosos que empiezan a profundizar en estos temas les resulta cada vez más evidente la necesidad de poner en discusión toda una serie de institutos jurídicos. No se trata solo de sugerir aplicaciones más duras, sino de preguntarse conjuntamente sobre la propia bondad de las reglas de juego, así como resultan diseñadas principalmente por nuestro Código Civil.

Sin embargo, el abanico de cuestiones es complejo y en más de un caso se perfilan varios matices. ¿Mientras se piensa en el bienestar del paciente, se puede no evaluar los intereses conflictivos de quienes viven a su alrededor, como los diversos terceros, los miembros de la familia y los eventuales acreedores? ¿La igualdad significa exactamente los mismos preceptos incluso para diferentes personas? ¿Para aquellos que son frágiles, la libertad significará renunciar a alguna forma de protección?

Por otro lado, a veces parece más oportuno imaginar soluciones diferentes según las circunstancias y las personas. Probablemente, sería necesario poder contar con más modelos abstractos en la previsión legal. Por ejemplo, en casos de ese tipo de actos y, debido a tal sufrimiento, una equiparación absoluta con los sanos de mente proporcionaría una ayuda legal más continua, aunque con una protección todavía intermitente o periódica. En ese sentido, parece evidente que no es tan simple retocar el argumento codicista para adaptarlo a las nuevas exigencias.

Estos son los puntos de partida para promover conferencias, seminarios, publicaciones y proyectos de investigación. Los temas que deben debatirse en el ámbito del derecho privado son varios: la noción de la incapacidad de entender y querer, la actividad contractual del enfermo mental, los tratamientos sanitarios, los institutos de protección, la responsabilidad civil y la obligación resarcitoria por los

26 Entre otros, véase, Cendon (1988, pp. 11 y ss., 29 y ss.) y Mazzoni (1988, pp. 489 y ss.).

daños causados por un enfermo psíquico, el trabajo, etc. Así, empiezan a imprimirse estudios monográficos y, en las revistas del sector, comienzan a aparecer ensayos sobre diversos temas de la tutela de las personas discapacitadas que hasta entonces no habían sido los más investigados por los estudiosos del sector²⁷.

También hay quienes elaboran proyectos de reforma legislativa a fin de que se presenten en el parlamento²⁸. Las cuestiones sobre el tapete son muchas²⁹, en particular los institutos de protección de los incapaces mayores de edad. Estos son los principales argumentos de críticas: la medida de interdicción parece confeccionada en modo demasiado rígido y severo, fruto de concepciones totalmente superadas, incluso en el ámbito psiquiátrico; la exclusión del interdicto de cualquier actividad jurídica resulta desproporcionada con respecto a la necesidad de salvaguardia de la gran mayoría de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mentales; la extensión de la incapacidad de actuar en cada ámbito de vida del individuo determina una sustancial expropiación de la subjetividad del interdicto y se traduce en una exclusión social de la persona.

Por otra parte, no faltan reservas con respecto a la inhabilitación, ya que, si bien su implantación es menos invasiva que la interdicción, no permite adaptar la protección a las necesidades específicas del individuo a proteger, en comparación con lo regulado por el artículo 428 C. C., debido a su entonación pasiva y puramente reactiva.

Respecto a las tres figuras que acabamos de mencionar, se pone de manifiesto también el «efecto inmovilizante»: el riesgo de que la amplitud excesiva con la que se concede la posibilidad de anular los actos de los incapaces termine por constituir una fuente adicional de exclusión social para la persona que se pretende «proteger».

27 Entre otros, véase, Brusciuglia (1983), Lisella (1984) y Nápoles (1985). Revisar también Perlingieri (1985, pp. 49 y ss.), Bianca (1985, pp. 28 y ss.).

28 Revisar Cendon et al. (1988, pp. 117 y ss.).

29 La Ley n.º 180/78 (art. 11) solo dispuso la derogación del artículo 420 C. C., donde se previó que, tras la decisión de internamiento definitivo, el enfermo se vería privado de la capacidad de ejercicio mediante el nombramiento de un administrador provisional y la posterior decisión de la interdicción.

Finalmente, en el sistema italiano se ha identificado «un gran vacío» que consiste en la falta de un régimen de protección que, respetando los derechos y las posibilidades de iniciativa de la persona discapacitada, ofrece —mediante una previsión legislativa con una inflexibilidad razonable— todos los instrumentos de asistencia o sustitución que puedan ser necesarios, una y otra vez para colmar los momentos más o menos largos de crisis, inercia o ineptitud de la persona discapacitada³⁰.

6. NUEVA MEDIDA DE APOYO A LA PERSONA ENFERMA MENTAL

Han transcurrido más de quince años desde la elaboración del primer proyecto de reforma del sistema de protección de los incapacitados y la aprobación de la Ley n.º 6, del 9 de enero de 2004, por la que se establece la administración de apoyo³¹. Desde el punto de vista de la arquitectura legislativa, el legislador del 2004 sigue el camino de la nueva redacción del Código Civil. Con este fin, el título XII del libro I es renombrado y reorganizado. Con el encabezado «Medidas de protección de las personas privadas en todo o en parte de autonomía», el título comprende ahora dos capítulos: el primero, «Administración de apoyo», contiene los artículos que rigen el nuevo instituto (arts. 404-413); el segundo, «De la interdicción, de la inhabilitación y de la incapacidad natural», comprende las antiguas disposiciones (de las cuales solo algunas han sido parcialmente modificadas) sobre interdicción, inhabilitación e incapacidad natural (arts. 414-432).

30 Para una síntesis sobre los grandes paradigmas ofrecidos —en el ámbito reformista del contexto europeo— por algunos sistemas extranjeros como Francia y Austria, en particular, que de diversas maneras habían modernizado considerablemente sus sistemas de protección, la primera con la introducción de la «Sauvegarde de justice» en el Code Civil, la segunda con la derogación de la interdicción y la inclusión de la «Sachwalterschaft» en el ABGB, véase nuevamente Venchiarutti (2020, pp. 145 y ss.).

31 Entre los primeros comentarios de la Ley n.º 6/2004, véase Delle Monache (2004, pp. 34 y ss.), Ferrando (2005), y Bonilini y Chizzini (2007).

No es este el lugar para ilustrar el texto de la ley en detalle, pero es oportuno, de cierta manera, tomando en cuenta la esencia de la reforma. Consideremos entonces la declaración de carácter introductorio:

la presente ley tiene la finalidad de tutelar, con la menor limitación posible de la capacidad de actuar, a las personas que carezcan total o parcialmente de autonomía en el ejercicio de las funciones de la vida cotidiana, mediante medidas de apoyo temporal o permanente (art. 1 de la Ley n.º 6/2004).

La primera expresión de esa fórmula «finalidad de tutelar [...] las personas que carecen total o parcialmente de autonomía» expresa la búsqueda de esta nueva legislación por desarrollar instrumentos para apoyar a las personas que se encuentran en dificultades ante cualquier situación de abandono.

Respecto a las situaciones subjetivas que el legislador traza, nos cuestionamos a qué tipo de personas resulta formalmente destinada la nueva institución: no es difícil darse cuenta de cómo se encuentra respecto a la configuración —al entrar en el ordenamiento italiano— de un derecho al apoyo para las personas débiles.

La ley establece una medida de la que puede beneficiarse un amplio abanico de personas. Los principios cardinales se enuncian en el artículo 404 del Código Civil: la persona podrá «estar asistida por un administrador de apoyo», en presencia de una «enfermedad» o una «deficiencia física o psíquica», que pueda causar la «imposibilidad, incluso parcial y temporal, de satisfacer sus propios intereses».

Asimismo, las diferencias respecto al contenido de los artículos 414 y 415 del Código Civil son ya evidentes en el plano terminológico: la interdicción podrá aplicarse a las personas que padezcan una enfermedad mental habitual que las incapacite para atender sus propios intereses y, para la inhabilitación por enfermedad mental, el párrafo primero del artículo 415 precisa solamente que el estado no debe ser tan grave para que dé lugar a la interdicción (Pescara, 1997, pp. 716 y ss.).

Por otra parte, el cambio de registro en el tratamiento de las enfermedades mentales no permitía ignorar, en el plano legislativo, la variedad de situaciones concretas en las que la debilidad de una persona puede articularse. El desarrollo de patologías mentales y la disminución de la capacidad cognitiva constituyen normalmente un proceso de evolución irregular y fluctuante³². De manera usual, los trastornos van y vienen con mayor o menor frecuencia, así las víctimas de aquellas disfunciones pueden estar bien una semana y mal la siguiente, están lúcidas por un lado y distraídas por el otro, también hay quiénes funcionan en algunos aspectos y no en otros, y así sucesivamente (Cendon, 2007, pp. 125 y ss.).

Además, del texto de la Ley del 2004, leído a la luz de los artículos de apertura de la Constitución italiana (arts. 2 y 3), se desprende la perspectiva en términos de «deberes» para los comportamientos que conducen a la prestación de ese apoyo. Esta idea se dirige en particular —aquí está uno de los lazos más cercanos entre la Ley del 2004 y la Reforma de 1978— a la Administración pública en la que se impone la obligación de organizar una red de servicios de manera que se evite la posibilidad de que se produzcan brechas asistenciales y, por lo tanto, progresivas marginaciones hacia aquellos que necesitan apoyo: un esfuerzo para que no se carezca de operadores dispuestos a recoger los indicios de debilidades, confusiones, desorientaciones idóneas de comprometer la «personalidad» del sujeto a proteger y actuar en consecuencia³³.

Otro dato característico de la nueva disciplina —en la que se aprecia aún el vínculo con la reforma psiquiátrica— es la capacidad legal como un «valor», que debe ser observado sigilosamente durante el proceso de nombramiento de un administrador de apoyo.

En efecto, son numerosos los pasajes de la ley introductoria de la administración de apoyo —que, en su mayor parte, se trasladan al cuerpo del Código Civil— de los que se desprende este aspecto. Se trata, principalmente, de los siguientes: a) locución del artículo 1 de la ley, según la cual debe alcanzarse la finalidad de tutelar, con la

32 Sobre el tema, véase Gulotta (2015).

33 Véase Cendon (2009, pp. 92 y ss.), así como Giannichedda (1988, pp. 235 y ss.).

menor limitación posible de la capacidad de actuar; b) la indicación contemplada en el artículo 405 del Código Civil, según el cual el poder del administrador se limitará a los negocios señalados específicamente en el decreto de nombramiento; c) al dictado mencionado en la primera parte del artículo 409 del Código Civil, cuando señala que el beneficiario conserva la capacidad de actuar respecto de todos los actos que no requieran la representación exclusiva o la asistencia necesaria del administrador de apoyo; d) la precisión que refiere el párrafo segundo del artículo 409 del Código Civil, el cual prevé que el beneficiario de la administración de apoyo podrá, en cualquier caso, realizar los actos necesarios para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana; e) a la previsión contemplada en el párrafo 4 del artículo 411 del Código Civil, que atribuye al órgano judicial la facultad de establecer que determinados efectos, limitaciones o caducidades, previstos por las disposiciones legales relativas a la persona incapacitada o inhabilitada, se extiendan al beneficiario de la administración de apoyo, previsión de la cual se deduce que determinadas líneas de protección intensa solo operan en el ámbito de esta cuando son activadas por el juez que las considera apropiadas para proteger la situación específica.

La relación entre el momento de la «salvaguardia», en el que la persona enfrenta una dificultad, y el momento de la «ablación de la capacidad», como salida eventual de procedimiento, se transforma profundamente. Con la nueva medida de apoyo se rompe la ecuación tradicional, es decir, el automatismo entre protección e incapacidad³⁴. En cambio, se afirman nuevas equivalencias diferentes a las anteriores.

El decreto por el que se nombra al administrador de apoyo, a diferencia de la sentencia de interdicción o inhabilitación, no determina un estatus de incapacidad de la persona, a quien debe reconectarse automáticamente las prohibiciones y las incapacidades que el Código Civil hace derivar como consecuencias necesarias de la situación de incapacitado o inhabilitado³⁵.

34 Revisar Zatti (2003, p. 56; 2009, p. 125).

35 Véase Corte Costituzionale del 9 de diciembre de 2005, n.º 440 (Diritto e giustizia, 2006, II, p. 361). Nota de Balestra (2019, p. 60).

El mismo Tribunal Supremo evidenció cómo la administración de apoyo se ha introducido en nuestro ordenamiento con el fin de superar las bases de origen del siglo XIX, que miraba al enfermo mental sujeto a un régimen jurídico especial e inflexible, y a la relación capacidad-incapacidad en una ineludible alternativa plenitud-vacío. Con el nuevo instrumento, por el contrario, la protección podrá ser graduada en razón, caso por caso, para las verdaderas necesidades del beneficiario, con el fin de valorar sus capacidades residuales³⁶. De este modo se evita o reduce, en la medida de lo posible, la limitación de la capacidad de ejercicio; por tanto, el objetivo es no mortificar a la persona humana³⁷.

7. LA CENTRALIDAD DE PERSONA DEL BENEFICIARIO

En la Reforma de 2004, el legislador italiano se preocupó de resaltar, en varias ocasiones, la centralidad de la persona del beneficiario de la administración de apoyo. Merece la pena mencionar más de una disposición del Código Civil, pero antes recordemos cómo la finalidad de la administración de alimentos es proteger, además del patrimonio, la esfera personal del interesado y permitir, en la medida de lo posible, su desarrollo³⁸.

En el artículo 406, «Recurso para la institución de la administración de apoyo», se establece que «podrá interponerlo el propio beneficiario, aunque sea menor de edad, interdicto o inhabilitado».

El artículo 407 dispone que el juez de tutela debe «oír personalmente a la persona a la que se refiere el procedimiento» desplazándose,

36 Véase, entre otros, Corte de Casación del 11 de mayo de 2017, n.º 11536 (Il Foro italiano, 2017, I, 1905).

37 Véase, en particular, Corte di Cassazione del 27 de septiembre de 2017, n.º 22602 (Il Foro italiano, 2017, I, 3307); al respecto se recuerda también el título del ensayo de Cendon (2007, pp. 121 y ss.).

38 En este sentido, véase, *ex multis*, Tribunal de Roma del 19 de febrero 2005 (*Giurisprudenza italiana*, 2005, c. 2077); Tribunal de Módena del 28 de junio de 2004 (*Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2005, p. 185); Tribunal de Cagliari del 16 de julio de 2016 (*Nuova Giurisprudenza civile commentata*, 2017, p. 521); Tribunal de Sciacca 29 de septiembre de 2021 (*De Jure*). Para el examen de aspecto concreto, permítame referirme a Venchiarutti (2022, pp. 380 y ss.).

en su caso, «al lugar donde se encuentre»; además, el juez debe tener en cuenta «de forma compatible con los intereses y exigencias de protección de la persona, sus necesidades y peticiones».

En el artículo 408, sobre la elección del administrador de apoyo, que debe hacerse «teniendo en cuenta exclusivamente el cuidado y el interés de la persona del beneficiario», se especifica a continuación que «el administrador de apoyo podrá ser designado por la propia persona, en previsión de su posible incapacidad futura, mediante escritura pública o escritura privada notarial».

En el artículo 410 se dispone que «en el ejercicio de sus funciones, el administrador de apoyo tendrá en cuenta las necesidades y aspiraciones del beneficiario», que «informará puntualmente al beneficiario sobre los actos a realizar, así como al juez de tutela en caso de desacuerdo con el beneficiario», añadiendo que

en caso de desacuerdo, de elecciones o actos perjudiciales, o de negligencia en la persecución del interés o en la satisfacción de las necesidades o peticiones del beneficiario, éste, el Ministerio Público o las demás personas a que se refiere el artículo 406 podrán recurrir al juez de tutela, que adoptará las medidas oportunas mediante decreto motivado.³⁹

8. ALGUNAS CONSIDERACIONES TRAS 20 AÑOS DE ADMINISTRACIÓN DE APOYO

En veinte años de aplicación de la ley, la administración de apoyo ha experimentado un crecimiento impetuoso. Actualmente, en Italia

39 En el ámbito de las decisiones de salud, el artículo 3 de la Ley del 22 de diciembre de 2017, n.º 19, «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», regula las modalidades de ejercicio del derecho a la autodeterminación (en ausencia de DAT) en el caso de «menores e incapaces». Para un comentario de la norma, véase, entre otros, las contribuciones «Le nuove disposizioni in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» (*Le nuove leggi civili commentate*, 2019, pp. 3 y ss.); «Forum. La Legge n.º 219 del 2017. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento» (*BioLaw Journal. Rivista di BioDiritto*, n.º 1, 2018, pp. 19 y ss.); y Foglia (2019).

hay aproximadamente 350 000 «*amministrati di sostegno*»; desde 2004, el ritmo de expansión de la protección en virtud del artículo 404 del Código Civil ha ido aumentando, en términos porcentuales, año tras año.

La administración de apoyo se aplica ampliamente en una gran variedad de casos. La lista de beneficiarios incluye ahora no solo a los enfermos mentales, en el sentido estricto de la palabra, sino en general a todos aquellos que, por razones graves, «no pueden cuidar sus propios intereses»: se trata, por ejemplo, de ancianos que no se controlan, discapacitados físicos, enfermos contingentes, víctimas de adicciones, personas con trastornos graves e invalidantes y, según algunos intérpretes, pródigos, analfabetos retornados, detenidos, personas sin vivienda, entre otros⁴⁰. El ámbito de protección también incluye a aquellos que antes estaban exclusivamente confiados al alcance disciplinario de la interdicción, la cual, como ha reconocido la Corte de Casación en repetidas ocasiones, la Ley n.º 6/2004 ha configurado como un instituto de carácter residual⁴¹.

Se ha señalado, en particular, cómo los dos institutos —uno dirigido a la incapacitación; mientras que el otro, a proteger la persona en la imposibilidad o la dificultad de cuidar de los propios intereses y permitir su desarrollo—, lejos de caracterizarse por la analogía entre sí, se sitúan en planos totalmente diferentes⁴². Por otra parte, el juez tutelar no procede, como el juez de interdicción, desde la óptica de la comprobación de la incapacidad de ejercicio de la persona sometida a su examen, sino en la diferente dirección de la determinación, en interés del beneficiario, de los instrumentos de apoyo necesarios únicamente en relación con las categorías de actos cuya realización considere inadecuada⁴³.

40 Entre otras, véase Corte de Casación del 28 de diciembre de 2023, n.º 36176 (*De Jure*).

41 Véase Corte de Casación del 12 de junio de 2006, n.º 13584 (*Diritto di famiglia e delle persone*, 2007, p. 126, comentario de Venchiarutti); Corte de Casación del 22 de abril de 2009, n.º 9628 (*Diritto di famiglia e delle persone*, 2013, p. 113); Corte de Casación del 1 de marzo 2010, n.º 4866 (*De Jure*); Corte de Casación del 26 de octubre 2011, n.º 22332 (*Giustizia civile*, 2011, 12, I, 2807).

42 Entre otras, véase Corte de Casación del 11 de mayo de 2017, n.º 11536.

43 Revisar Corte de Casación del 29 de noviembre de 2006, n.º 25366.

En ese sentido, a la luz de estos y otros argumentos, la Corte de Casación ha llegado recientemente a la conclusión de que al beneficiario de la administración de apoyo no se le aplica la prohibición de contraer matrimonio, prevista en el artículo 85 del Código Civil para el interdicto, así como también conserva la capacidad de testar y donar (salvo que el juez de tutela considere limitar su capacidad, siempre en virtud del cuarto párrafo del artículo 411 del Código Civil)⁴⁴.

Con el paso del tiempo, sin embargo, no han dejado de surgir ciertas dificultades para salvaguardar a las personas frágiles, por ejemplo, como consecuencia de los contrastes entre la teoría jurídica y la práctica.

Cabe pensar, entre otros asuntos, en las situaciones donde existe escasez de jueces, oficinas judiciales con falta de personal, decretos judiciales (de nombramiento de administradores de apoyo) impersonales y excesivamente estandarizados, o falta de administradores de apoyo disponibles y con la formación adecuada. Luego está la escasez de recursos que se abate, en determinados contextos, sobre los servicios asistenciales: compromisos de atención aplazados o desatendidos, oficinas municipales que reducen su horario, el curso de formación que ya no será financiable.

Es entonces innegable cómo —en la experiencia de las normas exartículo 404 y ss. del Código Civil— han surgido a veces, en mayor o menor medida, en tal o cual zona de Italia, episodios de abuso, olvido y sordera en el cuidado, momentos de infelicidad y opresión en perjuicio del beneficiario, una persona que no ha sido protegida, un pariente u otras personas⁴⁵.

44 Véanse, respectivamente, Corte de Casación del 11 de mayo de 2017, n.º 11536; Corte de Casación del 21 de mayo de 2018, n.º 12460 y Corte Constitucional del 10 de mayo de 2019, n.º 114 (*Nuova giurisprudenza civile commentata*, 2019, I, 973, comentada por Venchiarutti, 2019).

45 En relación con un caso un tanto controvertido, véase la sentencia que condena a Italia por haber vulnerado el respeto a la vida privada de una persona mayor: Tribunal Europeo de Derechos Humanos del 6 de julio de 2023, n.º 46412/21, Calvi y C. G. v. Italia.

De todos modos, es cierto que la confrontación y la corrección con respecto a problemas de este tipo tendrán que realizarse con mayor vigilancia en la práctica, dentro y fuera de los tribunales, o a través de retoques, para tal o cual párrafo en el texto del Código Civil. No a través de diseños para el repudio de la administración de apoyo, o a profundas fisuras en sus reglas, o a fuertes distorsiones en la práctica, con el retorno final a las «feas instituciones» del pasado.

9. DEROGACIÓN DE LA INTERDICCIÓN E INHABILITACIÓN Y OTRAS REFORMAS LEGISLATIVAS

Casi veinte años después de la entrada en vigor de la Ley n.º 6 de 2004, ha llegado el momento de suprimir la interdicción y la inhabilitación. No hay ninguna razón para que los dos antiguos modelos «incapacitantes» se conserven en el Código Civil italiano. Al contrario, dicha derogación ha dejado de ser aplazable para un ordenamiento jurídico que quiere ser verdaderamente sensible a los derechos fundamentales de la persona, como son, ante todo, la dignidad personal y el derecho al sustento⁴⁶.

La superación del sistema tradicional en materia de protección del incapaz ahora es más apremiante que antes debido a la necesidad de adaptar nuestro sistema a los contenidos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Además del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad⁴⁷, también se ha pronunciado el Observatorio Nacional de la Condición de las Personas con Discapacidad, creado en el seno de la Presidencia del Consejo de

46 El Tribunal Supremo, apoyado también por la Corte Constitucional del 9 de diciembre de 2005, n.º 440, afirmó que, en el actual marco normativo, la interdicción y la inhabilitación se presentan como instrumentos de protección marginal. Sobre la existencia de una relación de subsidiariedad funcional entre las dos instituciones tradicionales y la administración de apoyo, véase, entre otras, Corte de Casación del 11 de septiembre de 2015, n.º 17962; Corte de Casación del 22 de agosto de 2018, n.º 20945.

47 Del Comité véanse, además de las indicaciones contenidas en la «Observación general n.º 1 (2014) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley», §§ 24 y ss., el texto de las «Observaciones finales del primer informe de Italia (31 de agosto de 2016)» § 24.

Ministros⁴⁸. Asimismo, aparecen con insistencia nuevas formas de debilidad, en términos de edad, destreza informativa, conocimientos y acceso tecnológico. No es seguro que las defensas tradicionales para los vulnerables a nivel funcional o comunicativo sean siempre adecuadas y utilizables. Observaciones de este tenor constituyen una razón más para la continuación del proceso de reforma del que la Ley n.º 180 de 1978 y la Ley n.º 6 de 2004 representan etapas fundamentales.

Desde esta perspectiva, hay que hacer una aclaración conclusiva: para el derecho civil y, especialmente para la materia de la que estoy tratando, las pequeñas cosas materiales son mucho más importantes que los discursos de principio, a nivel teórico o científico, pues lo que importa es saber si una determinada medida puede ser útil y valiosa para el bienestar de la persona. Por eso, a la hora de reformar, hay que preguntarse, en definitiva, cómo serían presumiblemente las cosas prácticas en un futuro lejano y próximo con la introducción de una u otra nueva dotación o paradigma.

REFERENCIAS

- Alpa, G. (1986). Voz Salute (diritto alla). En *Novissimo Digesto Italiano, App.* (vi, pp. 913-920). UTET.
- Balestra, L. (2019). Sugli arcani confini tra amministrazione di sostegno e interdizione. *Famiglia*, (2), 366-376. Giuffrè Editore.
- Bianca, C. M. (1985). La protezione giuridica del sofferente psichico. *Rivista di Diritto Civile*, 25-37. Cedam.
- Bonilini, G. & Chizzini, A. (2007). *L'amministrazione di sostegno* (2.^a ed.). Cedam.
- Bruscuglia, L. (1979a). Commento Legge 13 maggio 1978, n.º 180. Accertamenti e trattamenti sanitari e obbligatori. *Nuove leggi civili commentate* (pp.177-187). Cedam.

48 Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità Gruppo 1. Non discriminazione, riconoscimento della condizione di disabilità, OND_Gruppo 1/ Sintesi/novembre 2021, p. 12.

- Bruscuglia, L. (1979b). Sub artt. 33 y 34, y G. L. Fontana Sub art. 35. En L. Bruscuglia, F. D. Busnelli & A. Corasaniti, *Commentario Legge 23 dicembre 1978, n.º 833. Nuove leggi civili commentate* (pp. 1189-1195). Cedam.
- Bruscuglia, L. (1983). *L'interdizione per infermità di mente*. Giuffrè Editore.
- Castronovo, C. (1990). Dignità della persona e garanzie costituzionali nei trattamenti sanitari obbligatori. *Jus*, 2-3, 179-191. Vita e Pensiero Editrice.
- Cendon, P. (1984). *Il prezzo della follia. Lesione della salute mentale e responsabilità civile*. Il Mulino.
- Cendon, P. (1988). Profili dell'infermità di mente nel diritto privato. En *Un altro diritto per il malato di mente* (pp. 27-79). Edizioni Scientifiche Italiane.
- Cendon, P. (2007). Non abbandonare, non mortificare. *Minori Giustizia*, (3), 256-295, Franco Angeli. <https://www.francoangeli.it/riviste/articolo/31787>
- Cendon, P. (2009). La nuova protezione. En P. Cendon & R. Rossi, *Amministrazione di sostegno. Motivi ispiratori e applicazioni pratiche* (t. I, pp. 77-99). UTET Giuridica.
- Cendon, P. et al. (1988). Infermi di mente e altri «disabili» in una proposta di riforma del codice civile. En *Giurisprudenza italiana* (pp. 621-640). UTET.
- Corasaniti, A. (1979). Artt. 1 e 2, en L. Bruscuglia, F. D. Busnelli & A. Corasaniti, *Commentario Legge 23 dicembre 1978, n.º 833, Le nuove leggi civili commentate*. Cedam.
- Dell'Acqua, P. (2011). *Persone, malattia mentale e guarigione*. En L. Lenti, E. Palermo Fabris & P. Zatti, *I diritti in medicina. Trattato di Biodiritto* (pp. 783-795). Giuffrè Editore.
- Delle Monache, S. (2004). Prime note sulla figura dell'amministrazione di sostegno. Profili di diritto sostanziale. En *Nuova giurisprudenza civile commentata* (pp. 29-57). Cedam.

- Ferrando, G. (2005). *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*. Giuffrè Editore.
- Foglia, M. (2019). *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*. Pacini Giuridica.
- Giannichedda, M. G. (1988). Il consenso del malato di mente al trattamento: verso una riformulazione del contratto terapeutico. En P. Cendon, *Un altro diritto per il malato di mente* (pp. 235-244). Edizioni Scientifiche Italiane.
- Graziadei, M. (2011). Il consenso informato e i suoi limiti. En L. Lenti, E. Palermo Fabris & P. Zatti, *I diritti in medicina. Trattato di Biodiritto* (pp. 191-281). Giuffrè Editore.
- Gullotta, G. (2015, 17 de diciembre). Le capacità giuridiche alla luce delle neuroscienze, Memorandum Patavino. *Altalex*. <https://www.altalex.com/documents/news/2015/11/11/memorandum-patavino-capacita-giuridiche-e-neuroscienze>
- Lisella, G. (1984). *Interdizione «giudiziale» e tutela della persona. Gli effetti dell'incapacità legale*. E. S. I.
- Luciani, M. (1986). Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale. *Politica del Diritto*, (3), 451-465. Il Mulino.
- Mazzoni, C. M. (1988). *Libertà e salvaguardia nella disciplina dell'infermità mentale*. En P. Cendon, *Un altro diritto per il malato di mente* (pp. 489-494). Edizioni Scientifiche Italiane.
- Mortati, C. (1961). La tutela della salute nella Costituzione italiana. *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, I, 1-10. INAL.
- Nápoles, E. V. (1985). *L'inabilitazione*. Giuffrè Editore.
- Negróni, A. A. (2015). *Profili costituzionali del trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale*. Génova.
- Omnis, L., & Lo Russo, G. (1980). *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*. Feltrinelli.

- Perlingieri, P. (1985). Gli istituti di protezione e di promozione «dell'infermo di mente». A proposito dell'andicappato psichico. *Rassegna di diritto civile*, 46-55. Edizioni Scientifiche Italiane.
- Pescara, R. (1997). *Tecniche privatistiche e istituti di salvaguardia dei disabili psichici*. En P. Rescigno, *Trattato di Diritto Privato* (2.^a ed., t. III, pp. 735-755). UTET.
- Pezzini, B. (1983). *Il diritto alla salute: profili costituzionali. Diritto e società*. Cedam.
- Piccione, D. (2013). *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*. Alfabeta Verlag.
- Pizzi, A. (1978). *Malattie mentali e trattamenti sanitari. Commento alla legge 13 maggio 1978 n.º 180*. Giuffrè Editore.
- Rossi, S. (2015). *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*. Franco Angeli.
- Roversi Monaco, F. A., & Bottari, C. (1979). *Art. 1 (I principi)*. En F. A. Roversi Monaco (coord.), *Il Servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n.º 833* (pp. 1-10). Giuffrè Editore.
- Tarello, G., & Bessone, M. (1979). *Sullo stato dell'organizzazione giuridica. Intervista a Giovanni Tarello*. Zanichelli.
- Vecchiotti, A. M. (1983). *Salute mentale e riforma sanitaria*. Giuffrè Editore.
- Venchiarutti, A. (1995). *La protezione civilista dell'incapace*. Giuffrè Editore.
- Venchiarutti, A. (2019). Il dono del beneficiario di amministrazione di sostegno. *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata* (pp. 973-982). Wolters Kluwer.
- Venchiarutti, A. (2020). Asistencia psiquiátrica y protección civil de la persona discapacitada: recurrencia y posibilidad de reforma. En C. A. Agurto Gonzáles & S. L. Quequejana Mamani (dirs.), *Derecho privado y comparación jurídica el aporte de la escuela jurídica italiana* (pp. 135-154). Olejnik.

- Venchiarutti, A. (2022). La sfera affettiva e sessuale della persona fragile: un caso emblematico della Court of Protection inglese e le prospettive nel nostro sistema. *Rivista di Diritto Civile*, 379-399. Giuffrè Editore.
- Vincenzi Amato, D. (1988). Il modello dei trattamenti sanitari nella legge 180. En P. Cendon, *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione* (pp. 171-184). Edizioni Scientifiche Italiane.
- Visintini, G. (1982). La riforma in tema d'assistenza psichiatrica. Problematica giuridica. *Politica del diritto*, 445-462. Il Mulino.
- Zatti, P. (1988). Infermità di mente e diritti fondamentali. En P. Cendon, *Un altro diritto per il malato di mente* (pp. 107-116). Edizioni Scientifiche Italiane.
- Zatti, P. (2003). Oltre la capacità di intendere e di volere. En G. Ferrando & G. Visintini, *Follia e diritto* (pp. 54-64). Bollati Boringhieri.
- Zatti, P. (2009). *Maschere del diritto volti della vita*. Giuffrè Editore.