



*Garante Nazionale  
dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale*

**Rapporto sulla visita al  
Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Colferro – Lazio  
6 marzo 2018**

In ottemperanza al proprio mandato di cui all'articolo 7 del decreto legge 23 dicembre 2013 n. 146, convertito in legge 21 febbraio 2014 n. 10, modificato dall'articolo 1 comma 317 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e in ottemperanza altresì alle previsioni di cui agli articoli da 17 a 23 del Protocollo opzionale Onu alla Convenzione contro la tortura (Opcat), ratificato dall'Italia il 3 aprile 2013 ai sensi della legge 9 novembre 2012 n. 195, nell'ambito del mandato di vigilanza sulle strutture per l'accoglienza delle persone con disabilità di cui alla Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006, delle raccomandazioni del Comitato per i diritti delle persone con disabilità al paragrafo 42 delle Osservazioni conclusive sul Rapporto iniziale dell'Italia (CRPD/C/ITA/CO/1) del 6 ottobre 2016, il giorno 6 marzo 2018 il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale ha effettuato una visita di monitoraggio dei trattamenti sanitari obbligatori presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) di Colferro.

Si è trattato di una visita conoscitiva in un settore rispetto al quale, alla data della visita stessa, il Garante nazionale stava da poco avviando l'attività di monitoraggio, dopo un periodo di analisi degli standard internazionali. Proprio per questo motivo, diversamente dalla prassi del Garante nazionale, la visita è stata preannunciata al responsabile del reparto.

1

La delegazione era composta da: Mauro Palma e Daniela de Robert (rispettivamente Presidente e membro del Collegio), Gilda Losito e Antonio Martucci (rispettivamente responsabile e componente dell'Unità Privazione della libertà e salute).

Nel corso della visita la delegazione ha incontrato il Responsabile dell'Unità operativa servizio psichiatrico, Giuseppe Nicolò con alcuni suoi collaboratori del distretto sanitario: Enrico Pompili (direttore dell'area territoriale), Agostino Manzi (responsabile del reparto Spdc di Monterotondo), Pieritalo Maria Pompili (psichiatra referente della Rems di Palombara Sabina), Giovanni Marino (psichiatra) e Adriana Matarrese (psicologa).

La visita si è svolta in un clima di grande collaborazione, disponibilità al chiarimento e a recepire eventuali suggerimenti da parte del Garante.

**Informazioni generali, condizioni materiali del reparto, staff**

Il reparto Spdc di Colferro fa parte del distretto della Asl RM 5 e, unitamente agli Spdc di Monterotondo (14 posti) e di Tivoli (14 posti), aperti a distanza di pochi giorni dalla visita, copre un bacino di utenza di 190.000 abitanti. Il presidio, infatti, raccoglie l'utenza del distretto sanitario di Colferro e quelle dei distretti sanitari di Subiaco e di Palestrina.

Nel giorno della visita i degenti erano 12 su un totale di 16 posti letto disponibili.

Secondo quanto riferito alla delegazione, i pazienti sono generalmente persone già note ai servizi territoriali. Il loro tempo medio di permanenza in reparto oscilla tra i 10 e i 15 giorni, ma nei casi più complessi raggiunge i 35 giorni, seppure non in regime di Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), poiché la tendenza in caso di patologia psichiatrica molto grave, è di trattenere il paziente con un trattamento formalmente 'volontario'. La frequenza di reiterazioni del ricovero di pazienti dimessi è bassa.

Sul prolungamento del ricovero in forma volontaria e sul rischio dell'alternanza di trattamenti volontari e obbligatori, il Garante nazionale ha già espresso la propria perplessità in occasione della *Relazione al Parlamento* sia nel 2018 che nel 2019<sup>1</sup> e ha sottolineato la necessità di particolare cautela.

Il reparto, inaugurato nel 2017, è ubicato al terzo piano del Polo ospedaliero "Leopoldo Parodi Delfino", sito nel centro di Colleferro. Il piano è accessibile anche a persone con disabilità motoria. Il reparto ha la porta di ingresso in ferro chiusa, apribile dal personale infermieristico dopo l'identificazione della persona tramite un video-citofono.

Nel giorno della visita è stato trovato in buone condizioni d'igiene e pulizia, accogliente in tutti i suoi spazi, luminoso, arredato con mobili nuovi e con buona stimolazione di colori alle pareti. Oltre alle camere dei pazienti e all'infermeria, è predisposta una sala per le attività in comune detta "sala multidisciplinare", tinteggiata da poco, anch'essa con colori brillanti, suddivisa in aree per le diverse attività.

Le 16 camere di degenza del reparto si distribuiscono su entrambi i lati di un largo corridoio; ciascuna di esse è predisposta per accogliere al più due persone, è dotata di armadietti personali fissati al muro con chiusura a chiave e ha annesso il bagno con docce aventi l'apparato di erogazione dell'acqua tale da evitare rischi suicidari (il soffione getta acqua direttamente dal soffitto). Inoltre, ogni stanza è munita di pulsante per la chiamata sia dal letto che dal bagno. Il reparto dispone di un bagno assistito per persone con disabilità.

Lo staff impiegato nel reparto nel giorno della visita era di numero inferiore a quello previsto nella pianta organica del servizio. Erano, infatti, impiegati 8 medici (di cui una assente per maternità), 1 psicologo, 15 infermieri, 1 caposala, 2 operatori socio-sanitari a fronte di una previsione in pianta organica di 9 medici, 2 psicologi, 20 infermieri, 1 assistente sociale, 4 operatori socio sanitari, 4 terapisti della riabilitazione.

Non può non evidenziarsi che l'adeguamento numerico del personale rispetto agli ospiti di strutture residenziali è uno degli elementi necessari per garantire in pieno la sostenibilità del lavoro nelle sue molteplici sfaccettature (gestione, cura e riabilitazione del paziente, turnazione del personale). L'insufficienza numerica del personale è, del resto, una delle situazioni che espongono l'Amministrazione al rischio di: a) insorgenza della sindrome da *burn-out* negli operatori sovraccaricati di lavoro; b) aumento delle probabilità che si verifichino incidenti sul lavoro; c) aumento del rischio di configurazione di situazioni di restrizione della libertà *de facto* per il paziente.

Inoltre, in talune situazioni il Garante nazionale ha osservato una correlazione tra l'insufficienza di personale e il ricorso a forme, più o meno prolungate, di contenzione meccanica o farmacologica. Nonostante che i Responsabili dei diversi servizi visitati nel corso dell'ultimo anno abbiano sempre escluso tale correlazione e del tutto indipendentemente da quanto riferito alla delegazione in occasione della visita in esame, il Garante nazionale ritiene importante sottolineare che il ricorso alla contenzione quale forma suppletiva di difficoltà di applicazione del personale è inaccettabile e altresì rammentare che la contenzione non può essere mai proposta come atto medico trattamentale. Ricorda, infatti, che la Suprema Corte di Cassazione, con sentenza del giugno 2018<sup>2</sup> ha ribadito che «l'uso della contenzione meccanica non rientra in nessuna delle categorie

---

<sup>1</sup> Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2018*, parr. 24 e 25; *Relazione al Parlamento 2019*, par. 36.

<sup>2</sup> Cassazione, Sezione V, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497.

sopra indicate (*atto medico*<sup>3</sup>), trattandosi di un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente – anzi, secondo la letteratura scientifica, può concretamente provocare, se non utilizzato con le dovute cautele, lesioni anche gravi all'organismo»<sup>4</sup>.

Pertanto, **il Garante nazionale raccomanda all'Amministrazione sanitaria territorialmente competente di:**

- 1. dotare ogni Spdc di adeguate risorse di personale a integrazione e completamento delle piante organiche, ove risultino incomplete, al fine di garantire efficienza del servizio e l'effettivo *turn over* del personale nel rispetto delle diverse professionalità;**
- 2. vigilare affinché in nessuna situazione le contenzioni di tipo meccanico o farmacologico possano essere utilizzate come trattamenti terapeutici e impiegate al di fuori di un eccezionale stato di necessità, riassumibile entro i margini della limitatezza nelle occasioni, nei tempi e nei modi<sup>5</sup>, né tantomeno che possano costituire un improprio surrogato per risolvere l'inadeguatezza numerica di personale.**

### **Gestione della presenza dei pazienti e differenziazione degli spazi**

Secondo quanto riferito alla delegazione, per prevenire il più possibile il rischio suicidario o eventi di aggressività nei casi di acuzie, la prassi degli operatori prevede che al momento del ricovero il paziente consegni i lacci delle scarpe; per lo stesso motivo, di sera, devono essere consegnati gli auricolari e i ricarica-batterie.

Le visite, così come la somministrazione delle terapie, sono effettuate di mattina, mentre ai familiari è consentito l'accesso al reparto nel pomeriggio. I pasti vengono consumati insieme nella parte della sala adibita a soggiorno.

La conoscenza delle regole e la possibilità di avere certezze su cosa sia permesso e cosa sia proibito nella propria quotidianità, è uno dei diritti fondamentali di ogni persona che vive, anche se per un breve periodo di tempo, in una struttura residenziale basata proprio su un sistema di regole che, per motivi organizzativi, scandisce ritmi di vita e abitudini secondo le proprie necessità e non quelle della persona ospitata. Oltre al rispetto di questo diritto, affinché non si configuri una compressione delle libertà, devono essere garantite anche la conoscenza delle ragioni della proibizione e favorita la comprensione di esse<sup>6</sup>.

- 3. Il Garante nazionale raccomanda alla Direzione del reparto di accertarsi che al momento dell'ingresso il personale infermieristico dia esaurienti informazioni alla persona e ai suoi familiari, in maniera comprensibile, esplicativa e accessibile anche agli stranieri, sulle regole che governano il reparto, anche attraverso la diffusione di un atto che le definisca.**

In tutto il reparto le finestre sono senza sbarre e senza maniglie e la possibilità di apertura è solo da parte del personale infermieristico che le apre per consentire il ricambio d'aria con maniglie mobili. Il sistema di sicurezza adottato per l'apertura delle finestre evita l'installazione di grate che, filtrando la luce naturale, oscurerebbero gli ambienti. Questa soluzione scelta per garantire la sicurezza del paziente corrisponde alla

---

<sup>3</sup> Secondo gli imputati, nel caso in esame da parte della Suprema Corte la contenzione sarebbe: «un 'atto medico' che risponde a una finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, [...] pratica [che] non andrebbe intesa come strumento a sé stante separato dalla cura, essendo funzionale alla cura del paziente psichiatrico» (Sentenza cit. p. 44).

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> Articolo 54 c.p.

<sup>6</sup> Cfr. Garante nazionale, *Norme e normalità. Standard per l'esecuzione penale detentiva degli adulti*, 2018, pp. 63- 64.

posizione più volte sostenuta dal Garante nazionale<sup>7</sup> e cioè che il paziente debba essere curato in un ambiente in cui la restrittività sia ridotta al minimo, nel rispetto al Principio n. 9 della Risoluzione Onu 46/119 del 1991<sup>8</sup>, che afferma che deve essere tutelato il «diritto del paziente a essere curato in un ambiente che sia meno restrittivo possibile e secondo la modalità meno restrittiva possibile o che non leda l'integrità del paziente medesimo, rispondendo ai suoi bisogni di salute e alla necessità di assicurare la sicurezza fisica a terzi».

Durante la visita, tuttavia, la delegazione ha rilevato che anche nella stanza di controllo dei monitor di videosorveglianza la finestra era senza la maniglia per l'apertura. Tale constatazione induce a supporre che la stanza sia accessibile anche ai pazienti: su tale ipotesi il Garante esprime preoccupazione e pertanto chiede di avere conferma che l'accesso alla stanza di monitoraggio dei monitor di videosorveglianza sia consentito solo al personale autorizzato, a tutela della *privacy* dei pazienti stessi, in considerazione del fatto che le riprese delle telecamere collocate al suo interno riguardano tutti gli spazi del reparto, comprese le singole stanze.

Le porte delle camere sono dotate di apertura per il controllo visivo del paziente quando è al suo interno e rimangono aperte durante la giornata, pertanto al paziente è consentito accedere alle camere in qualsiasi momento della giornata.

Ai pazienti che provengono dalle Residenze per le misure di sicurezza (Rems), ove sono abitualmente ospitati e che sono in una fase critica necessitante di trattamento presso il reparto Spdc, è riservata la stanza numero 16 che si trova in fondo al corridoio: la scelta è motivata dalla volontà di garantire una certa discrezione della presenza del personale di Polizia penitenziaria incaricato del piantonamento della persona internata. Il Garante apprezza la dislocazione della stanza per gli ospiti provenienti dalle Rems a tutela della riservatezza del paziente e del mantenimento di un clima positivo tra gli altri pazienti.

La sala dedicata alle attività in comune, detta "sala multidisciplinare" è suddivisa per aree: soggiorno, zona per fumatori, tv e cinema, giochi e annesso giardino pensile. Le aree, ciascuna di ampie dimensioni, definiscono di fatto quattro locali distinti oltre il giardino: il primo è arredato con un tavolo con sedie, il secondo, al lato apposto, ha pareti in vetro ed è adibito come zona per fumatori. Sulla sinistra del locale si entra nella terza area arredata con divano e tv. In fondo alla sala, un corridoio consente di accedere al giardino pensile. Il corridoio ha un'ampiezza che consente la disposizione e l'uso di un tavolo da ping-pong. Le aree riassumono così nella loro distribuzione spaziale il contenuto della giornata delle persone ricoverate, nelle ore diverse dal riposo.

Il giardino è delimitato da pareti in vetro alte circa quattro metri per impedire eventuali tentativi di scavalco. Le due pareti di vetro che affacciano sulla strada non sono trasparenti ma opacizzate, per tutelare la *privacy* dei pazienti. L'organizzazione del reparto, in particolare della sala multidisciplinare, è valutata positivamente dal Garante, anche se il tutto definisce un'immagine di un mondo chiuso in sé, in cui anche lo spazio esterno non è realmente tale: il mondo opacizzato è immagine plastica di un mondo esistente, ma non accessibile. La scelta delle pareti in vetro consente al contempo agli operatori di vedere cosa accade al suo interno e ai pazienti di fumare usando senza divieti, gli accendini, per salvaguardare la sicurezza del reparto e per la prevenzione di incendi (dolosi o colposi che siano), nonché la libertà di fumare.

In sintesi, massima visibilità interna (vetri, telecamere), scarsa visibilità esterna (vetri opacizzati).

---

<sup>7</sup> Cfr. Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2017*, p. 139.

<sup>8</sup> Risoluzione dal titolo "Protezione delle persone affette da malattia mentale e miglioramenti delle cure di salute mentale", adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 17 dicembre 1991.

La “sala multidisciplinare”, il giardino e le camere di degenza sono tutte controllate attraverso telecamere di videosorveglianza (in tutto 16 telecamere) collocate in una piccola stanza per il controllo delle immagini che, tuttavia, al momento della visita non ospitava l’addetto alla loro visualizzazione e monitoraggio.

**1. Il Garante nazionale raccomanda che le telecamere vengano controllate in maniera costante al fine di non vanificare la loro funzione, che è quella di monitorare gli spazi per prevenire situazioni di criticità e intervenire in modo tempestivo, anche al fine di tutelare l’integrità fisica dei pazienti.**

La valutazione complessivamente positiva non esime tuttavia dal sottolineare che la struttura – nella sua connotazione e organizzazione sia spaziale, sia relazionale – si presta a ricoveri molto limitati nel tempo, in linea con la previsione normativa per trattamenti sanitari obbligatori. Come già osservato precedentemente, **il Garante nazionale sottolinea la necessità che, in questa come in altre analoghe strutture, si evitino ricoveri che alternino periodi obbligatori a periodi volontari, finendo col determinare permanenze impropriamente lunghe di persone ospitate che difficilmente percepiscono la differenza tra le due situazioni di volontarietà e obbligo, rimanendo sempre nello stesso limitato mondo ristretto. In tal senso orienta il dettato della norma<sup>9</sup>.**

#### **Possibile ricorso alla contenzione meccanica e relative procedure**

Dal colloquio effettuato con il Responsabile, Giuseppe Nicolò, si è appreso che il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche della Asl Roma 5 ha adottato dal maggio 2017 “Le istruzioni operative sulla contenzione meccanica”, che, pur non escludendo il ricorso a questa procedura, tendono a limitarlo a casi eccezionali, riducendo altresì al minimo la sua applicazione, anche attraverso il miglioramento delle attività cliniche in ambito territoriale e ospedaliero.

Il dottor Nicolò, che ha contribuito in prima persona alla stesura delle Istruzioni, ha riferito che in generale il ricorso alla contenzione meccanica è poco frequente e che dall’inizio dell’anno era stata praticata su due pazienti. La sua esperienza lo porta ad affermare che l’applicazione avviene prevalentemente nei casi di doppia-diagnosi, casi cioè in cui la patologia è aggravata da una seria intossicazione da sostanze, nei disturbi comportamentali ‘importanti’ o quando si tratta di stranieri con i quali, nonostante l’intermediazione del mediatore culturale, ritiene che sia molto difficile risolvere la fase di acuzie in altro modo e si corra il rischio elevato di auto o etero lesione. A parere del Garante nazionale, altre modalità devono essere discusse e individuate dall’équipe di lavoro per trovare forme risolutive delle situazioni critiche e acute anche nei casi che coinvolgono pazienti stranieri e che una buona formazione del mediatore culturale, sviluppata insieme agli operatori del servizio, sia la via da percorrere. Tuttavia, una criticità sollevata in proposito è la difficoltà a disporre in tempi rapidi all’intervento di un mediatore culturale che dall’Ambasciata, con sede a Roma, si sposti a Colleferro.

**2. Il Garante raccomanda all’Amministrazione competente di implementare i canali di comunicazione con le Ambasciate per quegli Stati ai quali più frequentemente appartengono i cittadini ricoverati nel reparto o di trovare forme di ricerca dei mediatori culturali che facilitino l’attribuzione degli incarichi in breve tempo.**

Le “Istruzioni operative sulla contenzione” adottate del Spdc di Colleferro, a tutela di una applicazione in condizioni di sicurezza e di garanzia sia del paziente che dell’operatore, prevedono, tra le altre indicazioni, di spiegare al paziente le motivazioni e la procedura della contenzione attraverso il colloquio con il paziente al fine di favorire un atteggiamento collaborativo e di ridurre gli effetti della coercizione. La contenzione

---

<sup>9</sup> Articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, nonché articolo 3 della legge 13 maggio 1978 n.180.

meccanica del paziente, in generale, avviene nel proprio letto, spostando in un'altra stanza l'eventuale compagno per creare meno disagio possibile e non perturbare il suo equilibrio. Tuttavia, la delegazione ha avuto notizia che di solito è adibita ai fini contenitivi la stanza di fronte a quella degli infermieri, considerata più idonea e più funzionale al monitoraggio della contenzione. Per lo stesso motivo, tale stessa stanza è riservata ai pazienti più fragili e a maggiore rischio autolesivo. La sua vicinanza consente il soccorso del paziente in tempi brevi.

Il Direttore ha riferito che finora non si sono mai verificate al termine delle contenzioni meccaniche azioni rivendicative sulla loro applicazione, a significare – a suo dire – che la procedura adottata facilita l'accettazione della pratica da parte del paziente.

**3. Il Garante, nel ricordare che la contenzione meccanica non è procedura medica di trattamento ed è naturalmente soggetta alle garanzie previste dagli articoli 13 e 32 della Costituzione, raccomanda che qualora a essa venga fatto ricorso, rappresenti realmente una misura estrema, posta in atto solo dopo aver esperito tecniche di *de-esclation*, praticate in condizioni di sicurezza, sia per il personale che per il paziente, o altre forme di intervento funzionali alla gestione della fase di acuzie del paziente a rischio di auto o etero lesionismo<sup>10</sup>. Raccomanda altresì che, qualora attuata, essa segua una procedura rigorosa sia in termini di attuazione che di recupero della dimensione dialogica con il paziente. Chiede che non venga mai attuata dal solo personale infermieristico<sup>11</sup>.**

Secondo quanto dichiarato dagli operatori, per il monitoraggio della contenzione è in uso il registro; quando applicata, il paziente è sottoposto a controllo visivo da parte dell'infermiere ogni 15 minuti, mentre ogni ora sono misurati i parametri vitali; il paziente è contenuto in posizione supina; le fasce in dotazione sono applicabili sia agli arti che all'addome; quando il paziente è mobilizzato lo è un arto alla volta; si tende a decontenere il paziente, almeno a un braccio, durante la consumazione del pasto e per l'uso dei servizi igienici soprattutto se il paziente sta meglio e quando non sia possibile si usano gli ausili o i pannoloni; per un corretto uso della contenzione gli operatori del reparto hanno realizzato un video tutorial sull'uso della contenzione meccanica. Il Garante chiede di poter ricevere una copia del video realizzato e rileva che alla data dell'invio del rapporto alle Autorità non sono stati ancora pubblicati sul sito del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (Dsmdp) i dati relativi al numero, alla percentuale e alla durata media delle contenzioni meccaniche effettuate nei servizi del Dsmdp, come previsto dalle "Istruzioni operative sulla contenzione meccanica" della Asl RM 5.

Il Garante nazionale ricorda che il tema dei diritti è strettamente connesso a quello della regolarità della tenuta e annotazione dei registri interni e sui sistemi informatici appositamente allestiti.

---

<sup>10</sup> Si richiamano in tal senso gli articoli 3, 18, 32, 51 del Codice di deontologia medica (aggiornamento del dicembre 2018) che all'articolo 32 (ultimo comma) recita: «Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona».

Si richiama inoltre il Codice di deontologia infermieristica, recentemente rivisto (13 aprile 2019) che, pur non escludendola, all'articolo 35, recita: «L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita».

<sup>11</sup> Come è evidente, la richiesta del Garante nazionale è più restrittiva della previsione dell'articolo 35 del Codice deontologico dell'infermiere, riportato in nota 10.

Il Garante nazionale, nell'apprezzare l'impegno manifestato nelle Istruzioni operative di pubblicare *online* le statistiche sulle pratiche di contenzione, invita l'Amministrazione competente all'aggiornamento e alla pubblicazione dei dati non solo al fine di monitorare con trasparenza le pratiche di contenzione ma anche di tutelare gli operatori che lavorano presso i reparti psichiatrici.

Infine, il Garante nazionale ha osservato che la contenzione attuata nel reparto Spdc di Colleferro ha una durata media intorno alle 24/48 ore. **Chiede pertanto, per ciascuno dei casi di attuazione nell'ultimo anno e che ha superato le 12 ore, di ricevere una sintesi delle motivazioni che hanno portato a una contenzione protrattasi per un periodo così esteso.**

Nel presentare questo Rapporto, il Garante nazionale ricorda che ogni visita rappresenta intrinsecamente un elemento di collaborazione con le Istituzioni e ringrazia le Amministrazioni coinvolte.

Il Rapporto contiene alcune Raccomandazioni e la richiesta di alcuni chiarimenti ai quali il Garante nazionale chiede che, come previsto dall'articolo 22 del Protocollo opzionale alla Convenzione Onu contro la tortura (Opcat), sia data risposta da parte delle competenti Autorità. Il Rapporto rimarrà riservato per venti giorni, per dare tempo alle Autorità di rispondere, quindi sarà reso pubblico sul sito del Garante insieme alle risposte pervenute.

Mauro Palma

Roma, 3 giugno 2019