



Prot./ARS 83

Ancona, 4 gennaio 2013

Verbale incontro Tavolo tecnico interregionale “Immigrati e servizi sanitari”, 17 dicembre 2012

Oggetto dell’incontro:

- 1) I livelli essenziali di assistenza (LEA) - Il sistema di monitoraggio: indicatori e adempimenti - Individuazione, fattibilità e proposta di specifici indicatori per la popolazione immigrata
- 2) Accertamento dell’età anagrafica dei minori stranieri non accompagnati (rilevanza, complessità e limiti, il Protocollo nazionale)

Regioni e P.A. Presenti:

Abruzzo, Calabria, Friuli V. Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Marche, Piemonte,

Le Regioni e P.A. Valle d’Aosta, Trento, Veneto, Liguria, Puglia, Basilicata, Campania, Sicilia hanno inviato comunicazione sulla loro impossibilità a partecipare all’incontro.

Ministero della Salute

Flavia Carle (Direttore Ufficio VI DG Programmazione Sanitaria)

Roberto Laneri (Ufficio X DG Programmazione Sanitaria)

La dottoressa Giuseppina Rizzo (Ministero della Salute, DG della Prevenzione Sanitaria, ex-Ufficio X) ha comunicato l’impossibilità a partecipare e ha inviato materiale specifico per l’incontro

Società Italiana Medicina delle Migrazioni: Salvatore Geraci

Istituto Nazionale Medicina Povertà e Migrazioni (INMP): Raffaele Di Palma

Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP): Maria Rosaria Sisto

Società Italiana di pediatria (SIP) – GLNBI: Rosalia Da Riol (impossibilitata a partecipare)

Raffaele Virdis: esperto, pediatra, Professore Ass. Università di Parma - Clinica Pediatrica

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità
Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi Sanitari”

1

Coordinamento: Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute – Regione Marche

Via G. da Fabriano n.3 - 60125 Ancona Italia

Tel.: +39 071 806 4103 Fax: +39 071 806 4105

diseguaglianze@regione.marche.it

<http://ods.ars.marche.it>

Punto 1) I livelli essenziali di assistenza (LEA) - Il sistema di monitoraggio: indicatori e adempimenti - Individuazione, fattibilità e proposta di specifici indicatori per la popolazione immigrata

Dopo un breve giro di presentazioni dei presenti e degli ospiti, la dottoressa Carletti ha rapidamente fatto il punto sui lavori in corso. In occasione del precedente incontro sono stati sinteticamente illustrati gli obiettivi ed il funzionamento del sistema di garanzia dell'effettiva erogazione delle prestazioni LEA sul territorio, disciplinato dal D.M. del 12 dicembre 2001 (LEA); le Regioni hanno accesso alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie, solo a seguito della certificazione degli adempimenti, secondo quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009.

Gli attuali indicatori contenuti nella griglia LEA e gli adempimenti del "questionario" non prevedono indicatori/adempimenti relativi alla popolazione immigrata e, più in generale, indicatori di "diseguaglianza", per cui si è convenuto sull'opportunità di proporre alcuni specifici indicatori. Tale ipotesi è in linea con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale: *"superamento delle diseguaglianze sanitarie, sociali e territoriali e adozione di strumenti valutativi che colgano le disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, eliminando gli effetti delle differenze esistenti nella struttura demografica, sociale ed economica della popolazione"*¹.

Pertanto la coordinatrice del Tavolo ha chiesto la disponibilità dei referenti del Ministero a collaborare con il Tavolo per valutare la fattibilità e la possibilità di proporre ai competenti uffici del Ministero della Salute specifici indicatori relativi alla valutazione dell'assistenza alla popolazione immigrata

La prof. Carle ed il dr. Laneri precisano che:

la certificazione degli adempimenti cui sono tenute le Regioni² avviene mediante la documentazione richiesta appositamente alle Regioni attraverso un **questionario** ed un'analisi della stessa integrata con informazioni rinvenibili presso il Ministero della Salute che conduce il lavoro istruttorio. La certificazione dell'adempimento relativo all'area "**mantenimento nell'erogazione dei LEA**" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori, che dotato di

¹ <http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea>

² escluse la Valle d'Aosta, le due Provincie Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010
Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari" 2

standard di riferimento e sistema di pesatura, consente di conoscere l'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio nazionale ed evidenziare le eventuali criticità (**Griglia LEA**).

L'aggiornamento annuale del set di indicatori rende flessibile la griglia, in grado di adattarsi ai nuovi indirizzi politici-programmatori ed in grado di intercettare aspetti via via più rilevanti per quanto concerne l'erogazione dei LEA.

La Griglia LEA si propone pertanto come un valido strumento capace di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dall'altro canto ne evidenzia i punti di forza rappresentando, quindi, un adeguato strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmatiche sia del livello nazionale che regionale e locale per interventi puntuali e per decisioni di maggiore intensità

Gli indicatori della griglia LEA ed i pesi di riferimento sono così ripartiti:

Livello di assistenza	N. Indicatori	Peso complessivo
Assistenza collettiva	6	5
Assistenza distrettuale	9	10
Assistenza ospedaliera	6	10

Per approfondimenti sui risultati relativi alle varie regioni si rimanda alla lettura dei documenti disponibili nel sito web del Ministero della Salute³.

Vengono successivamente discussi alcuni possibili indicatori relativi alla popolazione immigrata precedentemente individuati⁴. La dr.ssa Carletti fa presente che il calcolo degli indicatori relativi alla popolazione immigrata è possibile solamente se nei flussi informativi del NSIS "l'immigrato" è rintracciabile ovvero se l'informazione sulla cittadinanza (o come proxy paese di nascita) è raccolta. Sulla metodologia di analisi c'è ormai una consolidata esperienza da parte del Gruppo di lavoro nazionale-CCM Salute immigrati che lavora dal 2007 e ha elaborato e sperimentato sulla dimensione regionale e a livello nazionale, in collaborazione con Istat e INAIL, un set di indicatori relativi all'assistenza sanitaria degli immigrati⁵.

³ e in particolare al documento "Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea Metodologia e Risultati dell'anno 2010 – Marzo 2012 a cura della prof.ssa Carle (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf)

⁴ Si veda allegato

⁵ Si veda la pubblicazione "La salute degli immigrati: metodologia di analisi" - <http://ods.ars.marche.it>
Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

La proposta di indicatori è la seguente:

LIVELLO DI ASSISTENZA PREVENZIONE

Indicatore 1: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per le vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B), per cittadinanza (italiani, immigrati)

La prof.ssa Carle sottolinea che la possibilità di costruzione di questo indicatore è da verificare con i referenti ministeriali del flusso dati specifico.

Indicatore 2: proporzione di donne che hanno effettuato uno screening (per cervice uterina) di primo livello in programma organizzato, per cittadinanza (italiane, immigrate)

La prof.ssa Carle suggerisce di verificare la fattibilità di questo indicatore con i referenti ministeriali del flusso e con l'Osservatorio Nazionale Screening; la dr.ssa Carletti riferisce che al momento la cittadinanza è una informazione che non viene rilevata dall'ONS.

LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE

Indicatore 14 bis: proporzione di Consulori Familiari (con 4+ figure professionali) che impiegano in modo organizzato la mediazione interculturale. Si dovrebbe poter valutare quanto previsto dal D.M. 24 aprile 2000 (Progetto Obiettivo Materno-Infantile), nelle varie linee guida/documenti interministeriali in materia nonché dal CNEL.

Questo è un indicatore complesso perché richiede un sistematico flusso informativo sui Consulori Familiari (che al momento è un flusso non stabile) e una chiara definizione di "mediazione interculturale".

La dottoressa Lombardi ritiene utile, come punto di partenza, che venga effettuata una rilevazione dell'impiego della mediazione interculturale nei servizi sanitari delle Regioni e sottolinea che comunque c'è un problema relativo alla definizione del profilo professionale del mediatore interculturale e della sua formazione/aggiornamento. Il Dr. Di Palma fa presente che l'INMP sarà un centro di riferimento nazionale per la formazione di queste figure. La dr.ssa Curcetti fa presente che le sedi di lavoro e di proposizione/programmazione degli interventi sono i Tavoli interregionali dove le Regioni lavorano e si incontrano e i vari interventi, anche nell'ambito della salute degli immigrati, devono essere concertati con le Regioni e nei relativi Tavoli e non calati dall'alto e sganciati dalla programmazione delle singole Regioni. A tale proposito la dr.ssa Lombardi riferisce che la regione Toscana ha espresso un parere di preoccupazione sull'art. 14 del decreto Balduzzi (ora L. 158 del 13 settembre 2012) riguardante le funzioni e le attività dell'INMP. La dr.ssa Carletti riferisce che il tavolo Immigrati e Servizi Sanitari ha espresso ufficialmente parere negativo in merito.

Indicatore 14 tris

Assistenza pubblica di medicina di base agli immigrati extra-UE (adulti e minori) irregolari
Secondo quanto previsto dal DPR 394/99⁶. A tale proposito il dr. Laneri fa presente che potrebbe essere opportuna la formulazione di una linea guida nazionale al fine di rendere omogenea la modalità di erogazione dell'assistenza, da approvare attraverso un accordo in Conferenza Stato-Regioni. Successivamente all'emanazione dell'accordo si potrebbe inserire l'erogazione uniforme ed appropriata dell'assistenza alla popolazione straniera come adempimento specifico nell'ambito della "verifica adempimenti" di competenza del Comitato Lea. Altra possibilità è l'inserimento di un indicatore specifico nell'ambito della griglia LEA, da concordare, e per il quale, si rammenta, occorre individuare specifici valori di riferimento.

Viene fatto presente dal dr. Geraci che, pur non essendoci una indicazione organizzativa univoca, certamente c'è la necessità di un medico prescrittore per un primo livello assistenziale degli STP e dei comunitari indigenti, e, pertanto potrebbe essere monitorato se e dove e per quanto tempo tale medico opera (Ambulatorio STP aziendale, o convenzione con MMG, o protocollo d'intesa con struttura di volontariato/cooperazione sociale ...). La necessità di una linea guida o indicazioni precise al fine di rendere omogenea la modalità di erogazione dell'assistenza primaria può essere assolta dall'Accordo Stato-Regioni e P.A. in via di sottoscrizione con delle indicazioni condivise per l'applicazione delle norme sull'assistenza sanitaria agli immigrati.

LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Indicatore 18 bis: proporzione di gravidanze che esitano in IVG per cittadinanza (italiane e immigrate). La dr.ssa Carletti spiega che l'elevato ricorso all'IVG da parte delle immigrate costituisce un problema (ad oggi la proporzione di gravidanze che esitano in IVG è del 30% contro il 19% delle italiane) e, quindi è necessario un monitoraggio.

Per il livello ospedaliero si possono prendere in considerazione anche altri indicatori (ad es. la proporzione di ricoveri con modalità di urgenza degli italiani e immigrati, il peso medio dei DRG pediatrici ecc).

La prof.ssa Carle suggerisce di calcolare gli indicatori della griglia per cittadinanza e vedere i risultati. Comunque è necessario che il Tavolo faccia una proposta ufficiale agli uffici del Ministero

⁶ "le regioni **individuano le modalità** più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione ne impegnativa".

con l'obiettivo di capire se gli immigrati ricevono gli stessi LEA degli italiani e quindi si potrà avviare una collaborazione tecnica in tal senso.

Punto 2) Accertamento dell'età anagrafica dei minori stranieri non accompagnati (rilevanza, complessità e limiti, il Protocollo nazionale)

L'argomento è già stato trattato nei due precedenti incontri del 28 febbraio e del 24 settembre 2012.

La dr.ssa Carletti fa il punto della situazione sulla questione. Fa presente che le informazioni richieste al Ministero della Salute sono arrivate per e-mail la sera precedente da parte della dr.ssa Rizzo che non ha potuto essere presente all'incontro odierno.

a) Nel maggio 2008 il Ministero dell'Interno ha indetto una Conferenza di Servizi (che ha coinvolto varie Amministrazioni tra cui Ministero della Giustizia e Ministero della Salute) sulla "Procedura di identificazione dei minori stranieri non accompagnati - MSNA - e di accertamento della minore età" evidenziando la necessità di definire un protocollo per la determinazione dell'età anagrafica dei MSNA;

b) Si è pertanto deciso di costituire un Gruppo tecnico interistituzionale e interministeriale presso il Ministero della Salute⁷;

c) il Gruppo tecnico ha elaborato il protocollo "Approccio multidimensionale per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati" che è stato sottoposto per un parere al Consiglio Superiore di Sanità (CSS);

d) il 25 febbraio 2009 il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso un parere molto articolato nella cui premessa veniva sottolineata l'importanza del rispetto della CRC ('89), L.176/1991 e in particolare dei seguenti principi:

- le indagini "mediche" devono essere sufficientemente giustificate" (richiesta da Autorità Giudiziaria)
- si deve operare secondo i principi della non discriminazione e superiore interesse del minore,
- il minore deve essere sempre ascoltato e rispettato e la sua opinione deve essere sempre tenuta in considerazione,
- nel dubbio presumere la minore età.

⁷ All'epoca Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Coordinamento Interregionale in Sanità
Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

Nel parere veniva sostanzialmente sottolineata l'importanza che la determinazione dell'età anagrafica del presunto minore avvenga attraverso l'integrazione dei dati risultanti dalla rilevazione radiologica, dalle misure antropometriche, dall'ispezione della maturazione dello sviluppo sessuale, da una approfondita valutazione psicologica, svolti da un pediatra e da personale specializzato esperto e operante presso strutture pubbliche del SSN (appositamente individuate dalle Regioni), auspicando l'impiego di mediatori interculturali specificamente formati e che la comunità scientifica contribuisca, con opportuni progetti di ricerca, ad apportare eventuali nuovi contributi. Infine il CSS raccomanda un aggiornamento periodico del protocollo;

d) dal protocollo elaborato dal Gruppo tecnico e dal parere del CSS il Ministero della Salute ha redatto il "Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori secondo il modello dell'approccio multidimensionale";

e) il 29 settembre 2009 tale "Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori secondo il modello dell'approccio multidimensionale" è stato inviato dal dr. Oleari⁸ al Prefetto Mario Ciclosi, Direttore Generale per le Politiche dell'immigrazione e dell'asilo del Ministero dell'Interno.

f) nel settembre 2010 Save the Children ha prodotto il documento di "Analisi e posizione di Save the Children Italia"⁹ contenente numerosi punti di argomentato dissenso rispetto al Protocollo del Ministero della Salute.

Inoltre è stato siglato un Protocollo di intesa tra Ministero dell'Interno, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia che prevedeva di affidare all'Università La Sapienza di Roma un progetto di ricerca (finanziamento FEI) teso a perfezionare le procedure medico-psicologiche per l'accertamento dell'età del minore da realizzarsi entro l'ottobre 2009. Il risultato della ricerca è stato pubblicato nel giugno 2010¹⁰.

Ad oggi:

- dalla ricognizione fatta nell'ambito del Tavolo Immigrati e Servizi Sanitari, risulta che il Protocollo del Ministero della Salute non è stato divulgato agli Assessorati alla Salute delle Regioni e P.A. e, comunque, i tecnici delle regioni e gli operatori dei SSR non ne sono a conoscenza;
- non si sa se il suddetto protocollo sia stato diffuso agli organi periferici del Ministero dell'Interno e del Ministero della Giustizia;

⁸ All'epoca Direttore Generale del Dipartimento di Prevenzione e comunicazione del Ministero della Salute

⁹ <http://legale.savethechildren.it/Documento-di-analisi-del>

¹⁰ http://www.libertaciviliimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/circolari/Nuovi_approcci_per_l'accertamento_dell'etx.PDF

- l'accertamento dell'età anagrafica viene effettuato quasi sempre solo con radiografia del polso, spesso ai Pronto Soccorsi, da personale non specializzato, senza il mediatore interculturale e senza ascoltare e informare il minore e in totale violazione di quanto previsto dalla CRC (89), L.176/1991.

Ciò premesso il Tavolo ha ritenuto opportuno organizzare un incontro con un esperto in materia, il Prof. Virdis, medico pediatra, esperto in auxologia, che ha partecipato al gruppo tecnico nazionale e con pluridecennale esperienza dell'uso delle metodiche cliniche e strumentali indicate dai suddetti documenti proprio con minori non accompagnati e con bambini giunti tramite adozioni internazionali, per avere un aggiornamento scientifico sul problema della determinazione dell'età anagrafica di un ragazzo.

Il prof. Virdis, ha presentato le differenti metodologie adottate nei vari paesi europei, sottolineando come in vari paesi tra cui la Gran Bretagna e Svezia prediligono la **valutazione sociale**, così come indicato anche nei documenti dell'Unicef e di Save the Children.

Infatti le valutazioni antropometriche e l'apparente grado di maturità psicologica non possono essere correlate all'età reale in quanto dipendono da molte variabili (carattere familiare ed etnico di crescita e sviluppo puberale, stato di salute e nutrizione, stato sociale e psicologico...).

Inoltre ha sottolineato che, **l'età ossea è solo un indice del grado di maturazione scheletrica** che, a sua volta, è correlata alla maturazione puberale, allo stato di nutrizione (o denutrizione anche pregressa), al peso corporeo se in eccesso e ad altre variabili e, quindi, **può differire di molto dall'età reale del minore**. Va sottolineato che il MSNA ha spesso un passato che lo ha fatto maturare precocemente anche se proveniente da paesi poveri. A suo parere, la valutazione dell'età ossea dovrebbe essere riservata solo a casi particolari e, se eseguita, deve essere integrata con la valutazione clinica e possibilmente con una valutazione psicologica o neuropsichiatrica infantile.

Dunque, ha concluso il prof. Virdis, tralasciando le varie considerazioni etiche sull'opportunità o meno di fare certe valutazioni (soprattutto quelle radiologiche), da riservare solo a casi vantaggiosi per il minore o presunto tale, da tutti gli studi e i commenti sull'argomento emerge che **è difficile, se non impossibile ed in ogni caso mai sicuro, fare una stima reale dell'età cronologica**. **Non esiste un metodo sicuro** e l'utilizzo di più metodi non può dare risultati certi.

La determinazione dell'età non è una scienza esatta, i risultati possono presentare un considerevole margine di errore, solitamente indicato come di \pm 2anni ma in alcuni casi anche di 5

anni¹¹. Certo l'uso di più metodi può portare ad una **determinazione globale più precisa**, ma non necessariamente vicina a quella reale. Gli analisti, anche se esperti nei loro campi (pediatri, auxologici, neuropsichiatri infantili, psicologi, antropologi, mediatori culturali ed altri) e a conoscenza della diversa influenza di fattori etnici, socio-economici, alimentari, clinici, di sviluppo mentale e del vissuto precedente, esprimono sempre un giudizio personale maggiormente correlato agli aspetti ai quali hanno dato maggior importanza o a fattori che hanno potuto accelerare o ritardare la maturazione fisica, puberale, scheletrica, mentale e psicologica del minore. **Ogni valutazione deve essere globale** tenendo conto oltre che dei **dati medici** anche degli **aspetti sociali**, del **vissuto** (esplorabile solo o soprattutto grazie all'aiuto di mediatori culturali) del ragazzo, della **sua storia e delle esperienze e sofferenze**. L'aspetto fisico, lo stadio di sviluppo puberale e di conseguenza l'età ossea non sono indici accurati di età cronologica e, quindi deve esserci sempre il beneficio del dubbio.

Il processo di determinazione dovrebbe svolgersi in **tempi prolungati**, in modo da poter far sorgere una certa **confidenza da e con il minore**, assicurandogli nel frattempo protezione, i servizi necessari al suo benessere morale, fisico e legale ed anche facendogli apprezzare un "modo" di vita migliore di quello a cui in molti casi è stato costretto dagli adulti. Indispensabile infine anche, l'intervento e la valutazione, integrata con quella degli altri operatori, di uno psicologo o neuropsichiatra infantile, per non attribuire a ragazzi/e maturi/e a livello fisico, età anagrafiche superiori a quelle reali.

Infine il prof. Viridis ha sottolineato che la richiesta della valutazione dell'età dovrebbe essere fatta solo dall'Autorità giudiziaria, e riservata solo a quelli che dimostrano chiaramente più di 18 anni¹².

Il professore ha dato la sua disponibilità a coinvolgere il prof. Brunetto Boscherini.

I presenti dibattono la questione e il dr. Comisso ritiene che sarebbe opportuno che la procedura prevedesse in prima battuta un colloquio psico-sociale con operatori esperti. Indubbiamente è necessario che le Regioni e P.A. individuino i Centri di riferimento.

¹¹ Alcune relazioni degli esperti del gruppo tecnico di lavoro sono stati particolarmente eloquenti in merito, affermando che ciascuna metodologia utilizzabile mostra limiti e conseguentemente margini di errore tanto importanti da impedirne l'utilizzo di routine per l'assegnazione dell'età cronologica, essendo dunque il rischio di errore nel risultato maggiore di quello derivante dal fare riferimento **esclusivamente all'età dichiarata dal minore** (si veda in particolare la relazione del prof. Brunetto Boscherini)

¹² Ci si riserva di approfondire con il Ministero della Giustizia in quanto l'art. 98 del Codice Penale stabilisce che l'imputabilità vada accertata caso per caso per "chi nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i 14 anni ma non ancora i 18 anni", mentre, per il minore degli anni 14 propone una presunzione assoluta di non imputabilità.

La dr.ssa. Sisto ha fatto presente che la FIMP ha sottoscritto nel 2007 un protocollo d'intesa con l'UNICEF¹³ per la promozione dei diritti dei minori. Sostiene quindi l'interesse superiore del minore e la tutela del minore che si dichiara tale ai sensi dell'art 3 comma 1, dell'articolo 12, commi 1 e 2 , e degli articoli 22 e 24 della Convenzione di New York, legge 176/91 dello stato Italiano
Consegna ai partecipanti un documento a firma di Save The Children, Croce Rossa, IOM, UNHCR sulle modalità e i principi da seguire per l'accertamento della minore età e il citato protocollo d'intesa FIMP- UNICEF¹⁴. Infine propone di invitare il Garante per l'infanzia e i referenti nazionali UNICEF e Save The Children per rafforzare l'interesse del minore in tutte le questioni che lo riguardano e che il Tavolo dibatte.

La dr.ssa Lorenzini è d'accordo e propone di avviare un percorso concreto, che si possa tradurre in una di tutela reale del minore, tenendo presente le esigenze anche del Ministero della Giustizia che dovrebbe essere coinvolto in tale percorso. I partecipanti convengono quanto segue:

In conclusione i partecipanti convengono quanto segue:

stilare un documento (che potrebbe configurarsi come aggiornamento del precedente protocollo), contenente indicazioni di minima e dei limiti entro cui ci si deve attenere nella procedura dell'accertamento dell'età del i cui punti salienti dovrebbero essere:

1. premessa per sottolineare che nessuna metodologia di per sé può dare indicazione certa dell'età cronologica
2. deve essere presa prioritariamente in considerazione la dichiarazione di età del minore (nel rispetto di quanto previsto tra gli altri dalla CRC ('89), L. 176/91, Circolare Ministero Interno del 9 luglio 2007¹⁵: "accordare comunque alla persona il beneficio del dubbio, trattandola come se fosse un bambino" e dal Consiglio d'Europa¹⁶.
3. l'accertamento deve essere chiesto solo per coloro che dimostrano chiaramente più di 18 anni

¹³ http://www.fimp.org/unicef/allegati/Protocollo_UNICEF_FIMP.pdf

¹⁴ http://www.unhcr.it/cms/attach/editor/PIII_AccertamentoEta.pdf

¹⁵ Circ. Min. Interno, 17272/7 "Identificazione di migranti minorenni"
<http://www.meltingpot.org/IMG/pdf/minori2007.pdf>

¹⁶ Il Commissario ai Diritti Umani per il Consiglio d'Europa, Thomas Hammarberg, ha pubblicato il 9 agosto 2011 una significativa posizione sulla necessità di implementare misure di accertamento dell'età dei minori migranti che favoriscano un approccio multidisciplinare e assicurino il rispetto della dignità del minore
http://commissioner.cws.coe.int/tiki-view_blog_post.php?postId=166

4. la valutazione dell'accertamento deve essere fatta solo su richiesta dell'Autorità giudiziaria
5. la valutazione deve privilegiare l'approccio psico-antropologico
6. la procedura deve prevedere l'individuazione e l'assegnazione al minore di un Tutore pro-tempore

In allegato alcuni materiali di studio e di lavoro

**Il prossimo incontro è stato fissato per il 28 febbraio 2013,
ore 10.00 – 16.00, a Roma, presso **la sede che verrà comunicata****

Verbale a cura di: dr.ssa Patrizia Carletti e partecipanti