

## **Stranieri e salute**

*A cura di Elena Coffano, Manuela Del Savio e Luisa Mondo*

Questo corpo così assetato e stanco  
forse non arriverà fino all'acqua del mare.  
Non so ancora quale sogno  
mi riserverà il destino,  
ma promettimi, Dio,  
che non lascerai finisca la primavera.  
Oh mio caro,  
che dolore riserva l'attimo dell'attesa  
ma promettimi, Dio,  
che non lascerai finisca la primavera<sup>1</sup>.

### **1. Introduzione**

Dal punto di vista del profilo di salute degli immigrati, nello scorso anno non si sono registrate significative differenze rispetto a quanto scritto negli anni precedenti.

Gli stranieri presenti in provincia di Torino sono una popolazione più giovane di quella autoctona e generalmente più sana.

La consistente presenza di donne in età fertile fa sì che la gran parte delle prestazioni rivolte al genere femminile siano legate al settore materno infantile, sia per l'assistenza in gravidanza, parto e puerperio ed al neonato sia per le donne che richiedono un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Relativamente alle IVG, nel 2012 la Regione Piemonte ha partecipato al progetto "Prevenzione dell'IVG nelle donne straniere per una maternità responsabile e la prevenzione dell'aborto, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato"<sup>2</sup>, promosso e finanziato dal ministero della Salute – Ccm e coordinato dalla Regione Toscana in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e l'Università "La Sapienza" di Roma. Il progetto si è posto l'obiettivo di prevenire le gravidanze indesiderate e di ridurre il tasso delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne straniere, attraverso

- la formazione degli operatori socio-sanitari
- la sperimentazione di percorsi organizzativi volti a favorire l'accesso e la fruibilità dei servizi
- l'informazione in ambito sessuale riproduttivo.

I risultati del progetto saranno disponibili a partire dal 2013.

I Centri Informazione Salute Immigrati (ISI) proseguono la loro attività sul territorio permettendo una capillare e puntuale applicazione della normativa relativa all'assistenza sanitaria della popolazione straniera e, in particolare, l'applicazione di quanto previsto nella DGR della regione Piemonte del 2 luglio 2012, n. 24-4081 ossia l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dei regolarizzandi, l'iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che ne danno diritto, l'iscrizione volontaria al SSN per gli over 65enni,

---

<sup>1</sup> Zaher Rezaï (Mazar i Sharif 1991 – Venezia 2008), afghano, schiacciato involontariamente dal Tir al quale si era legato nel sottopancia per fuggire dalla guerra.

Il suo bagaglio era un sacchetto con dentro quattro animali giocattolo (un uccellino, un leone, una giraffa e un alce), una scheda telefonica e un taccuino.

<sup>2</sup> [http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/SINTESI\\_UO1\\_formazione.pdf](http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/SINTESI_UO1_formazione.pdf)

[http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/SINTESI\\_UO2\\_percorsi\\_organizzativi.pdf](http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/SINTESI_UO2_percorsi_organizzativi.pdf)

[http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/SINTESI\\_UO3\\_comunicazione.pdf](http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/SINTESI_UO3_comunicazione.pdf)

garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, rilascio preventivo del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) per facilitare l'accesso alle cure, iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani, iscrizione volontaria per i comunitari residenti.

Al momento non trova piena attuazione la sola indicazione prevista dalla Conferenza Stato Regioni dell'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno.

In merito ai minori immigrati, l'ultimo anno è stato oggetto di intenso dibattito sulla concessione della cittadinanza ai minori stranieri cresciuti in Italia e sullo *ius soli* (ossia l'acquisizione della cittadinanza come conseguenza del fatto giuridico di essere nati nel territorio di un dato Stato a prescindere dalla cittadinanza posseduta dai genitori ...). Il tema dei minori è complesso perché riguarda una popolazione estremamente vulnerabile, malgrado - sulla carta - ampiamente tutelata dalla normativa internazionale e nazionale.

I minori stranieri sono giuridicamente suddivisi in "accompagnati" e "non accompagnati" e in entrambi i casi hanno diritto all'istruzione, all'assistenza sanitaria e a tutte le tutele applicate ai minori italiani in materia di lavoro (ammissione al lavoro dopo il compimento del 16° anno di età e dopo aver completato le scuole dell'obbligo).

I "minori stranieri accompagnati" sono i minori che vivono in Italia affidati ai genitori o ai parenti entro il terzo grado attraverso un provvedimento formale.

I "minori stranieri non accompagnati", invece, sono in Italia senza i genitori o altre persone adulte legalmente responsabili<sup>3</sup>.

Tra i giovani non accompagnati alcuni sono sprovvisti di documenti che ne attestino l'identità ed il fatto che siano effettivamente minorenni; occorre pertanto procedere all'attribuzione della medesima<sup>4</sup> poiché senza l'identificazione del minore e/ o l'attribuzione della minore età non possono essere messe in atto le politiche di protezione e di tutela di cui hanno diritto: accoglienza in luogo sicuro, non espulsione<sup>5</sup>, concessione di un permesso di soggiorno per minore età<sup>6</sup>, possibilità di essere affidati a un parente entro il terzo grado, maggiorenne e regolarmente presente in Italia oppure a una famiglia terza o ad una comunità per minori<sup>7 8</sup>.

Al 30 settembre 2012<sup>9</sup> i minori stranieri non accompagnati segnalati ammontavano a 7.370 soggetti di cui 1757 (23,8%) irreperibili. Nella quasi totalità dei casi si tratta di ragazzi (94,1%) di cui il 10% di età compresa tra 0 e 14 anni, 10% di quindicenni, 26,3% sedicenni e 53,7% diciassettenni. Le prime 10 nazionalità sono Egitto (14,2%), Bangladesh (13,5%), Afghanistan (8,4%), Albania (8%), Marocco (5,3%), Tunisia (4,3%), Mali (2,5%), Somalia (2,2%), Costa d'Avorio (2%), Senegal (1,9%). Con il 3,7% delle presenze (271 minori) il Piemonte è al quinto posto come accoglienza preceduto da Lazio, Sicilia, Lombardia ed Emilia Romagna.

La Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione al fine di individuare i familiari dei minori non accompagnati, effettua, nei Paesi di origine o in Paesi terzi, delle indagini familiari (valutazione socio economica) volte ad analizzare il contesto di origine del fanciullo (famiglia, scuola, lavoro) per stabilire se, nell'ottica della tutela del diritto all'unità familiare, sia possibile un rimpatrio assistito o, in caso contrario, sia necessario elaborare un progetto di integrazione in Italia.

---

<sup>3</sup> Articolo 2 della Direttiva Europea 2001/55/EC3: "i cittadini di paesi terzi o gli apolidi di età inferiore ai diciotto anni che entrano nel territorio degli Stati membri senza essere accompagnati da una persona adulta responsabile per essi in base alla legge o agli usi, finché non ne assuma effettivamente la custodia una persona per essi responsabile, ovvero i minori che sono lasciati senza accompagnamento una volta entrati nel territorio degli Stati membri".

<sup>4</sup> art. 19, comma. 2 T.U. sull'Immigrazione (Dlgs 286/1998)

<sup>5</sup> art 19 del Testo Unico sull'Immigrazione: Non è consentita l'espulsione nei confronti degli stranieri minori di anni diciotto, salvo il diritto a seguire il genitore o l'affidatario espulsi.

<sup>6</sup> Regolamento di Attuazione del Testo Unico

<sup>7</sup> art. 2, della legge n. 184/1983

<sup>8</sup> Circolare del Ministero dell'Interno del 23 Dicembre 1999

<sup>9</sup> Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione - Divisione IV, [http://www.lavoro.gov.it/md/AreaSociale/Immigrazione/minori\\_stranieri/Documents/Report%20MSNA%2031-07-2013.pdf](http://www.lavoro.gov.it/md/AreaSociale/Immigrazione/minori_stranieri/Documents/Report%20MSNA%2031-07-2013.pdf)

Inoltre, la determinazione dell'età anagrafica riveste un ruolo cruciale anche riguardo all'imputabilità o meno del ragazzo in seguito a condotte contro le leggi italiane (furti, prostituzione, violenze e altre): per i minori di 14 anni vi è una "presunzione di assoluta impunità", per quelli fra 14 e 18 anni "l'imputabilità va accertata caso per caso"<sup>10</sup> e la competenza è del Tribunale per i minorenni<sup>11</sup>

Nel caso, invece, di minori comunitari non accompagnati presenti in Italia, tenendo conto del gran numero giovani romeni soli o in stato di abbandono<sup>12</sup>, è stato stipulato un accordo bilaterale tra Governo romeno e italiano<sup>13</sup>, che tenendo conto delle disposizioni vigenti<sup>14</sup> in merito al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli stati membri, prevede che le Parti collaborino al fine di migliorare la situazione dei minori romeni non accompagnati oppure in difficoltà presenti sul territorio della Repubblica Italiana e prevenire tali situazioni attraverso l'identificazione dei ragazzi, l'adozione delle necessarie misure di protezione e reintegrazione sociale e la facilitazione del loro rientro nel Paese d'origine.

## **2. Le procedure per la determinazione dell'età: limiti e prospettive future**

Il 15 maggio 2008 la Conferenza dei Servizi, indetta dal Ministero dell'Interno per rispondere all'esigenza di pervenire ad un procedimento unitario cui fare riferimento per le "Procedure di identificazione dei minori stranieri non accompagnati e di accertamento della minore età", ha evidenziato la necessità di definire un protocollo sanitario per la determinazione dell'età che possa essere applicato sull'intero territorio nazionale<sup>15</sup>.

Tale protocollo, approvato dal Consiglio Superiore della Sanità, prevede un approccio multidimensionale e multidisciplinare che comprende:

- una valutazione integrata dei dati risultanti dalla rilevazione radiologica del grado di maturazione ossea del distretto polso-mano e dall'esame fisico (misurazioni antropometriche, ispezione dei segni di maturazione sessuale, con identificazione degli eventuali disturbi dello sviluppo, definizione dello stadio di dentizione) svolto da un pediatra in presenza di un mediatore culturale (o, in sua assenza di un traduttore)<sup>16</sup>. I parametri utili a fornire indicazioni sull'età vanno comparati alle tabelle auxologiche dei diversi Paesi di provenienza o, in alternativa, a quelle dei Paesi più prossimi.
- gli accertamenti devono essere effettuati presso "strutture sanitarie pubbliche dotate di reparti pediatrici", capaci di garantire la minore variabilità possibile del giudizio espresso, individuate nell'ambito del Servizio Sanitario a cura delle Regioni.
- nel percorso di accertamento va previsto l'inserimento di un colloquio da svolgersi con il presunto minore nel principio di partecipazione e rispetto per la sua opinione<sup>17</sup>
- con l'età cronologica dovrà essere sempre indicato il margine di errore e, nei casi dubbi dev'essere applicato il principio della presunzione della minore età.

---

<sup>10</sup> art. 98 codice penale

<sup>11</sup> art. 67 codice penale

<sup>12</sup> che non ricevono più l'assistenza da parte dei genitori o del tutore o del rappresentante legale designato

<sup>13</sup> 9 giugno 2008

<sup>14</sup> Convenzione sui diritti dell'Infanzia (Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989), della Direttiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004

<sup>15</sup> [http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_12\\_1.wp;jsessionid=F5B6DECE1AF1871D4695BD26A5C6FFD1.aipAL05?previousPage=mg\\_16\\_1&contentId=SPS788737](http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wp;jsessionid=F5B6DECE1AF1871D4695BD26A5C6FFD1.aipAL05?previousPage=mg_16_1&contentId=SPS788737)

<sup>16</sup> La presenza del mediatore è stata introdotta nei servizi penali minorili con circolare n. 6 del 23 marzo 2002 *Linee guida sull'attività di mediazione culturale nei servizi minorili* con compiti di facilitazione della comunicazione con l'utenza straniera per l'attuazione di interventi finalizzati a creare condizioni che permettano la conoscenza e il rispetto delle diverse culture, a migliorare il dialogo tra operatori e minorenni stranieri

<sup>17</sup> art. 12 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, e dell'adolescenza (1989) sancisce il diritto di bambine, bambini, ragazze e ragazzi, di essere ascoltati e che la loro opinione sia presa in debita considerazione

- una volta attribuita l'età, al fine di evitare di dover ripetere la procedura in eventuali occasioni successive, questa deve affluire nella stessa banca dati cui confluiscono i dati della identificazione.

Dal punto di vista clinico occorre segnalare che, al momento, nella stragrande maggioranza delle strutture, l'identificazione dell'età viene effettuata tramite il solo esame radiografico del distretto polso-mano poiché si ritiene che sia il test maggiormente utilizzato in Europa (e che presenti quindi una maggiore casistica e una più ampia letteratura scientifica di riferimento rispetto ad altri tipi di esami meno invasivi) e perché permette l'irradiazione di una parte del corpo limitata, con una dose di radiazioni pari a "quella che si assorbe con la semplice esposizione naturale al sole nell'arco temporale di circa 1,5 giorni"

Tuttavia, come affermano Lodovico Benso e Silvano Milani nel documento "Alcune considerazioni sull'uso forense dell'età biologica"<sup>18</sup>, *L'età "biologica" o "fisiologica" ricavabile dall'esame di caratteristiche maturative individuali, quali lo sviluppo puberale<sup>19 20 21</sup>, la maturazione scheletrica, l'ecografia utero-ovarica e i dosaggi ormonali, non consente di stabilire con esattezza l'età cronologica di una persona priva di documenti. ... Differenti indicatori, quali i caratteri sessuali secondari, i denti e le ossa di varie articolazioni, possono avere differente ritmo di maturazione<sup>22</sup>. I metodi usati oggi in Italia per determinare l'età biologica, basati sugli stadi puberali e, soprattutto, sulla maturazione scheletrica, sono stati sviluppati, alcuni decenni orsono, prevalentemente in popolazioni anglosassoni. La definizione degli stadi puberali secondo Marshall-Tanner<sup>14, 15</sup> si basa su fotografie di bambini e adolescenti inglesi eseguite prima del 1959 (Harpenden Growth Study).*

*I metodi di Tanner<sup>17</sup> e di Greulich e Pyle<sup>23</sup> derivano l'età scheletrica dal grado di ossificazione della mano (carpo, metacarpo e falangi) e del polso (ulna e radio), basandosi su radiografie di soggetti partecipanti all'Harpenden Growth Study (TW2), e di bambini e adolescenti nati a Cleveland (Ohio) nel periodo tra le due guerre (Greulich e Pyle). L'incertezza della stima dell'età cronologica derivata dal grado di maturazione scheletrica è il risultato di tre componenti:*

- a) l'ampia e inevitabile variabilità nella maturazione osservabile tra soggetti coetanei di simili condizioni di vita e di salute, e appartenenti alla stessa etnia e classe sociale (variabilità biologica): il 94% dei soggetti con una data maturazione scheletrica ha età cronologica compresa in un intervallo di  $\pm 2$  anni attorno all'età media corrispondente a tale grado di maturazione. L'entità di questa variabilità biologica deve essere sempre indicata nel referto, che, in caso contrario, non ha significato dal punto di vista scientifico.*
- b) l'errore di entità ignota commesso nell'assumere che la maturazione scheletrica di soggetti di differenti condizioni di vita e salute, e appartenenti a differente etnia e classe sociale proceda come nei soggetti su cui è stato calibrato il metodo per la determinazione dell'età scheletrica. Gli effetti di questa fonte di errore (distorsione sistematica) potrebbero essere evitati se fossero disponibili studi mirati a valutare quanto le predette condizioni agiscono sui ritmi della maturazione.*

<sup>18</sup> Lodovico Benso (Già Direttore della SCU di Auxologia, Università degli Studi di Torino) e Silvano Dilani (Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Unità di Statistica Medica e Biometria. Università degli Studi di Milano) alcune considerazioni sull'uso forense dell'età biologica

<sup>19</sup> Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969; 44:291-303.

<sup>20</sup> Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child* 1970; 45:13-23.

<sup>21</sup> Prader A. Testicular size: assessment and clinical importance. *Triangle* 1966; 7:240-243

<sup>22</sup> Tanner JM. Sequence, tempo, and individual variation in the growth and development of boys and girls aged twelve to sixteen. *Daedalus* 1971; 100:907-930

<sup>23</sup> Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist (2<sup>nd</sup> Ed.). Stanford: Stanford University Press, 1959 pp.256

- c) *l'errore commesso dall'operatore esperto (imprecisione) nell'esaminare una radiografia di buona qualità (in media varia tra i  $\pm 3$  e i  $\pm 6$  mesi a seconda dell'età del soggetto e del metodo usato, e la sua entità aumenta al diminuire della qualità della radiografia e dell'esperienza dell'operatore).*

Anche il professor Raffaele Viridis<sup>24</sup> sottolinea che i dati antropometrici sono strettamente dipendenti dallo sviluppo puberale e che questo presenta ampie oscillazioni intra- e interpopolazioni e subisce l'influenza di variabili sia fisiche (genetica, patologie) sia ambientali (area di provenienza, nutrizione, condizione sociale, situazione psicologica, esposizione a lavori pesanti, precoce attività sessuale soprattutto in caso di utilizzo di anticoncezionali o per precedenti gravidanze o aborti). I popoli mediterranei e i tropicali benestanti tendono ad iniziare e concludere lo sviluppo puberale in modico anticipo rispetto a quelli del Nord-Europa, ma la media generale di età di sviluppo delle popolazioni tropicali, e del sud del mondo in genere, è in ritardo rispetto a quella del nord Europa ai loro connazionali benestanti. Le bambine Rom mostrano caratteristiche di sviluppo puberale simile a quello delle ragazze mediterranee, mentre i maschi sono solitamente più lenti sia delle sorelle sia dei coetanei della stessa nazione. Infine, recenti studi su adolescenti di varia origine etnica hanno mostrato (soprattutto per il metodo Greulich e Pyle), una buona corrispondenza per popolazioni caucasiche del centro e nord Europa, discreta corrispondenza per adolescenti provenienti dal medio oriente (Iran, Turchia), mentre ragazzi americani di origine africana tendono ad avere una maggiore maturazione scheletrica prima dello sviluppo puberale e quelli di origine europea, inizialmente più in ritardo hanno una maggiore maturazione scheletrica negli anni di medio e avanzato sviluppo puberale; ragazzi di origine latino-americana e Asiatica, infine, mostrano in differenti studi, la tendenza ad avere una maturazione scheletrica superiore alla loro età sia se valutata con il metodo di Greulich e Pyle sia con quelli di Tanner, e superiore a quelle di afro-americani e di bianchi americani.

Ancora il professor Viridis ci ricorda che particolare attenzione occorre porre nella valutazione dello sviluppo puberale nei casi in cui il presunto minore "nei casi in cui abbia subito persecuzioni, torture, conflitti, o possa essere vittime di tratta, sfruttamento, o aver comunque subito altre forme di violenza e abuso, compreso quello sessuale.

Da quanto esposto appare evidente come i metodi attualmente impiegati per l'accertamento dell'età dei minori stranieri in Italia, prevalentemente basati su esami della maturazione scheletrica della mano e del polso, non possano fornire risultati certi ma solo stime altamente imprecise così che nei casi in cui sul referto non sia tenuta in considerazione la variabilità biologica ( $\pm 2$  anni), ma solo il grado di imprecisione ( $\pm 6$  mesi) o non siano indicati i margini di errore, quest'ultimo non è scientificamente accettabile e non andrebbe preso in considerazione dalle autorità.

Erronee procedure in materia di identificazione anagrafica e accertamento dell'età possono condurre al mancato rispetto ed alla violazione di alcuni diritti fondamentali dei quali i minori stranieri sono titolari, inclusa l'adozione e l'implementazione di provvedimenti altamente lesivi nei confronti dei minori medesimi (trattenimento in centri per migranti adulti, espulsione, mancata protezione da violenza o tratta e sfruttamento).

Dal punto di vista dell'applicazione del protocollo l'associazione Save the Children ha prodotto un documento di analisi<sup>25</sup> che mette in luce alcune criticità derivanti da prassi persistenti sul territorio nazionale: ricorso ad esami medici in misura sproporzionata e in assenza di disposizione espressa dell'Autorità Giudiziaria, richiesta degli esami medici per l'accertamento dell'età da parte di soggetti non legittimati (comunità di accoglienza; enti locali ecc.), assenti o insufficienti informazioni, in una lingua e con modalità comprensibili per il minore, sull'intera procedura in generale e sulle conseguenze attese e mancata acquisizione del consenso informato

<sup>24</sup> Professore Associato di Pediatria e Auxologia, Clinica Pediatrica - Università di Parma

<sup>25</sup> [http://www.asgi.it/public/parser\\_download/save/1\\_00\\_09\\_protocollo\\_ascone.pdf](http://www.asgi.it/public/parser_download/save/1_00_09_protocollo_ascone.pdf)

agli esami, esami condotti per lo più al momento dell'ingresso (o dell'intercettazione sul territorio) del minore, accertamento spesso basato su un solo esame medico (radiografia del polso), margine di errore raramente indicato nel referto medico; copia del certificato di solito non consegnata al minore; mancato trattamento del minore in quanto tale in attesa dei risultati; mancata notifica della decisione di attribuzione dell'età recante indicazione dei mezzi di impugnazione.

Nel corso di quest'anno sono stati pubblicati i quattro rapporti nazionali del progetto europeo "Gate",<sup>26</sup> che ha esplorato, anche con una ricerca sul campo, i sistemi di protezione dei minori "separati" (migranti under 18 che in Europa si trovano temporaneamente lontano dai genitori o da coloro che dovrebbero garantire i loro diritti e le loro necessità) contro i rischi di tratta e sfruttamento in quattro Paesi (Grecia, Italia, Olanda e Cipro). Il gruppo di lavoro italiano<sup>27 28</sup> ha lavorato su 22 adulti (tutori, operatori sociali e rappresentanti di istituzioni e Ong e con 13 minori "separati" (piccolo ma significativo campione) fra i 9 e i 17 anni, quasi tutti maschi, di cui 7 afgani, 2 tunisini, un ivoriano, un pakistano, uno del Bangladesh e una ragazza di cittadinanza serba. Sette di questi ragazzi sono stati scelti come sottocampione di giovani accolti nel sistema di tutela italiano, sostenuti dalle strutture di accoglienza nel mantenere i contatti con le loro famiglie d'origine; sei non sono stati accolti nel sistema di tutela: tutti questi ultimi vogliono lasciare l'Italia per raggiungere un'altra destinazione, ma non hanno un punto di riferimento che li aiuti ad orientarsi. Tutti loro hanno affrontato gravi pericoli per la loro vita e la loro salute durante il viaggio che li ha portati in Italia e spesso anche appena giunti nel nostro paese.

In sintesi, gli adulti dichiarano che il sistema nazionale di protezione dei minori "separati" appare, in teoria, in linea con la Convenzione Onu dei diritti del "fanciullo" e con altri principi internazionali in materia di diritti umani e dei minori mentre, nella pratica, si riscontrano delle difficoltà nell'applicazione delle norme. Tra i principali problemi vengono individuate: la contraddizione tra la normativa in materia di protezione dell'infanzia e la normativa sull'immigrazione; la frammentazione del quadro legislativo e delle competenze con applicazione eterogenea di norme e procedure; la mancanza di meccanismi efficaci per il controllo sulla qualità dei servizi offerti; la mancanza di procedure condivise per la nomina del tutore e per l'accesso all'istruzione e alla formazione professionale; la mancanza di competenze e metodologie di lavoro adeguate e standardizzate. Inoltre l'attuale sistema di protezione è descritto dagli operatori adulti come "non attraente" per i minori, essendo focalizzato principalmente sulla risposta ai bisogni di base rivelando difficoltà nell'adattamento ai costanti cambiamenti nei processi migratori; non sempre in grado di comprendere i minori (le loro storie, i contesti culturali di origine, le loro risorse, i loro bisogni specifici), di comunicare efficacemente con loro e di dare una risposta ai loro bisogni individuali (culturali, psico-sociali..), di offrire prospettive di inclusione e integrazione e di sostenerli anche dopo il raggiungimento della maggiore età.

Gli autori concludono sottolineando come solo con la soluzione dei problemi descritti si può colmare la differenza tra protezione da rischi per la vita e/o situazioni pericolose e protezione intesa in senso più ampio (rispetto di tutti i diritti dei ragazzi, del loro empowerment anche grazie alla promozione di una rete di relazioni sane e positive intorno a loro).

---

<sup>26</sup> <http://www.gate-eu.org/files/GATE%20EU%20Report%20e-version%20final.pdf>

<sup>27</sup> [http://viedifuga.org/wp-content/uploads/2013/08/Scheda\\_Gate\\_Italia\\_VIEDIFUGA.pdf](http://viedifuga.org/wp-content/uploads/2013/08/Scheda_Gate_Italia_VIEDIFUGA.pdf)

<sup>28</sup> <http://www.gate-eu.org/files/GATE%20italiano.pdf>

## Conclusioni

Il minore straniero non accompagnato necessita di particolare tutela perché privo di persone adulte a cui fare riferimento e, al tempo stesso immigrato. Dunque un minore “dislocato” dal proprio ambiente familiare e contemporaneamente “dislocato” in un contesto “straniero”<sup>29</sup>.

Alla luce di quanto esposto nel paragrafo precedente, le autrici del presente capitolo non possono che condividere gli obiettivi individuati dal *Tavolo tecnico interregionale “Immigrati e servizi sanitari”* che fissano, come fondamentali rispetto al tema della determinazione dell’età, i seguenti punti:

- le Autorità di Pubblica sicurezza, ai fini della corretta identificazione, chiedono al migrante di mostrare un qualsiasi documento di identità di cui sia in possesso (anche in fotocopia o scaduto, ma che permetta di identificarlo con certezza) e, nel caso in cui ne risulti sprovvisto, verificano se sussiste la possibilità di farsene inviare copia dai parenti;

- se tale procedura non porta a nessun risultato o è impossibile o può rivelarsi pericolosa (per il minore o per i suoi familiari), alla presenza di un mediatore interculturale (o di un interprete/traduttore), con il supporto di un’assistente sociale/educatore del SSR ed eventualmente di Organizzazioni specializzate, si terrà un colloquio con il migrante nel quale si forniranno le informazioni relative all’importanza di declinare corrette generalità (compresa la data di nascita) e sulle conseguenze, anche penali, di false dichiarazioni. Nel contempo verranno raccolte tutte le possibili informazioni relative ai dati biografici e sociali. Tale colloquio, dovrebbe, in ogni caso, avvenire quando il ragazzo ha riacquisito le proprie energie fisiche e mentali e non si trova in una forte condizione di stress legata al viaggio, alla stanchezza ed alla paura;

- nel caso in cui il soggetto si dichiari minorenne, solo a fronte di dubbi fondati in merito all’età dichiarata, come *extrema ratio* si procederà all’accertamento della medesima attraverso la procedura socio-sanitaria; non è necessario sottoporre ad esami i soggetti palesemente minorenni o palesemente maggiorenni (anche se si dichiarano minorenni);

- il ricorso al suddetto accertamento della minore età attraverso esami medici ricade nell’attività di polizia giudiziaria<sup>30</sup> e deve pertanto essere disposto dall’Autorità Giudiziaria in un’ottica di adeguata tutela del minore non essendo possibile disporre accertamenti dell’età su mera richiesta di altri rappresentanti di istituzioni nazionali e locali e di altri enti o organizzazioni che entrano in contatto con i minori stranieri sul territorio (es. Forze dell’Ordine, Servizi sociali degli Enti locali, Enti gestori di comunità per minori ecc.);

- prima di avviare la procedura socio-sanitaria di accertamento della minore età del migrante occorre che:

- a) venga individuato un tutore o un adulto che ne eserciti le veci accompagnando il presunto minore durante il processo di accertamento dell’età

- b) venga acquisito il consenso informato del presunto minore che dev’essere sempre informato, in una lingua che possa capire ed in conformità al suo grado di maturità, in merito al fatto che per la determinazione dell’età si ricorrerà anche ad esami medici, ai risultati attesi, e le eventuali conseguenze di tali risultati e, infine, sulle le conseguenze di un suo rifiuto a sottoporsi agli accertamenti previsti;

- l’approccio “multidimensionale” e “multidisciplinare” (informazioni riguardanti la storia personale, misure antropometriche, parametri auxologici e documentazione iconografica con tecniche di diagnostica per immagini) va messo in atto presso strutture pubbliche del SSR (Consultorio Familiare, reparto di Pediatria, Servizi per l’età Evolutiva...) identificate dalle singole Regioni nell’ambito dei propri servizi del SSR, dotate di un’équipe multidisciplinare (assistente sociale, pediatra, mediatore interculturale, psicologo), da professionisti indipendenti,

---

<sup>29</sup> Nuovi approcci per l’accertamento dell’età a cura di Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, [http://www.libertaciviliimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/circolari/Nuovi\\_approcci\\_per\\_lxaccertamento\\_dellxetx.PDF](http://www.libertaciviliimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/circolari/Nuovi_approcci_per_lxaccertamento_dellxetx.PDF)

<sup>30</sup> Codice di procedura penale (art. 349 c.p.p.)

esperti e consapevoli delle specificità relative all'origine geografica e culturale del minore, adeguatamente formati e periodicamente aggiornati sul tema;

- è necessario elaborare procedure standard applicabili sull'intero territorio nazionale, attraverso il coinvolgimento attivo di esperti di alto livello delle discipline richieste e la consultazione di istituzioni e organizzazioni competenti;

- durante tutto l'iter è necessaria la presenza di un mediatore che

- spieghi le procedure
- indichi i rischi connessi all'esame (biologici e legali)
- acquisisca il consenso informato (requisito indispensabile)
- illustri le ricadute del rifiuto a sottoporsi all'esame
- riferisca quanto affermato dal minore il quale deve essere sempre ascoltato e la sua opinione va sempre tenuta in considerazione;

- al termine degli esami, i professionisti coinvolti (assistente sociale, pediatra, psicologo) valuteranno prima separatamente e successivamente in plenaria, l'età del ragazzo (tenendo conto del margine di errore insito in ciascuna metodica), ricavando alla fine un valore che andrà espresso in età cronologica media e riportato su un certificato medico il quale

- va consegnato al minore
- deve riportare il margine di errore e nel caso di dubbio attribuisca la minore età
- deve indicare le procedure per l'impugnazione
- deve essere tradotto in una lingua che il minore comprenda.

Tutti i professionisti coinvolti devono essere adeguatamente formati ed aggiornati.

L'aggiornamento va anche previsto periodicamente per le procedure, in caso di nuove evidenze relative alla datazione.

Fino alla conclusione delle procedure volte alla determinazione dell'età vanno applicate le norme relative alla protezione dei minori, quali la collocazione in una struttura idonea, la nomina di un tutore (nella fase di nomina del medesimo da un rappresentante legale che fa le veci del tutore pro tempore), la sospensione di tutte le misure che possano ledere i diritti (in particolare i provvedimenti di espulsione, respingimento e trattenimento).