

C. Ferrari, M. Lovison e G. G. Valtolina

Tra norme giuridiche e pratiche quotidiane: l'applicazione del protocollo per l'accertamento dell'età dei MSNA

Prefazione di Rosa Costantino e Giovanna Mattei

Introduzione di Claudia Giudici



C. Ferrari, M. Lovison e G. G. Valtolina

Tra norme giuridiche e pratiche quotidiane: l'applicazione del protocollo per l'accertamento dell'età dei MSNA

Prefazione di Rosa Costantino e Giovanna Mattei

Introduzione di Claudia Giudici



La presente pubblicazione è realizzata nell'ambito del programma CCM 2022 - Linea progettuale n. 7 - Progetto: *Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (msna) nei servizi sanitari* - Responsabile Regione Emilia- Romagna.

Fondazione ISMU ETS Via Copernico, 1 - 20125 Milano
Tel. 02.678779.1 www.ismu.org

Immagine di copertina: Marta Carraro
Progetto grafico e impaginazione: Marta Carraro
Stampa: Pixar Printinting

© Copyright Fondazione ISMU ETS, Milano 2025
ISBN 9788831443401

Indice

Prefazione di Rosa Costantino e Giovanna Mattei	pag.	5
Introduzione di Claudia Giudici	»	7
1. L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati in Italia. Caratteristiche e specificità.	»	13
1.1 Le presenze	»	13
1.2 Il Sistema di accoglienza	»	16
1.3 La figura del tutore volontario	»	20
1.4 Osservazioni conclusive	»	25
2. La normativa italiana per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e il protocollo di accertamento dell'età	»	27
2.1 L'impegno dell'Italia per la tutela dei minori stranieri non accompagnati: la legge 47/2017	»	29
2.2 La procedura di identificazione del minore e il protocollo di accertamento dell'età	»	36
2.3 Considerazioni conclusive	»	40
3. Le diverse metodologie di accertamento dell'età dei minori: strumenti sanitari, psicosociali e multidisciplinari	»	41
3.1 I metodi medico-legali di accertamento dell'età	»	45

3.2 Il Metodo psicosociale	pag.	51
3.3 Il Metodo integrato	»	54
4. L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati in alcuni Paesi dell'Unione Europea	»	57
4.1 Il contesto normativo europeo e l'assenza di standard comuni	»	57
4.2 Accertamento dell'età nei minori stranieri non accompagnati in Europa: confronto tra sistemi nazionali	»	60
4.3 Tabella comparativa dei sistemi di accertamento dell'età nei Paesi dell'Unione Europea	»	79
4.4 Principio del beneficio del dubbio e armonizzazione europea	»	82
4.5 Osservazioni conclusive	»	83
5. La ricerca sull'applicazione del protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati	»	87
5.1 Le scelte metodologiche della ricerca	»	88
5.2 I partecipanti alla ricerca	»	90
5.3 Strategie di analisi dei risultati	»	93
5.4 I risultati	»	99
5.5 Discussione degli esiti finali della ricerca	»	114
6. Considerazioni conclusive	»	117
Riferimenti Bibliografici	»	119

Prefazione

*di Rosa Costantino e Giovanna Mattei**

Il fenomeno migratorio caratterizza l'epoca attuale proponendo sfide che attraversa confini geografici, culturali e politici. Tra le persone che intraprendono questi viaggi, spesso difficili e incerti, ci sono migliaia di minori stranieri non accompagnati (MSNA) che arrivano in Italia senza genitori o figure adulte di riferimento, portando con sé storie di fuga, perdita, speranza e resilienza. La loro presenza ci interpella come società, come istituzioni, come professionisti e ci chiede di essere all'altezza di un compito che non è solo tecnico: accogliere, proteggere, curare.

Il progetto "Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi, prevenzione e cura dei minori stranieri e MSNA nei servizi sanitari", promosso dalla Regione Emilia-Romagna e sostenuto dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma CCM 2022, nasce da questa consapevolezza. Non si tratta di un semplice intervento tecnico o amministrativo, ma di un'iniziativa che ambisce a costruire un modello di governance condiviso, replicabile e sostenibile, capace di garantire un accesso equo, tempestivo e culturalmente accessibile ai servizi sanitari per tutti i minori stranieri.

Il progetto si fonda su un approccio integrato e multidisciplinare, che coinvolge operatori sanitari e sociali, mediatori interculturali, enti del terzo settore, istituzioni regionali e nazionali. È un lavoro di rete che valorizza le competenze e le esperienze già maturate – come quelle del progetto ICARE – e le mette a sistema, con l'obiettivo di superare le disomogeneità territoriali e costruire percorsi strutturati e duraturi.

Le azioni previste sono molteplici e articolate: dalla definizione di standard minimi comuni per la presa in carico sanitaria, alla sperimentazione di strumenti innovativi come il "passaporto di salute" per la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili; dalla formazione congiunta degli operatori, alla promozione della mediazione interculturale come prassi consolidata nei servizi. Particolare attenzione è stata dedicata all'analisi delle criticità

* Rosa Costantino, sociologa, Settore Assistenza territoriale Regione Emilia-Romagna; Giovanna Mattei, medico, Settore Prevenzione collettiva e sanità pubblica Regione Emilia-Romagna.

nell'applicazione del protocollo per la certificazione dell'età, con l'obiettivo di proporre soluzioni operative condivise e sostenibili.

Il progetto ha coinvolto quattro realtà – Regione Emilia-Romagna, Azienda Ospedaliero-Università Meyer di Firenze – Centro Salute Globale; ASL Roma 1 – Salute Migranti Forzati (SaMiFo); Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Trapani – Centro Salute Globale– ciascuna con le proprie specificità, ma unite dalla volontà di costruire un modello comune. Le attività sono state coordinate da un board nazionale multiprofessionale, che ha garantito il confronto costante tra i partner, la condivisione delle criticità e delle buone pratiche e la definizione di strategie comuni. Il coinvolgimento attivo delle comunità locali, delle istituzioni e degli stakeholder ha rappresentato un elemento chiave per il successo dell'iniziativa.

Questa pubblicazione raccoglie i contenuti, le metodologie, le esperienze e le riflessioni maturate nel corso del progetto e riferite a un aspetto particolare del nostro Lavoro: l'implementazione del protocollo per la determinazione dell'età dei MSNA. È pensata come strumento di lavoro, ma anche come testimonianza di un impegno collettivo. Un impegno che ha messo al centro i diritti dei minori e la responsabilità delle istituzioni e che ha saputo coniugare rigore scientifico e sensibilità umana, innovazione e concretezza.

In un tempo in cui le sfide globali richiedono risposte locali sempre più coordinate e inclusive, questo progetto rappresenta un esempio concreto di come la collaborazione tra enti, istituzioni e terzo settore possa tradursi in azioni efficaci e sostenibili. È nostro auspicio che il modello implementato possa contribuire a rafforzare il sistema sanitario nazionale nella sua capacità di accogliere e prendersi cura di tutti, a partire dai più vulnerabili. E che possa ispirare, in altri contesti e in altri territori, nuove pratiche di accoglienza, cura e inclusione.

Introduzione

di Claudia Giudici*

L'estremo interesse del volume che mi accingo ad introdurre è dato dalla complementarietà e dalla funzionalità reciproca tra le parti e i contenuti che lo compongono.¹

L'inquadramento generale sui cambiamenti relativi alle caratteristiche dei minori stranieri non accompagnati nel nostro Paese e all'articolazione del sistema di accoglienza, presenta una ricognizione aggiornata sullo stato di attuazione della Legge 7 aprile 2017, n. 47. Andando oltre la cosiddetta emergenza migratoria e secondo un approccio "*intersezionale e multidimensionale*"², il fenomeno dei MSNA è affrontato come una "*sfida sociale, educativa e culturale che interroga le politiche pubbliche, la coesione territoriale e la responsabilità collettiva*".³

Nell'associarmi a questa lettura, vorrei aggiungere che è l'impianto stesso della Legge 7 aprile 2017, n. 47 a costituire fin dall'inizio una "sfida" impegnativa per tutti i soggetti coinvolti e gli attori in campo, considerato l'assoluto rilievo e l'attualità, laddove è prospettato ed interpretato appieno il principio di sussidiarietà previsto dalla nostra Costituzione, con la previsione di cambiamenti organizzativi rilevanti da parte dei servizi e degli uffici che si occupano di minori stranieri soli, ad iniziare dai Tribunali per i minorenni e dalle Procure minorili e dal ruolo specifico attribuito ai Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza, fino ad arrivare all'introduzione di una novità di straordinaria importanza come quella di assegnare – da parte degli attuali

* Claudia Giudici, Garante per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Emilia-Romagna

¹ Ringrazio per questo rapporto di ricerca, innanzitutto Rosa Costantino, ICARE Project Manager del Settore Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna, Giovanna Mattei, Dirigente Area malattie infettive e programmi prevenzione collettiva della Regione Emilia-Romagna, Emanuele Caredda, del Ministero della Salute e Alessandra Diodati, dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, che ho avuto modo di ascoltare nel corso dei seminari del 2 febbraio 2024 e del 26 febbraio 2025 sull'applicazione del Protocollo multidisciplinare sulla determinazione dell'età dei MSNA.

² Infra p. 25

³ Infra p. 25

TM – le tutele per i MSNA a cittadine e cittadini volontari in base al riconoscimento di un ruolo non solo giuridico di rappresentanza legale, ma anche sociale e relazionale, ritenuto sostanziale per i minori non accompagnati.

Nel volume, infatti, è dedicata un'attenzione peculiare alla figura del Tutor volontario e, nel mio ruolo istituzionale, ritengo che la tutela volontaria non sia solo un'esperienza di cittadinanza attiva ma un esercizio di diritti fondamentali così come previsto dalla *Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, la cui continua messa in opera costituisce il compito principale dei Garanti, per il rispetto dei diritti di tutti i bambini e bambine, ragazzi e ragazze presenti nei territori regionali, e riveste una valenza fondamentale nell'applicazione del superiore interesse anche per i minori stranieri non accompagnati presenti nelle comunità regionali, in particolare nell'ambito del sistema di accoglienza e in modo preminente per tutte le decisioni nelle quali sono coinvolti (cfr. Art. 3, CRC).

L'applicazione della legge, in particolare in Emilia-Romagna, ha continuato a ricevere un rinnovato impulso grazie anche alla collaborazione con la rete di associazioni di Tutori volontari che si è creata a livello territoriale, senza trascurare, per completezza, che accanto a numerose esperienze positive ed ai benefici registrati in primo luogo per i minori stranieri non accompagnati che hanno avuto accesso al nostro sistema di accoglienza e protezione, si sono manifestate anche questioni e difficoltà di particolare interesse e complessità per le istituzioni e i servizi preposti, sia nella valorizzazione delle disponibilità e professionalità di figure volontarie qualificate, sia nel perseguire l'obiettivo di rinnovamento del sistema di accoglienza dei minori che arrivano soli nel nostro paese e nella nostra regione, considerandoli portatori non solo di bisogni primari, ma di diritti soggettivi, saperi, culture e potenziali risorse future nell'ambito del loro progetto migratorio e per il territorio di accoglienza.

L'ambito dedicato alle procedure di identificazione dei minori stranieri non accompagnati e di accertamento dell'età, attraverso l'approfondimento composito e il confronto tra diversi sistemi nazionali europei, oltre a costituire il *focus* del volume, rappresenta una cornice propedeutica sostanziale alle pagine destinate alla *ricerca intra-regionale sul recepimento e l'applicazione del protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei MSNA*⁴ e, al contempo, affronta in termini organici uno dei nodi più complessi e controversi delle politiche migratorie e di protezione dei minori stranieri soli all'interno dell'Unione Europea.

⁴ La Regione Emilia-Romagna ha proposto la realizzazione di un'indagine conoscitiva, relativamente all'applicazione del *Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*, approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni in data 9 luglio 2020, in quattro regioni italiane: Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia, incaricando la Fondazione Ismu ETS per la realizzazione della ricerca.

In un'ottica analitica e comparativa, troviamo come nel sistema italiano di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati prevalga un *sistema integrato* che si è evoluto nel tempo, attraverso una progressiva affermazione di principi garantisti e una crescente attenzione al rispetto dei diritti fondamentali dei minori, grazie alla svolta rappresentata dalla Legge 7 aprile 2017, n. 47 che si qualifica come «una delle più avanzate e protettive a livello internazionale che – sotto molteplici aspetti – si conforma alle linee d'azione sollecitate dall'Unione europea» per mutuare la definizione della prof.ssa Alessia Di Pascale dell'Università degli Studi di Milano.⁵

Ciò detto, anche in questa sede così come è stato fatto opportunamente nel volume, non può non essere segnalato che in una fase assai complessa, che tutti noi abbiamo vissuto a fronte del rilevante aumento delle presenze di minori stranieri soli in Emilia-Romagna come nel resto del Paese – dalla seconda metà del 2022 fino al calo progressivo tra il primo e il secondo semestre dell'anno 2024, confermato nei primi mesi del 2025 – il Legislatore nazionale ha introdotto rilevanti cambiamenti o, per meglio dire, “stravolgimenti” alla normativa vigente: vorrei citare, per tutti, la Legge 1 dicembre 2023, n. 176 con la quale si è di fatto determinata una pericolosa riduzione delle garanzie previste dalla Legge 7 aprile 2017, n. 47, aumentando i rischi per l'incolumità e i diritti fondamentali dei MSNA.

Soprattutto, siamo di fronte ad un arretramento rispetto alla normativa italiana che, proprio con l'approvazione della Legge Zampa, aveva realizzato un esempio di civiltà giuridica, fondandosi sul diritto per ogni minore migrante di essere considerato prima, e sopra ogni cosa, un minorenne e quindi godere degli stessi diritti fondamentali al pari dei coetanei italiani ed europei.

In tale prospettiva, ritengo che la determinazione dell'età sia la condizione preliminare per garantire la necessaria tutela dei MSNA e che non riguardi solo il tema dell'accoglienza ma anche quello di una effettiva tutela processuale, legale, linguistica e culturale.

Pur non potendo entrare nel merito delle diverse metodologie di accertamento dell'età dei minori e degli strumenti sanitari, psicosociali e multidisciplinari, puntualmente argomentati e documentati nel volume attraverso i principali riferimenti teorici, normativi e le rispettive modalità operative, merita di essere richiamato – come ha fatto l'AGIA nel suo Rapporto del mar-

⁵ Di Pascale A. (2020), *La normativa italiana ed europea per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*, in N. Pavesi, G.G. Valtolina (a cura di), *Buone pratiche per l'accoglienza dei minori non accompagnati*, F.Angeli, Milano, pp. 54-66

zo 2025⁶ – quanto sancito dal *Comitato delle Nazioni unite per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*: l'accertamento dell'età è di fondamentale importanza, in quanto il suo risultato determina se la persona che si è dichiarata minore sarà protetta dallo Stato in quanto tale e, similmente, se, a seguito di tale accertamento, la stessa godrà dei diritti sanciti dalla *Convenzione delle Nazioni unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*.⁷

Anche l'*Agenzia dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* ricorda che l'accertamento dell'età si riferisce alle procedure attraverso cui le autorità cercano di determinare l'età legale di un migrante per individuare le norme e le prassi da seguire in materia di immigrazione. Le procedure di accertamento dell'età, infatti, devono sempre rispettare i diritti del minore.⁸ Una volta attraversata la frontiera europea e accertata la minore età, ai minori devono essere garantite tutela dei diritti e protezione, seguendo il principio del “superiore interesse” secondo l'Art. 3 della *Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 20 novembre 1989*, ratificata dalla Legge 27 maggio 1991, n. 176.

Tuttavia, anche nello specifico delle metodologie di accertamento dell'età dei minori, si deve registrare come le riforme legislative intervenute nel 2023 attraverso l'adozione del Decreto legislativo 133/2023, convertito e integrato dalla già citata Legge 1 dicembre 2023, n. 176, hanno introdotto procedure che divergono da quelle ordinarie che avevano previsto, invece, un *iter* di carattere olistico e multidisciplinare, basato su una valutazione del superiore interesse del minore e sul principio di presunzione di minore età.

In particolare, com'è noto, tali procedure sono applicate in deroga a quelle ordinarie, in caso di “arrivi consistenti, multipli e ravvicinati”. Date tali condizioni – peraltro sprovviste di criteri di misura e, perciò potenzialmente discrezionali e dipendenti per definizione da variabili contingenti – l'autorità di Pubblica Sicurezza, “nell'immediatezza” degli arrivi può disporre rilievi antropometrici o altri accertamenti sanitari, anche radiografici.

Inoltre, è data immediata comunicazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, che, nei casi di particolare urgenza – anche se i motivi dell'urgenza non sono meglio definiti – può autorizzare oralmente e confermare per iscritto solo successivamente. Il verbale delle

⁶ AGIA, *Ascolto e partecipazione dei minori stranieri non accompagnati come metodologia di intervento. Risultanze delle visite dell'Autorità garante per l'infanzia e adolescenza nei luoghi di primo arrivo e nelle strutture di prima accoglienza in cui sono presenti minori stranieri non accompagnati (2023- 2024)*, Roma marzo 2025

⁷ Cfr. *Committee on the Rights of the Child, Views adopted by the Committee under the Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure, concerning communication No. 76/2019*, para. 8.3, <https://juris.ohchr.org/casedetails/2920/en-US>

⁸ Cfr. European Union Agency for Fundamental Rigths, *Manuale di diritto europeo in materia di diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, § 9.2. *Accertamento dell'età, punti salienti*, p. 230.

attività compiute è notificato all’interessato/a e a chi esercita i poteri tutelari (ove nominato) e può essere impugnato presso il Tribunale per i minorenni entro cinque giorni dalla notifica.⁹

La nuova norma non fa alcun riferimento esplicito a garanzie quali la compiuta informativa al minore sulla procedura, il rispetto del superiore interesse di cui all’Art. 3 della Convenzione dell’Onu, lo svolgimento di un adeguato colloquio nel rispetto del diritto all’ascolto – sancito dall’Art. 12 della Convenzione dell’Onu e considerato, assieme al principio del superiore interesse del minore citato, uno dei principi fondamentali dal Comitato Onu, così come la nomina di un tutore. Non viene, pertanto, applicato all’interessato il principio di presunzione della minore età, che la CEDU considera un elemento intrinseco della tutela del diritto al rispetto della vita privata di una persona straniera non accompagnata che si dichiara minorenne ed implica, appunto, che sufficienti garanzie procedurali devono accompagnare la relativa procedura di accertamento dell’età.¹⁰

Ho già avuto modo di citare nel secondo seminario sull’applicazione del Protocollo per la determinazione dell’età dei MSNA in Emilia-Romagna,¹¹ gli esiti della quarta edizione del Rapporto dal titolo emblematico “*Nascosti in piena vista*”,¹² nel quale *Save the Children* ha acceso i riflettori su alcuni aspetti decisivi della condizione dei MSNA, concentrandosi in particolare sul compimento dei 18 anni e sul passaggio alla vita adulta. Anche il “traguardo” o, per meglio dire, la “soglia critica” della maggiore età – peraltro, comune alla maggioranza di minori che giungono nel nostro Paese diciassettenni in quasi il 60,0% dei casi – ritengo sia in stretta correlazione con la fase dell’accertamento dell’età. Quest’ultima, quindi, rappresenta per i MSNA la prima e, direi cruciale, delle diverse “sliding doors” che incontrano nel loro percorso ad ostacoli, alla quale risultano strettamente collegati, come è noto, l’ingresso nel sistema di accoglienza, l’apertura della Tutela e il rilascio del permesso di soggiorno.

Come tante testimonianze raccolte di MSNA documentano, il rischio di essere identificati come adulti implica, infatti, molte criticità, tra cui il possibile inserimento nella cosiddetta “procedura accelerata”, che si svolge direttamente in frontiera per chi viene da Paesi considerati sicuri, per il rico-

⁹ AGIA, *Ascolto e partecipazione dei minori stranieri non accompagnati come metodologia di intervento. Risultanze delle visite dell’Autorità garante per l’infanzia e adolescenza nei luoghi di primo arrivo e nelle strutture di prima accoglienza in cui sono presenti minori stranieri non accompagnati* (2023- 2024), Roma marzo 2025, p. 68

¹⁰ Corte europea dei diritti dell’uomo, Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo del 21 luglio 2022 - Ricorso n. 5797/17 - *Causa Darboe e Camara c. Italia*, par. 153-154.

¹¹ *Le équipe multidisciplinari per la determinazione dell’età in Emilia-Romagna... un anno dopo*. Bologna, Aula Magna Fondazione Lercaro, 26 febbraio 2025

¹² *Nascosti in piena vista. Frontiera 18*, Edito da Save the Children Italia, dicembre 2024

noscimento della protezione internazionale. I ragazzi che hanno partecipato alla ricerca di *Save the Children*, ad esempio, hanno evidenziato l'impatto determinante di eventuali errori sulle loro vite e sul loro futuro immediato.

Anche l'AGIA, nel Rapporto citato, riporta testualmente: «*nonostante la centrale rilevanza e delicatezza che riveste l'accertamento dell'età per la protezione delle persone di minore età, le visite condotte hanno confermato un quadro impreciso, disomogeneo e non sempre in linea con la normativa e con gli standard internazionali. Talvolta è stato anche registrato uno scollamento tra la struttura di accoglienza e le istituzioni di riferimento nel territorio, incontrate e consultate nel corso delle visite, che in più di un'occasione non hanno potuto fornire informazioni sul tema, in merito alle casistiche, procedure seguite e quant'altro. Quando si sono potute acquisire le informazioni, queste hanno evidenziato difformità ed incongruenze con la normativa. Tra queste, si segnala la collocazione con gli adulti nelle more dell'accertamento, per coloro che erano stati inizialmente registrati come maggiorenni e conseguentemente trasferiti come tali presso un centro per adulti*».¹³

A fronte del quadro appena tracciato, risulta assai preziosa la ricerca implementata dalla Fondazione ISMU e articolata in un'ottica plurale rispetto alle diverse realtà regionali – i cui esiti sono qui presentati e che invito a leggere con estrema attenzione – sia sotto il profilo conoscitivo e di valorizzazione delle esperienze di applicazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età ai sensi dell'Art. 5 della Legge 7 aprile 2017, n. 47 ispirato a criteri di proporzionalità e gradualità, sia sotto il profilo rigorosamente metodologico.

Rispetto a quest'ultimo aspetto, vorrei sottolineare con particolare rilievo, che pur fondandosi il percorso di indagine «*su un impianto metodologico a prevalente vocazione qualitativa*»¹⁴, come sia stata posta «*particolare attenzione [...] anche alla dimensione riflessiva [...] seguendo le indicazioni di Pierre Bourdieu (1993) sul principio di sorveglianza epistemica*», così rafforzando la «*collocazione epistemologica*» dei contributi raccolti ed il loro apporto altamente significativo in quanto base «*generativa*» per riflessioni e approfondimenti successivi sulle prassi di accertamento dell'età che, come è stato osservato, per loro natura sono sensibili a molteplici cambiamenti e in costante evoluzione.

¹³ AGIA, *Ascolto e partecipazione dei minori stranieri non accompagnati come metodologia di intervento. Risultanze delle visite dell'Autorità garante per l'infanzia e adolescenza nei luoghi di primo arrivo e nelle strutture di prima accoglienza in cui sono presenti minori stranieri non accompagnati* (2023- 2024), Roma marzo 2025, p. 69

¹⁴ Infra pag. 87

1. L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati in Italia. Caratteristiche e specificità.

Negli ultimi vent'anni, il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia si è imposto come una delle sfide più complesse e urgenti in materia di immigrazione, protezione dell'infanzia e diritti umani. L'Italia, per la sua posizione geografica strategica nel bacino del Mediterraneo, rappresenta da tempo un punto di approdo per flussi migratori provenienti da Asia, Africa e, più recentemente, anche da diversi Paesi dell'Europa orientale, fungendo da territorio di destinazione o transito per centinaia di migliaia di persone in movimento, tra cui un numero crescente di minori non accompagnati. Questi ultimi si caratterizzano per l'elevata vulnerabilità: sono soggetti in età evolutiva che affrontano il viaggio migratorio in solitudine, privi di una rete familiare o di figure adulte responsabili, esposti a gravi rischi di sfruttamento, tratta, violenze fisiche e psicologiche, marginalizzazione sociale¹.

La definizione giuridica di MSNA, ormai consolidata sia a livello internazionale che nazionale, identifica questi minori come cittadini di paesi terzi (non appartenenti all'Unione Europea) o apolidi di età inferiore ai diciotto anni, che entrano nel territorio italiano senza essere accompagnati da un adulto responsabile per legge e non vengono successivamente affidati a tale figura. Tale definizione è recepita dalla normativa italiana, in particolare dalla Legge n. 47 del 7 aprile 2017, che ha introdotto un sistema di protezione specifico per i MSNA, ispirato ai principi della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Le caratteristiche del sistema italiano di protezione verranno presentate e analizzate più diffusamente nel successivo capitolo.

1.1 Le presenze

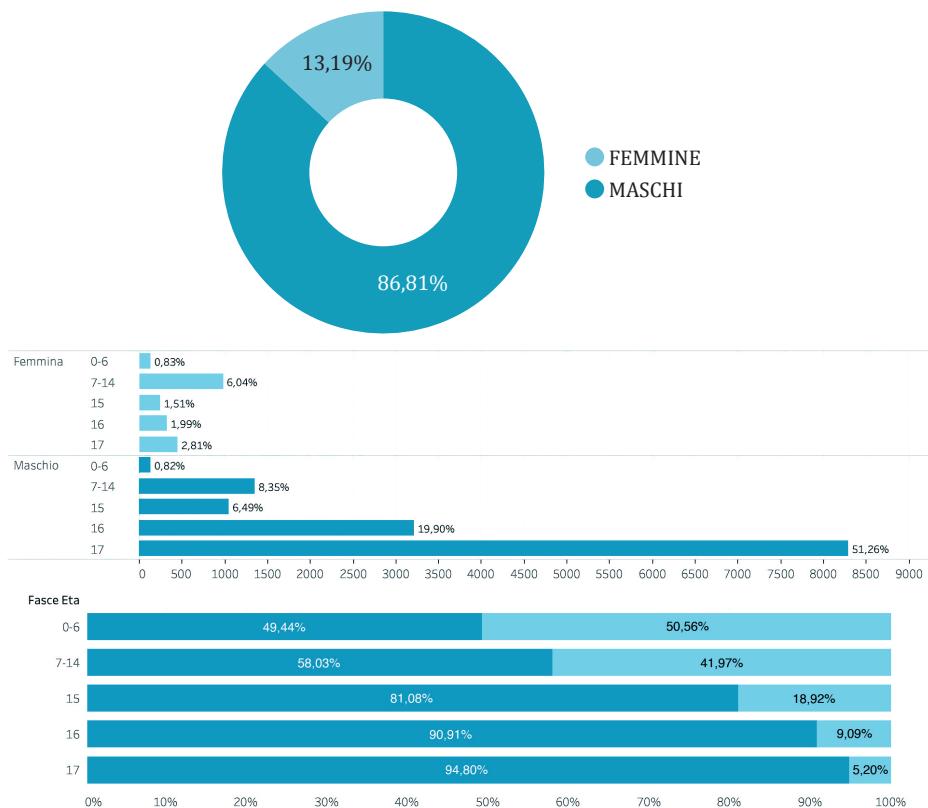
La Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali censisce i dati sui Minori Stranieri Non Accompagnati nella banca dati istituita ai sensi dell'art. 4 del d.p.c.m. n. 535/1999 e garantisce la riservatezza delle informazioni inerenti i minori stranieri e tratta i dati personali nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 169/2003). I dati sono elaborati

¹ <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/il-fenomeno-della-migrazione-dei-minori>

e pubblicati con cadenza mensile in una pagina dedicata del sito del Ministero². Dal mese di giugno 2023, i dati relativi alle presenze, agli ingressi e alle uscite di competenza dei MSNA sono consultabili in italiano e in inglese attraverso una dashboard dedicata, che viene aggiornata mensilmente.

Secondo i dati resi disponibili al momento della stesura del presente contributo, al 31 marzo 2025 risultavano presenti in Italia 16.187 minori stranieri non accompagnati, con una netta prevalenza di soggetti di sesso maschile (14.052; 86,1%) e una forte concentrazione nella fascia di età compresa tra i 16 e i 17 anni (12.295 minori; 75,9%).

Fig. 1 MSNA presenti sul territorio italiano al 31 marzo 2025: 16.187
Distribuzione di Minori stranieri (MSNA) per genere e fasce d'età.



Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali, 2025.

² <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/pagine/dati-minori-stranieri-non-accompagnati>

Il fatto che giunga in Italia una così elevata quota di MSNA di età compresa nella fascia più prossima ai 18 anni - e al conseguente cambio di status giuridico – rende il procedimento di accertamento dell'età un momento particolarmente importante per definire, con equità e giustizia, chi può avere diritto a un sistema di tutele appositamente predisposto per i più deboli, quali sono i minori.

Le nazionalità più rappresentate variano nel tempo in relazione ai mutamenti geopolitici: negli ultimi anni si sono attestati in cima alla lista i minori provenienti da Egitto, Ucraina, Gambia, Tunisia e Guinea. Il dato sull'Ucraina è particolarmente significativo alla luce del conflitto iniziato nel 2022, che ha generato un'imponente ondata di profughi, tra cui un elevato numero di minori (Valtolina e Pavesi, 2023).

Le rotte migratorie seguite dai MSNA per raggiungere l'Italia si sono modificate nel tempo. Storicamente, la rotta del Mediterraneo centrale – dalla Libia e dalla Tunisia verso la Sicilia e la Calabria – è stata quella più percorsa. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito a un incremento degli arrivi via terra attraverso la rotta balcanica, che coinvolge paesi come Turchia, Grecia, Macedonia del Nord, Serbia, Bosnia-Erzegovina e infine il Friuli-Venezia Giulia (CeSPI, 2023). Le rotte variano anche in base all'età e alla provenienza: i minori più giovani e provenienti da paesi dell'Africa subsahariana spesso affrontano lunghi percorsi via mare, mentre quelli dell'Europa orientale tendono a raggiungere l'Italia via terra, in condizioni che, sebbene meno letali, sono comunque rischiose e spesso gestite da reti di trafficanti (UNHCR, UNICEF & IOM, 2024).

Gli sbarchi invisibili e gli allontanamenti

Un fenomeno sempre più preoccupante è quello dei cosiddetti “sbarchi invisibili”, ovvero l’arrivo di minori (e migranti in generale) al di fuori dei circuiti ufficiali di identificazione. Questi ingressi non tracciati riguardano in particolare le coste ioniche della Calabria, le aree rurali della Sicilia e alcune zone di confine a Nord-Est. In questi casi, i minori non vengono registrati dalle autorità, sfuggono ai sistemi di accoglienza e rischiano di finire nelle mani di reti informali, criminali o addirittura familiari, che li inseriscono in circuiti lavorativi irregolari o di sfruttamento. L'invisibilità rende impossibile ogni forma di tutela e di verifica della minore età, aggravando il rischio di abuso.

In parallelo, il fenomeno dell'allontanamento volontario costituisce un altro nodo critico nella gestione del sistema di accoglienza. Numerosi MSNA, infatti, una volta inseriti nelle strutture di prima o seconda accoglienza, decidono autonomamente di lasciare il centro e far perdere le proprie tracce. Le motivazioni sono molteplici: la volontà di ricongiungersi con familiari o connazionali in altri paesi europei, la percezione dell'accoglienza come coercitiva o inefficace, oppure il disincanto rispetto alle reali opportunità offerte

dal sistema italiano. Alcuni MSNA temono di essere trattenuti a lungo, altri rifiutano la figura del tutore e cercano una forma di autodeterminazione che li spinge verso l'irregolarità (Campani & Salimbeni, 2006). Questi allontanamenti, sebbene formalmente censiti, mettono in crisi l'efficacia dei percorsi di protezione previsti dalla legge.

A ciò si aggiunge il fatto che non tutti i MSNA desiderano rimanere in Italia. Per molti di loro, l'Italia rappresenta solo una tappa del viaggio migratorio. Il progetto migratorio del minore – spesso pianificato con il supporto della famiglia d'origine – prevede il raggiungimento di parenti in Francia, Germania, Belgio o Regno Unito, con cui si ricongiungono attraverso canali non ufficiali, talvolta anche molto rischiosi. Questo spiega in parte l'alto tasso di mobilità secondaria registrato in alcuni periodi, soprattutto tra i MSNA afghani, eritrei e siriani giunti in Italia. Il sistema italiano, concepito per garantire l'inserimento stabile sul territorio, fatica a intercettare questa dimensione transnazionale del fenomeno, che richiederebbe una cooperazione più stretta a livello europeo (CeSPI, 2023).

1.2 Il Sistema di accoglienza

L'accoglienza dei MSNA in Italia si articola in un sistema multilivello che prevede una prima identificazione presso gli hotspot o i centri di prima accoglienza, seguita dall'inserimento in strutture più stabili, gestite dal Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI). Tuttavia, la distribuzione territoriale delle strutture è estremamente disomogenea: alcune regioni infatti – come Sicilia, Calabria e Puglia – si trovano a sostenere un carico sproporzionato rispetto alle loro capacità (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2025; Save the Children, 2024). Questa sproporzione alimenta diseguaglianze nell'accesso ai servizi, nei tempi di collocamento e nella qualità dell'accoglienza.

Le criticità del sistema italiano sono ben documentate. Tra le principali si segnalano: il sovraffollamento dei centri di prima accoglienza, in particolare nei periodi di picco degli arrivi; la carenza di figure professionali adeguatamente formate; l'insufficienza di tutori volontari in rapporto al numero di minori presenti; l'inadeguatezza delle strutture educative nel rispondere ai bisogni di apprendimento e integrazione; l'incertezza normativa e operativa nella fase del compimento della maggiore età, che rappresenta un momento di grave vulnerabilità per i giovani, spesso lasciati senza tutele né prospettive (Melting Pot Europa, 2023).

Nonostante queste difficoltà, l'Italia ha sviluppato anche buone pratiche che meritano attenzione (Pavesi & Valtolina, 2020): esperienze positive di affido familiare, percorsi scolastici individualizzati, laboratori formativi promossi da enti locali e ONG, reti di supporto legale e psicologico. Tuttavia,

l'assenza di un monitoraggio sistematico e la carenza di risorse rendono difficile la capitalizzazione e la diffusione di queste esperienze virtuose su scala nazionale (CeSPI, 2023).

L'inserimento dei MSNA nelle comunità per minori

In Italia, la fascia d'età dei minori stranieri non accompagnati ospitati in comunità è composta in prevalenza da minori con un'età compresa tra i 15 e i 17 anni. Al momento della stesura del presente rapporto, i MSNA di età compresa tra i 15 e i 17 anni sono 13.977, l'84,4% del totale dei MSNA presenti.

I dati mostrano come, in alcuni casi, l'accoglienza si sia protratta fino al compimento del ventunesimo anno di età, attraverso la formula del prosieguo amministrativo³.

La presenza dei MSNA nelle comunità residenziali per minori costituisce un fenomeno relativamente recente: tra il 1998 e il 2012 la percentuale di ragazzi di origine straniera presenti nelle strutture risulta essere raddoppiata, passando dal 16% al 31%. Il progressivo aumento è confermato dal dato Istat rilevato al 31/12/2013, dove l'incidenza raggiunge il 39% degli ospiti complessivi delle comunità residenziali, mentre sale al 48% nel 2015. È anche a causa di questa rapida crescita di presenze nelle comunità, oltre ad altre motivazioni di carattere psico-pedagogico, che la legge 47/2017 rimarca come l'accoglienza in comunità per i MSNA sia da utilizzare solo qualora non sia realizzabile un affidamento etero-familiare. Nonostante questa indicazione, però, il numero di MSNA in affido familiare rimane estremamente basso.

La comunità si configura come il luogo nel quale i percorsi che i ragazzi vivono assumono un ruolo particolare, in virtù dello sperimentare una particolare forma di convivenza – si tratta infatti di una convivenza “forzata” tra pari – che dovrebbe però costituire anche l'occasione di costruire relazioni significative, intime, quasi fraterne. Dalle ricerche emerge che i ragazzi attribuiscono al loro stare in comunità un senso che va oltre ciò che i servizi strutturano (Satta, 2010): un luogo dove l’”altro” è percepito come simile a sé, in quanto “fuori dalla famiglia” e in cui potersi rispecchiare per condividere e affrontare paure e cambiamenti. Il gruppo dei pari sembra avere un ruolo importante anche perché consente la costruzione di nuovi significati rispetto a sé, alla propria storia e al proprio futuro, significati che dovrebbero ridurre le condizioni di ansia e di stress vissute dai minori, a partire dalla rivisitazione e dalla condivisione empatica delle proprie esperienze di vita.

³ Il “prosieguo amministrativo” è una procedura legale che consente a un minore straniero non accompagnato di continuare il proprio percorso di accoglienza e integrazione in Italia anche dopo aver compiuto 18 anni. Questo avviene attraverso un affidamento ai servizi sociali, disposto dal Tribunale per i Minorenni, che può protrarsi fino al compimento del ventunesimo anno.

E ciò potrebbe costituire un importante supporto, in particolare per i minori di origine straniera con un background migratorio.

L'affido familiare dei MSNA

Dal 2017, in Italia è in vigore la legge 47/2017, che per la prima volta in Europa rende obbligatoria l'accoglienza dei minori non accompagnati e predispone nuove forme di tutela per questi minori. In particolare, tale legge promuove lo strumento dell'affido familiare come strada prioritaria di accoglienza dei MSNA, rispetto alla permanenza all'interno delle strutture, attribuendo così un ruolo fondamentale agli enti locali che hanno il compito di favorire e sensibilizzare le famiglie del territorio perché si rendano disponibili ad accogliere questi minori stranieri, privi di familiari nel nostro paese. In termini generali, l'affido rappresenta una delle possibili risposte al diritto di ogni minore di crescere all'interno di una famiglia, la quale si propone come luogo di normalità e di affettività, dove poter costruire la propria identità. Proprio per questo si parla di via prioritaria di accoglienza. Sulla base di quanto già sperimentato in altri contesti, è stato rilevato che i MSNA che vengono accolti presso famiglie hanno maggiori possibilità di integrarsi nel nuovo contesto di vita: frequentano regolarmente la scuola e con maggiore successo, mostrano un più rapido apprendimento della lingua autoctona e un altrettanto rapido adattamento alla nuova società in cui si trovano a vivere. Inoltre, non è da sottovalutare anche il risparmio di risorse pubbliche che da questo tipo di intervento deriva. Ad oggi però, in Italia, solo il 3% circa dei minori stranieri non accompagnati ha potuto beneficiare dell'affido familiare.

Da segnalare è il fatto che, nel novembre 2024, è stato attivato il nuovo progetto dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Agia) "AFFIDO - Promozione dell'accoglienza familiare dei minori stranieri non accompagnati", che mira a supportare e accompagnare i territori nella promozione efficace degli affidamenti familiari. Esso nasce dalla constatazione che, nonostante la legge 47/2017 promuova il ricorso all'affido familiare in via prioritaria rispetto al collocamento in struttura, questo istituto risulta poco applicato nei territori. Ciò è dovuto, secondo l'Agia, in parte alla complessità delle procedure e in parte alla scarsa conoscenza dell'istituto: è quindi fondamentale promuoverne la diffusione e sensibilizzare le comunità territoriali e gli enti locali verso una pratica che non solo favorisce il percorso di integrazione e inclusione del minore straniero, ma rappresenta una crescita per l'intera comunità.

Il progetto, della durata di 30 mesi, è finanziato con le risorse del Fondo europeo asilo migrazione e integrazione (FAMI) 2021-2027, gestito dal Ministero dell'interno, e verrà attuato in partenariato con il Coordinamento nazionale comunità accoglienti (CNCA), la Fondazione Don Calabria per il sociale

ETS e l'Istituto psicoanalitico per le ricerche sociali ETS (IPRS). Soggetti individuati all'esito di una procedura di co-progettazione ad evidenza pubblica.

L'iniziativa è rivolta agli enti locali del Sistema di accoglienza e integrazione (SAI) che intendono rafforzare l'istituto dell'affido familiare a favore dei MSNA. L'obiettivo è quello di mettere in rete e facilitare lo scambio di expertise tra enti locali ed enti di terzo settore, seguendo una logica di integrazione e complementarità delle risorse e di opportunità territoriali già esistenti.

L'accompagnamento verso l'autonomia

La necessità di essere supportati per raggiungere un adeguato livello di autonomia entro il compimento del diciottesimo anno, con percorsi e progetti ad hoc, emerge come bisogno primario nei MSNA, così come le difficoltà - per i servizi preposti all'accoglienza - nel costruire risposte efficaci in un tempo che, per i MSNA, è in realtà molto limitato. Il decadere al compimento del diciottesimo anno di età dell'obbligo di sostenere percorsi di protezione da parte dei servizi sembra prescindere dal fatto che i ragazzi – seppure maggiorenni – nella maggior parte dei casi non siano in grado di affrontare la vita in autonomia. La letteratura in questo ambito (ad es., Bianchi, 2019) conferma infatti che la conclusione dei percorsi di accoglienza al compimento della maggiore età non coincide con la capacità del minore di vivere in autonomia, determinando difficoltà per i ragazzi che si trovano a vivere situazioni impegnative, senza esserne preparati. Ad oggi, le opportunità di proseguire esperienze di accoglienza sembrano avere una finalità piuttosto astratta, nel solo tentativo di prolungare la permanenza dei ragazzi, per poterli accompagnare per alcuni ulteriori anni. Laddove la strategia di estendere il tempo dell'accoglienza non funzioni, all'uscita dalla rete di sostegno aumenta il rischio di vanificare i risultati raggiunti nel precedente percorso di tutela; i ragazzi sperimentano quindi dei vissuti configurabili come ulteriormente traumatici, che assommati al possibile status di "irregolare", senza più permesso di soggiorno, può causare danni significativi a livello psichico (Di Rosa et al., 2019).

La preoccupazione rispetto al futuro dei MSNA si evidenzia in tutta la sua portata spesso solo all'approssimarsi della maggiore età, perché sia i servizi di accoglienza, sia le leggi che costituiscono la cornice entro la quale i servizi si muovono, intervengono in un tempo ristretto, su un bisogno impellente e in un'ottica di emergenza, spesso senza che il minore sia coinvolto direttamente nelle fasi progettuali che riguardano la sua vita. Ciononostante, è dimostrato da molti studi come i percorsi diretti a sostenere la crescita e lo sviluppo armonico dei minori accolti in comunità offrano un'importante esperienza riparativa, proponendo azioni e apprendimenti in discontinuità con le pregresse esperienze traumatiche, e come la condivisione di esperienze difficili in un percorso condiviso tra pari e accompagnato da adulti esperti

possa mobilitare risorse personali, rafforzare l'autostima, la fiducia in sé e nell'altro. Il contesto socio-economico attuale e le modificazioni occorse nel periodo che ha seguito la crisi del 2008 hanno indebolito il sistema italiano di accoglienza e tutela dei minori e il recente fenomeno delle migrazioni, con i bisogni complessi che ha portato con sé, ha di fatto disorientato istituzioni e servizi titolari dell'accoglienza, non attrezzati a fornire risposte che vadano oltre l'emergenza, rafforzando risorse e capacità necessarie ad una vita autonoma, fuori dai circuiti della tutela.

Alcune regioni, come l'Emilia-Romagna e la Liguria, hanno promosso direttive in materia di accoglienza e disposto strutture diversificate per MSNA, come comunità, case-famiglia e gruppi appartamento, già prima della legge 47/2017, e hanno efficacemente promosso progettualità dirette all'autonomia dei MSNA anche fino ai 21 anni, garantendo in questo modo una valorizzazione delle acquisizioni e un reale accompagnamento all'autonomia.

Gli interventi e le pratiche di accompagnamento all'autonomia dei ragazzi in uscita dai percorsi di accoglienza educativa residenziale sono stati analizzati alla luce della promozione di esiti positivi di costruzione di resilienza. Il tema è anche oggi oggetto di un ampio dibattito che si focalizza su diverse tematiche, tra le quali la fase di transizione dal sistema di tutela e protezione alla vita autonoma di ragazzi e ragazze che per un periodo più o meno breve della loro vita hanno vissuto in comunità per minori e che, con il raggiungimento della maggiore età, concludono il progetto educativo. Il termine *careleavers* (colui che lascia la cura) fa riferimento, nella letteratura internazionale, a un costrutto di resilienza assunto come chiave interpretativa per riflettere sugli interventi, sui significati e sulle strategie di supporto. L'analisi delle sperimentazioni consente di tenere insieme i livelli teorici, le pratiche, le tipologie concrete di intervento in una riflessione che possa aiutare ad implementare le sperimentazioni, i progetti, le attività di accompagnamento all'autonomia di minori non accompagnati e neomaggiorenni, giunti in Italia senza familiari o adulti di riferimento.

1.3 La figura del tutore volontario

La figura del tutore volontario per i minori stranieri non accompagnati è stata formalmente istituita in Italia con la legge 47/2017⁴. L'art. 11 prevede,

⁴ Per completezza, si segnala che la legge 47/2017 è nata anche in risposta alla procedura di infrazione della Commissione europea n. 2014/2171, che ha contestato all'Italia la violazione delle direttive 2003/9/CE e 2005/85/CE, ossia l'eccessivo lasso di tempo intercorrente tra la segnalazione, da parte dell'autorità di pubblica sicurezza, della presenza sul territorio nazionale del minore e la nomina del tutore e lo scarso numero di soggetti disponibili ad assumere l'incarico di tutore, rispetto al numero dei minori richiedenti protezione internazionale.

infatti, la creazione, presso ogni Tribunale per i Minorenni, di un “*elenco dei tutori volontari, a cui possono essere iscritti privati cittadini, selezionati e adeguatamente formati da parte dei garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza, disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato o di più minori, nel numero massimo di tre, salvo che sussistano specifiche e rilevanti ragioni*”.

Tuttavia, il dibattito che ha condotto alla sua formulazione risale al periodo compreso tra la fine del Novecento e l'inizio degli anni Duemila, quando gli ingressi di minori non accompagnati iniziava a diventare quantitativamente rilevante. In quel clima si svilupparono due orientamenti contrastanti in merito al tipo di protezione da offrire (Micela, 2018). Il primo orientamento riteneva ridondante la nomina di un tutore per il minore, in quanto esso veniva preso in carico dai servizi sociali che, attraverso le strutture di accoglienza, ne garantivano la cura e l'assistenza. In questa prospettiva la nomina del tutore poteva avere senso solo in casi particolari, ad esempio quando il MSNA era coinvolto in un procedimento giudiziario. Effettivamente, il DPCM 9 dicembre 1999, n. 535, all'articolo 3 comma 6, stabiliva che “*in caso di necessità, il Comitato [per i Minori] comunica la situazione del minore al giudice tutelare competente, per l'eventuale nomina di un tutore provvisorio*”. Va però precisato che tale norma venne di fatto smentita dalla Circolare del Ministero degli Interni del 9 aprile 2001, nella quale si legge che il Comitato per i Minori dovrà interessare il Giudice Tutelare per la nomina di un tutore, che però viene indicato come “provisorio”.

Le motivazioni a supporto di questo primo orientamento sono di varia natura: l'osservazione che la lontananza delle figure genitoriali non sia condizione che rende impossibile la gestione della potestà genitoriale anche grazie alle nuove tecnologie; la valutazione, fatta da alcuni magistrati, per i quali i minori di fatto e lecitamente affidati a parenti entro il quarto grado, in base all'art. 9 legge n. 184/1983, la tutela non vada aperta; l'osservazione che nel caso dei minori stranieri non accompagnati opera la potestà tutelare interinale dell’“istituto di assistenza pubblico o privato”, sulla base dell'art. 3 legge n. 184/1983. L'orientamento contrapposto riteneva invece l'imprescindibilità della nomina del tutore in base alla considerazione che “*per un qualsiasi minorenne – in quanto tale privo di 'capacità di agire' – la possibilità di esercitare i propri diritti dipendeva inevitabilmente dalla funzione di rappresentanza dei genitori e, in loro vece, dei tutori*” (Micela, 2018: 139). In sostanza, il fatto stesso di essere minore preclude l'esigibilità di alcuni diritti e dunque richiede la nomina di un tutore. Peraltro, va segnalato come lo sviluppo del diritto internazionale riguardante i diritti umani, a partire dalla Convenzione di New York del 1989 e di quella di Strasburgo del 1996, abbia fatto assumere all'istituto della tutela una nuova connotazione, che va ben al di là della mera caratteristica burocratica. Nel rappresentare il mino-

re, l'adulto non è semplicemente chiamato a sostituirsi a lui a causa della sua mancanza di titolarità giuridica, ma nelle valutazioni e nelle scelte che riguardano i minori diventano centrali l'ascolto del loro punto di vista, della loro opinione, del loro sentire e la consapevolezza che essi sono portatori di bisogni che vanno soddisfatti e di diritti che vanno tutelati. Il ruolo del tutore si configura quindi non più come colui che agisce al posto del minore, ma in suo nome e per suo conto. La differenza si rileva nel peso che acquista la dimensione relazionale adulto-minore, una relazione educativa, quindi intensa, vissuta, partecipata, significativa, che implica scambio, confronto, conoscenza e comunicazione attiva e costante. Compito del tutore, dunque, è quello di "dare voce" al minore".

È da segnalare che, ben prima della promulgazione della legge 47/2017, l'ampio dibattito che abbiamo riassunto più sopra aveva dato vita - in diverse regioni, come in Veneto e in Emilia-Romagna - a importanti e significative esperienze pilota di tutela volontaria.

Il tutore volontario è un adulto che deve aver già compiuto venticinque anni; se straniero, deve avere un'adeguata e comprovata conoscenza della lingua italiana, se non cittadino UE, deve anche essere titolare di un permesso di soggiorno. Deve godere dei diritti civili e politici e non aver riportato condanne o avere in corso procedimenti penali o per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione.

Per poter diventare tutore volontario occorre superare poi una selezione e seguire un corso di formazione, rispondendo a un bando emanato dal Garante per l'Infanzia, Regionale o Nazionale a seconda dei casi. Nelle prime fasi di attuazione della legge, nelle regioni prive di Garante, infatti, i corsi sono stati gestiti dal Garante Nazionale in collaborazione con EASO: si è trattato di Toscana, Abruzzo, Molise (fino al 31 dicembre 2017) e Sardegna (fino al 30 giugno 2018). Se al termine del percorso il volontario conferma la sua disponibilità, il suo nominativo viene inserito nell'elenco istituito presso il Tribunale per i Minorenni della propria regione di residenza o di domicilio. Sarà poi questo Tribunale ad attingere dall'elenco dei tutori volontari per procedere agli abbinamenti e alle nomine conseguenti.

Ogni tutore volontario può avere in carico al massimo tre minori, a meno che non sussistano particolari condizioni. Trattandosi di attività volontaria, il tutore volontario svolge il suo compito a titolo gratuito; tuttavia, alcune Regioni hanno previsto delle forme di sostegno su particolari questioni, quali la polizza assicurativa per la responsabilità civile e i rimborsi spese (Save the Children Italia, 2018). Non è prevista però la possibilità di ottenere permessi di lavoro per l'attività di tutore volontario, anche se è possibile che vengano concessi dal datore di lavoro, come condizione di maggiore favore in ragione dell'importante funzione sociale ricoperta dal dipendente.

Il 20 giugno 2017, sul sito dell'Autorità garante, sono state pubblicate le *Linee guida per la selezione, la formazione e l'iscrizione negli elenchi dei tutori volontari*, con lo scopo di assicurare uniformità di procedure e criteri e di garantire l'effettivo esercizio della funzione. In particolare, in merito alla formazione, che rappresenta indubbiamente uno snodo strategico del sistema di tutela volontaria, le Linee guida mettono in luce l'importanza di fornire una formazione multidisciplinare affinché il tutore abbia gli strumenti culturali e conoscitivi di base per svolgere questo ruolo, cruciale nella vita dei minori stranieri non accompagnati: *"l'obiettivo della formazione, dunque, non è quello di creare un professionista della tutela volontaria, né determinare sovrapposizioni con professionisti che hanno in carico il minore. Il percorso formativo deve favorire un esercizio della tutela volontaria da parte di persone che hanno acquisito conoscenze, accettato responsabilità e disponibili ad una appropriata relazione col minore che sia significativa per qualità ed efficacia"* (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, EASO, 2018).

Al tutore volontario spetta il compito di garantire la tutela dei diritti del MSNA e vigilare che vengano rispettati. Per fare questo occorre che sia in stretto rapporto con il sistema dei servizi che ruota intorno al minore, in particolare con gli operatori delle strutture di accoglienza, con i servizi sociali presso i quali è in carico il minore e con il Tribunale per i Minorenni.

Le principali attività che il tutore si trova a svolgere riguardano: la presentazione della richiesta di permesso di soggiorno per minore età per conto del minore; la presentazione della domanda di protezione internazionale per conto del minore; la valutazione, insieme al minore, delle scelte che riguardano la sua accoglienza; la partecipazione alla fase di identificazione del minore e il supporto durante l'accertamento dell'età; per i minori vittime di tratta, la richiesta dell'inserimento in un programma specifico; la richiesta di avvio delle eventuali procedure per le indagini familiari e per il conseguente riconciliamento familiare; la rappresentanza legale nell'ambito delle procedure che riguardano il percorso scolastico/formativo; la richiesta di iscrizione al servizio sanitario nazionale; il sostegno nel periodo di transizione verso la maggiore età, magari sollecitando la scelta di un prosieguo amministrativo, laddove ritenuto opportuno; la rappresentanza degli interessi del minore e il suo affiancamento in tutti i procedimenti giurisdizionali che lo coinvolgono. Come appare evidente, il tutore volontario si occupa in maniera integrale del minore, tenendo sotto controllo gli aspetti legati all'accoglienza, allo studio, alla formazione professionale, alla salute, al progetto migratorio futuro e a tutti gli altri ambiti che attengono alla vita quotidiana del minore. Questo comporta che il tutore abbia ben chiare le opportunità e i vincoli che rappresentano il *frame* entro il quale si costruisce il Piano Educativo Individuale del minore straniero di cui si prende cura e che definisce di fatto le possibilità di integrazione nella comunità territoriale di accoglienza.

Stando agli ultimi dati disponibili, relativi al 2022⁵, il numero dei tutori volontari di minori stranieri non accompagnati ha raggiunto quota 3.783: quasi il 10% in più (9,43) rispetto all'anno precedente (erano 3.457). La maggior parte degli oltre 3.700 tutori risulta iscritta nel registro del Tribunale per i minorenni di Torino (504). Seguono Roma (440), Milano (267), Bologna (230), Palermo (227) e Perugia (202). Si tratta perlopiù di donne (74%), di laureati (59,37%) e di occupati (77,86%). Quanto all'età, prevale la fascia over 46 (69,72%). Cala, rispetto al 2021, il numero dei più giovani: quelli tra 18 e 24 anni passano dall'11,55% allo 0,20%, mentre quelli tra 25 e 35 anni scendono dal 10,65% al 7,93%. Quanto agli abbinamenti, in 25 dei 29 tribunali per i minorenni italiani, ne sono stati accettati 10.200, con oltre il 50% complessivamente concentrato tra Palermo (3.092), Reggio Calabria (1.142), Catania (801) e Bologna (752). Va segnalato che a Catanzaro, Firenze, Messina, Palermo, Reggio Calabria, Taranto, Trento e Trieste sono state accettate tutte le proposte di abbinamento. Sono 6.991 le tutele ancora in corso al 31 dicembre 2022, un dato in aumento del 52,41% rispetto al 2021. In questo caso, la maggiore concentrazione si registra tra Palermo, Roma e Milano (complessivamente 3.609). In lieve flessione, infine, risulta il dato delle rinunce all'incarico, che passa dal 69% del 2021 al 56%.

Occorre tenere presente che la rilevazione si riferisce ad arco temporale che va dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2022, durante il quale i minori stranieri sono aumentati del 63,5% rispetto al 2021, toccando quota 20.089: un incremento in gran parte dovuto alla presenza di un considerevole numero di minori ucraini arrivati nel nostro Paese a seguito del conflitto nato a febbraio del 2022.

Da segnalare il fatto che, a novembre 2024, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, in attuazione dei compiti attribuiti dalla legge n. 47 del 2017, ha avviato la seconda edizione del progetto di monitoraggio della tutela volontaria degli MSNA. L'obiettivo è quello di promuovere il ruolo del tutore volontario e di facilitare l'esercizio delle sue funzioni attraverso lo sviluppo della rete dei soggetti istituzionali che si occupano di accoglienza di minori stranieri non accompagnati (MSNA). L'iniziativa, della durata di 30 mesi, è finanziata con le risorse europee del Fondo asilo, migrazione e integrazione (FAMI) gestito dal Ministero dell'Interno e sarà attuata in partenariato con Fondazione Don Calabria per il sociale ETS, il Coordinamento nazionale comunità accoglienti (CNCA) e l'Istituto psicoanalitico per le ricerche sociali ETS (IPRS). Soggetti tutti individuati all'esito di una procedura di

⁵ Quinto monitoraggio nazionale di rilevazione statistica relativo allo stato di attuazione del sistema della tutela volontaria dei minori stranieri non accompagnati in Italia, pubblicato in data 7/11/2023. Disponibile online, al seguente link: https://tutelavolontaria.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2023-11/DEFINITIVO_V%20Report%20monitoraggio%2003.11.2023%20%28DEFINITIVO%29_0.pdf.

co-progettazione a evidenza pubblica. Nel riprendere il progetto di monitoraggio, in questa seconda edizione si è voluto focalizzare l'attenzione sul rafforzamento della figura del tutore volontario per diffonderne la conoscenza e facilitare il suo compito nella relazione con i diversi soggetti con i quali si rapporta. Si tratta di un aspetto molto importante perché l'esperienza fatta negli scorsi anni ha permesso all'Agia di comprendere come il ruolo del tutore non sia ancora ben chiaro e che occorra investire sulla costruzione di sinergie nei diversi territori. Questa seconda edizione del progetto FAMI è caratterizzata dal coinvolgimento delle associazioni di tutori volontari, che avranno il ruolo di far emergere gli aspetti della loro funzione che richiedono maggiore attenzione e di facilitare la crescita della rete istituzionale. Sarà, inoltre, rafforzato il ruolo dei servizi del territorio (comuni e ambiti territoriali) nell'esercizio della funzione tutoria acquisendo, in tal modo, una più articolata comprensione del funzionamento del sistema di tutela nei diversi assetti territoriali. Come per il precedente progetto, sarà prevista l'attivazione delle Unità operative locali (UOL), formate da esperti in ambito giuridico e psicosociale, volte favorire la costruzione di un legame con il territorio e con le istituzioni locali.

1.4 Osservazioni conclusive

Alla luce di quanto detto, il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati richiede un approccio intersezionale e multidimensionale: non si tratta solo di un'emergenza migratoria, ma di una sfida sociale, educativa e culturale che interroga le politiche pubbliche, la coesione territoriale e la responsabilità collettiva. In un contesto europeo in cui la solidarietà tra Stati membri è ancora fragile e i meccanismi di ricollocamento tardano a trovare attuazione effettiva, l'Italia si trova a gestire un compito complesso, che impone non solo risposte immediate, ma anche strategie di lungo periodo, capaci di garantire ai minori in arrivo un percorso di accoglienza e cittadinanza degno di questo nome.

2. La normativa italiana per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e il protocollo di accertamento dell'età*

La tutela e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (di seguito "MSNA") costituiscono temi di crescente interesse a livello internazionale e per l'Unione europea. Numerose sono state negli ultimi anni le iniziative avviate in ambito europeo¹ e alla condizione dei MSNA sono dedicate diverse previsioni nel più recente strumento adottato dalla Comunità internazionale sul tema delle migrazioni, ovvero il *global compact for safe, orderly and regular migration*².

Anche l'Italia si è dotata di una nuova disciplina: la legge 7 aprile 2017, n. 47, in vigore dal 6 maggio 2017, che interessa l'intero percorso del minore non accompagnato, dall'ingresso sul territorio fino alla sua inclusione nella società oppure al suo rientro nel paese di origine. Questa legge si qualifica come una delle più avanzate e protettive a livello internazionale e - sotto molteplici aspetti - si conforma alle linee d'azione sollecitate dall'Unione europea.

La legge si applica a "tutti i minori che non hanno la cittadinanza italiana o di un Paese membro dell'Unione europea e che si trovano, a prescindere dal motivo, sul territorio dello Stato o che sono sottoposti alla giurisdizione italiana privi di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano" (art. 2). Sono, pertanto, esclusi i minori non accompagnati cittadini dell'Unione³. Quanto all'assenza di assistenza e rappresentanza da parte di adulti legalmente responsabili, la Corte di Cassazione ha, da un lato, chiarito che l'uso della congiuntiva "e" indica la "necessaria concorrenza di entrambe le

¹ *Per la stesura del presente capitolo ci si è avvalsi della collaborazione della prof.ssa Alessia Di Pascale, Università degli Studi di Milano. Per una ricostruzione delle principali iniziative dell'Unione europea e negli Stati membri si vedano *Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali* (2016) e *European Migration Network* (2018). Si vedano, inoltre, le analisi di A. Martone (2014), M. Sedmak, B. Sauer, B. Gornik (2017), A. Annoni (2018).

² Il *global compact for safe, orderly and regular migration* è stato adottato a Marrakech (Marrakech), nel corso di una conferenza intergovernativa, da 163 Paesi ed è stato successivamente approvato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, A/RES/73/195.

³ Non esiste un quadro giuridico specifico per i minori stranieri non accompagnati aventi la cittadinanza di un paese UE. Tuttavia, il complesso procedurale può essere desunto da diversi strumenti. Si veda *Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali* (2019).

condizioni: “*la prima, relativa al profilo dell’assistenza materiale, intesa come assenza di soggetti che abbiano la cura, la custodia e assicurino il benessere del minore; la seconda, relativa al profilo della rappresentanza legale, intesa come assenza di soggetti che rappresentino il minore e per questo siano formalmente responsabili*”. Dall’altro lato, la Suprema Corte ha puntualizzato che la rappresentanza “legale”, cioè prevista “in base alle leggi vigenti nell’ordinamento italiano”, il quale la conferisce ai soli genitori, ai quali non è consentito di delegarla in forma privatistica ad altri soggetti, neppure a prossimi parenti, quale nel caso di specie il fratello⁴.

Significativa l’affermazione, peraltro conforme agli orientamenti espressi a livello internazionale⁵, e contenuta nell’*incipit* del provvedimento (art. 1, co. 1), circa la titolarità di diritti in materia di protezione dei minori, in capo ai minori stranieri non accompagnati, in condizioni di parità con i minori di cittadinanza italiana o dell’Unione europea. Un riconoscimento che si fonda sull’evidente condizione di maggiore vulnerabilità⁶ degli stessi (art. 1, co. 2) e che porta quindi a far prevalere lo status di minore rispetto a quello di straniero.

Un approccio, incentrato appunto sulla condizione minorile, che si conforma peraltro agli orientamenti espressi anche dalla Corte EDU la quale, nella propria giurisprudenza relativa ai minori stranieri non accompagnati, ha affermato in più occasioni la necessità di tener conto della condizione di estrema vulnerabilità degli stessi⁷, indicandola quale “fattore decisivo e prevalente” rispetto a considerazioni collegate allo *status* di migrante, anche in situazione di irregolarità⁸, e sottolineando che bambini e adolescenti hanno bisogni specifici dovuti all’età e alla dipendenza da persone

⁴ Cassazione civile sez. VI, 03/04/2019, n.9199. Nel caso di specie veniva pertanto ritenuto non adeguato l’atto notarile con cui i genitori avevano affidato il minore al fratello maggiorenne, già residente sul territorio italiano.

⁵ Si veda in particolare il Commento Generale n. 6, *Trattamento dei minori separati dalle proprie famiglie e non accompagnati, fuori dal loro paese d’origine*, Comitato sui diritti dell’infanzia, CRC/GC/2005/6T 3 giugno 2005.

⁶ I minori stranieri non accompagnati possono trovarsi in una posizione di triplice vulnerabilità: innanzitutto in quanto minori, in quanto minori nel processo di migrazione o asilo e, per molti, in quanto migranti in posizione irregolare, *Unaccompanied children in Europe: issues of arrival, stay and return*, Report Committee on Migration, Refugees and Population, Doc. 12539 21 March 2011, Assemblea parlamentare del Consiglio d’Europa.

⁷ La Corte ha affermato che, in quanto minore straniero non accompagnato in situazione irregolare, il ricorrente rientrava nella “categoria delle persone più vulnerabili della società”, Corte Edu, *Rahimi c. Grecia*, ric. n. 8687/08, sentenza del 5 aprile 2011, § 87,

⁸ Corte EDU, *Mubilanzila Mayeka e Kaniki Mitunga c. Belgio*, ric. n. 13178/03, sentenza del 12 ottobre 2006, § 55, *Popov c. Francia*, ric. n. 39472/07 e 39474/07, sentenza del 19 gennaio 2012, *N.T.P. e altri c. Francia*, n. 68862/13, § 44, sentenza del 24 maggio 2018, *Khan c. Francia*, ric. n. 12267/16, sentenza del 28 febbraio 2019.

adulste, oltre che all'eventuale *status* di richiedente asilo⁹. Affermazioni ripetutamente condivise dal Parlamento europeo che, a fronte di una tendenza di segno opposto riscontrabile in diversi Stati membri, ha ricordato che «*un minore non accompagnato è innanzitutto un bambino potenzialmente a rischio e che la protezione dei bambini, e non le politiche dell'immigrazione, deve essere il principio guida degli Stati membri e dell'Unione europea a tal riguardo, rispettando il principio di base dell'interesse superiore del bambino*»¹⁰, e ha sottolineato che “*tutti i minori, indipendentemente dal loro status di migranti o rifugiati, devono innanzitutto poter godere di tutti i diritti sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo*”¹¹.

2.1 L'impegno dell'Italia per la tutela dei minori stranieri non accompagnati: la legge 47/2017

La legge Zampa ha dettato una disciplina organica tentando di operare una sistematizzazione delle norme applicabili ai MSNA nel nostro ordinamento. A tal fine essa è intervenuta su numerose previsioni già contenute nella legislazione vigente, e che regolano l'accoglienza e il trattamento dei MSNA¹², talvolta tuttavia in maniera frettolosa ed imprecisa, tanto da rendere opportuni diversi correttivi a pochi mesi di distanza¹³.

Ai fini dell'omogenea applicazione della legge, con alcune successive circolari del Ministero dell'Interno, sono state rivolte indicazioni operative¹⁴.

⁹ Corte Edu, *Abdullahi Elmi e Aweys Abubakar C. Malta*, ric. n. 25794/13 and 28151/13, sentenza del 22 novembre 2016, § 123.

¹⁰ Risoluzione del Parlamento europeo del 12 settembre 2013 sulla situazione dei minori non accompagnati nell'UE, P7_TA(2013)0387.

¹¹ Risoluzione del Parlamento europeo del 3 maggio 2018 sulla protezione dei minori migranti, P8_TA(2018)0201.

¹² Le disposizioni in materia di minori stranieri non accompagnati sono contenute principalmente nel Testo unico in materia di immigrazione (D. Lgs. n. 286/1998, in particolare artt. 32 e 33), nonché nel relativo regolamento di attuazione (D.P.R. n. 394/1999). Specifiche disposizioni sull'accoglienza dei minori non accompagnati sono previste dal D. Lgs. n. 142/2015 (c.d. decreto accoglienza), che dà attuazione alla direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché alla direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale.

¹³ Si veda, in particolare, l'art. 2 del D. lgs. 22 dicembre 2017, n. 220, Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142.

¹⁴ Circolare n.24622 del 28 agosto 2017, circolare n. 22146 del 27 dicembre 2018, circolare del 3 gennaio 2019 del Ministero dell'Interno.

Anzitutto, ponendo fine alle incertezze interpretative della previgente disciplina¹⁵, la l. n. 47/2017 ha introdotto esplicitamente il divieto di respingimento alla frontiera dei minori stranieri non accompagnati, che non può essere disposto in alcun caso (art. 19, co. 1-bis, D.Lgs. 286/1998). Essa ha, inoltre, puntualizzato i limiti all'applicazione dell'espulsione: già adottabile nei confronti dei minori esclusivamente per motivi di ordine pubblico e sicurezza dello Stato, il provvedimento di espulsione del MSNA può essere disposto solo se sussiste l'ulteriore condizione che non comporti "un rischio di danni gravi per il minore", presumibilmente da valutarsi anche all'esito delle indagini familiari avviate nei cinque giorni successivi al colloquio preliminare con il minore (*infra*). È altresì specificato che la decisione del tribunale per i minorenni, che ha la competenza in materia, deve essere assunta tempestivamente e comunque nel termine di 30 giorni dalla richiesta del Questore (art. 31, c. 4, D. Lgs. 286/1998). La Corte di Cassazione ha chiarito che la previsione di illegittimità del respingimento e di limiti stringenti all'applicazione dell'espulsione non hanno intaccato il disvalore penale della condotta di chi compie atti finalizzati a procurare l'ingresso senza titolo in Italia di un minore straniero, quand'anche non accompagnato, in quanto l'impossibilità di ordinarne l'espulsione (salvo che ricorrono ragioni di ordine e sicurezza pubblici) non esclude la natura illegale del suo ingresso¹⁶.

Al minore straniero, per il quale siano vietati il respingimento e l'espulsione, sarà rilasciato a seconda dei casi un permesso di soggiorno per minore età o per motivi familiari (art. 10). Le norme, tuttavia, operano varie differenziazioni che danno luogo a diverse ipotesi¹⁷.

Per quanto attiene più specificamente all'accoglienza, la legge interviene, emendandola (art. 19) o integrandola (art. 19-bis), sulla disciplina detta dal d. lgs. 142/2015, che già distingueva tra una prima (destinata alle esigenze di soccorso e di protezione immediata dei minori) e una seconda accoglienza (funzionale al percorso di integrazione). Oltre a puntualizzare che la prima accoglienza deve avvenire in strutture destinate ai minori, l'art.

¹⁵ Ai sensi dell'art. 33, c. 1, l. 184/1983, non era consentito l'ingresso nello Stato a minori non muniti di visto di ingresso ovvero non accompagnati da almeno un genitore o da parenti entro il quarto grado, fatte salve le ordinarie disposizioni relative all'ingresso nello Stato per fini familiari, turistici, di studio e di cura. In aggiunta, l'art. 19-bis TU immigrazione prevedeva che il respingimento e l'esecuzione dell'espulsione di alcune categorie di persone vulnerabili, tra cui i minori, dovessero essere effettuate con modalità compatibili con le singole situazioni personali, debitamente accertate, lasciando pertanto ritenere ammissibile il respingimento alla frontiera del minore non accompagnato.

¹⁶ Cassazione penale sez. I, 27/05/2019, n.28282.

¹⁷ Sul punto si rinvia all'analisi dettagliata di P. Morozzo della Rocca (2017). Si veda anche la scheda ASGI, *Quali percorsi per i minori non accompagnati in seguito all'abrogazione del permesso per motivi umanitari?* (2018).

4 l. 47/2017 precisa, probabilmente con eccessivo ottimismo, che essa deve protrarsi non oltre trenta giorni dall'identificazione, che deve concludersi entro dieci giorni.

Successivamente all'identificazione, i minori non accompagnati sono accolti nell'ambito del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati (rinominato Siproimi dal D.L. 113/2018, che, tra le altre cose, ha operato una revisione del sistema di accoglienza territoriale dei migranti). Al fine di garantire una capienza com-misurata alle effettive presenze di minori stranieri nel territorio nazionale, comunque, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo, gli enti locali che partecipano alla ripartizione di detto Fondo sono tenuti a prevedere specifici programmi di accoglienza riservati ai minori non accompagnati¹⁸. Nella scelta del posto in cui collocare il minore, tra quelli disponibili, la l. n. 47/2017 ha imposto di tenere conto delle esigenze e delle caratteristiche dello stesso minore, in relazione alla tipologia dei servizi offerti dalla struttura di accoglienza. Le strutture nelle quali sono accolti i minori stranieri non accompagnati devono soddisfare gli standard minimi dei servizi e dell'assistenza forniti dalle strutture residenziali per minorenni ed essere autorizzate o accreditate ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia, la non conformità alle dichiarazioni rese ai fini dell'accreditamento comportando la cancellazione della struttura di accoglienza dal Sistema.

La l. n. 47/2017 ha previsto espressamente l'applicazione dell'istituto del prosieguo amministrativo nei confronti dei MSNA i quali, al compimento della maggiore età, pur avendo intrapreso un percorso di inserimento sociale, necessitino di un supporto prolungato volto al buon esito di tale percorso finalizzato all'autonomia (art. 13, c. 2). Circa le modalità applicative di tale previsione, le nuove norme introdotte dal D. L. n. 113/2018, convertito con modificazioni dalla L. 1 dicembre 2018, n. 132, e le relative circolari applicative, hanno determinato un sistema di complessa ricostruzione sistematica,

¹⁸ Ai sensi dell'art. 19, c. 3, D. Lgs. 142/2015, nel caso in cui le strutture della rete risultino indisponibili, l'assistenza e l'accoglienza del minore sono temporaneamente assicurate dal comune dove si trova il minore, secondo gli indirizzi stabiliti dal Tavolo di coordinamento nazionale istituito ai sensi dell'art. 15 dello stesso D.Lgs. n. 142/2015 presso il Ministero dell'interno, con il compito di programmare gli interventi del sistema di accoglienza, compresi i criteri di ripartizione regionale dei posti disponibili. Con due modifiche apportate rispettivamente dal D. Lgs. 220/2017 e dal D. L. 4 ottobre 2018, n. 113, convertito con modificazioni dalla L. 1 dicembre 2018, n. 132, è stata fatta salva la possibilità di trasferire il minore in altro comune, tendendo in considerazione prioritariamente il superiore interesse del minore ed è stato previsto che i comuni che assicurano l'attività di accoglienza accedono ai contributi disposti dal Ministero dell'interno a valere sul Fondo nazionale per i minori non accompagnati, escludendosi spese o oneri a carico del Comune interessato.

differenziato in funzione di vari elementi¹⁹. I minori richiedenti asilo, al compimento della maggiore età rimangono nel Siproimi fino alla definizione della domanda di protezione internazionale (art. 12, c. 5 bis, D. L. n. 113/2018) e, nel caso di concessione della protezione internazionale, per il tempo riservato alla permanenza dei beneficiari. Per gli altri neomaggiorenni beneficiari del prosieguo amministrativo, la disciplina non è definita con altrettanta chiarezza, anche se la circolare del 27.12.2018 ha specificato che il Siproimi potrà svilupparsi ulteriormente come sistema di accoglienza e di inclusione dei minori stranieri non accompagnati per i quali sussistano i presupposti, di cui all'art. 13, per la prosecuzione del loro percorso di accoglienza fino al ventunesimo anno di età²⁰.

Con l'obiettivo di garantire il diritto all'unità familiare, la l. n. 47/2017 ha introdotto termini più veloci per l'avvio delle indagini familiari del minore, dando preferenza all'affidamento ai familiari (qualora siano individuate persone idonee a prendersi cura del minore) rispetto al collocamento in comunità di accoglienza (art. 6). Nei 5 giorni successivi al colloquio di cui al nuovo articolo 19-bis (*supra*), se non sussiste un rischio per il minore straniero non accompagnato o per i suoi familiari, previo consenso informato dello stesso minore ed esclusivamente nel suo superiore interesse, l'esercente la responsabilità genitoriale, anche in via temporanea, invia una relazione all'ente convenzionato che attiva immediatamente le indagini. Il risultato delle indagini (7-ter) è trasmesso al Ministero dell'interno, che è tenuto ad informare tempestivamente il minore, l'esercente la responsabilità genitoriale, nonché il personale qualificato che ha svolto il suddetto colloquio. La competenza alla successiva eventuale adozione del provvedimento di rimpatrio, necessariamente volontario²¹, assistito e corrispondente al superiore interesse del minore, è stata sottratta all'autorità amministrativa (il Ministero del lavoro) e rimessa al Tribunale per i minorenni (art. 8).

La legge prevede che gli enti locali possano promuovere la sensibilizzazione e la formazione di affidatari per favorire l'affidamento familiare dei

¹⁹ Rilevanti a tal fine sono a) l'inserimento, prima del compimento dei 18 anni, nel SIPROIMI; b) lo status giuridico del neomaggiorenne (richiedente protezione internazionale; titolare dello status di rifugiato, di protezione sussidiaria o umanitaria; ex-msna non richiedente asilo che ha richiesto la conversione del permesso per minore età in permesso per studio/lavoro/attesa occupazione ecc.); c) la disposizione del prosieguo amministrativo da parte del Tribunale dei minori.

²⁰ D. L. n. 113/2018. Si vedano altresì i chiarimenti contenuti nella circolare del Ministero dell'Interno 22146 del 27.12.2018. La stessa circolare ha sancito la progressiva chiusura dei c.d. "centri FAMI" e dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) per minori, assicurando il trasferimento nel SIPROIMI di tutti i MSNA ospiti di tali strutture.

²¹ La formulazione letterale della norma, secondo la quale il rimpatrio deve essere volontario "e" assistito, dovrebbe porre fine ai contrasti giurisprudenziali emersi sotto la vigenza della precedente disciplina. Si veda, tra le altre, Cons. Stato, 3 aprile 2017, n. 1532.

minorì stranieri non accompagnati, in via prioritaria rispetto al ricovero in una struttura di accoglienza (art. 7). Si tratta, tuttavia, di una norma che, da un lato, non impone obblighi agli enti locali, e dall'altro lato specifica che tali iniziative devono essere effettuate senza oneri di bilancio aggiuntivi. Non sorprendentemente, gli affidamenti eterofamiliari di MSNA restano marginali rispetto al collocamento in comunità²².

Superando la prassi in precedenza prevalente consistente nella nomina quale tutore dell'ente pubblico (ad es. il sindaco o il responsabile dei servizi sociali, designati peraltro per un alto numero di minori contemporaneamente), e sulla base di pregresse esperienze maturate a livello regionale (ad es. Liguria, Veneto, Trentino Alto Adige), è stata istituita la figura del tutore volontario (art. 11), intesa ad incarnare «una nuova forma di genitorialità sociale e di cittadinanza attiva» che assolve non solo a funzioni di rappresentanza legale del minore, ma attento altresì alla relazione con il tutelato «interprete dei suoi bisogni, dei suoi problemi»²³. A tal fine è prevista, presso ogni Tribunale per i minorenni, l'istituzione da parte dei garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza di un elenco di cittadini volontari, appositamente formati e selezionati, disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato (art. 11). I compiti spettanti ai tutori sono vari e numerosi, non sempre agevolmente individuabili sia per le imprecisioni lessicali del legislatore (le norme in questione si riferiscono indifferentemente al *rappresentante legale*, ovvero al *tutore* o all'*esercente funzioni tutorie* e all'*esercente responsabilità genitoriale*, generando confusione nell'interprete), che per le difficoltà di conciliazione con una disciplina codicistica a cui si rinvia, ma che è stata elaborata con riferimento ad un diverso contesto sociale ed ha

²² Sulla base dei dati contenuti nei report di monitoraggio predisposti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, a dicembre 2024, il ricorso all'affido familiare per i MSNA è del tutto residuale. Il dato non distingue tra affido infra- ed etero-familiari, ma evidenzia una molto limitata collocazione al di fuori delle strutture di prima e seconda accoglienza.

²³ *Linee guida* per la selezione, la formazione e l'iscrizione negli elenchi dei *tutori volontari*, adottate il 25 maggio 2017 e pubblicate sul sito dell'Autorità garante infanzia: <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/Linee%20guida%20tutori%20volontari.pdf>. Come ha puntualizzato il Tribunale dei minorenni di Palermo, “nel sistema di accoglienza delineato nella l. n. 47/17 il tutore volontario – la cui istituzione risponde ad obblighi soprannazionali del nostro paese – riveste un ruolo fondamentale, perché assicura al minore straniero privo dei genitori un riferimento sostitutivo indispensabile, che gli consente di esercitare i suoi diritti in modo effettivo e appropriato, corrispondente cioè ai suoi specifici e individuali bisogni”, Tribunale minorenni Palermo, 20/06/2018. Sul ruolo dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, in particolare con riferimento alla nuova figura del tutore volontario si veda F. Albano (2017).

natura prevalentemente patrimonialistica²⁴. Essi debbono esercitarsi peraltro in maniera tassativamente gratuita, come ha puntualizzato la Corte Costituzionale interrogata sul punto²⁵, senza poter fruire di permessi di lavoro, restando aperte questioni attinenti ai limiti della responsabilità, anche nei confronti di eventuali terzi danneggiati²⁶. Se pertanto in considerazione del complesso ruolo spettante, la tutela volontaria parrebbe più idoneamente assumibile da “culturalmente attrezzata e conoscitrice degli strumenti del diritto dell’immigrazione e del diritto minorile”²⁷, nella realtà nella sua fase iniziale i cittadini coinvolti sono stati della più svariata provenienza, con una disomogenea presenza ripartizione territoriale, che spesso ha lasciato scoperte proprio le zone con la maggiore concentrazione di minori²⁸, e con una netta prevalenza femminile, i quali si sono scontrati con numerose criticità legate all’assolvimento delle funzioni, anche per la mancanza di informazioni adeguate²⁹. Correggendo un’incongruenza riscontrata nel testo originario, il successivo D. Lgs. n. 220/2017 ha spostato dal giudice tutelare al Tribunale per i minorenni la competenza ad aprire la tutela e a nominare il tutore, in modo da concentrare tutte le fasi procedurali giurisdizionali relative ai minori stranieri non accompagnati presso uno stesso giudice.

In tema di misure di accompagnamento verso la maggiore età, la l. n. 47/2017 (art. 13, c. 1) ha ulteriormente disposto che il mancato rilascio del parere positivo da parte della Direzione Generale dell’Immigrazione e delle Politiche di integrazione del Ministero del Lavoro per la conversione del permesso di soggiorno dei minori stranieri al compimento del diciottesimo anno di età (per motivi di studio, di accesso al lavoro ovvero di lavoro subor-

²⁴ La disciplina contenuta nel Libro primo (Titolo X, Capo I), del Codice Civile, richiamata dall’art. 11 l. 47/2017, è storicamente riferita ad un gruppo sociale formato da minori cittadini e non è stata toccata in modo sostanziale dalle riforme intervenute nell’ambito del diritto dei minori e della famiglia, essenzialmente ispirato da una logica patrimonialistica, rispetto ad una figura che si pone quale riferimento significativo per una categoria composta prevalentemente da adolescenti stranieri, con un vissuto complesso e che rinviene nella costruzione di una relazione partecipata di cura le sue caratteristiche fondamentali. Su questi aspetti si veda A. Thiene, *Il tutore protagonista nella vita dei minori stranieri non accompagnati*, in A. Annoni (2018), p. 89 ss. Per un’analisi dell’evoluzione dell’istituto si veda J. Long (2018).

²⁵ A. Thiene (2018), *ibidem*, S. Bianconi (2018). L’Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza ha sollecitato appositi interventi. Si veda nota del 20 novembre 2017.

²⁶ Corte Costituzionale, sentenza del 29 novembre 2018, n. 218. Per un commento si veda J. Long (2019).

²⁷ P. Morozzo della Rocca (2016).

²⁸ Proprio a causa della carenza di un numero sufficiente di tutori volontari nel territorio, nel giugno 2018 il Tribunale dei minorenni di Palermo nominò in via provvisoria tutori i sindaci di alcuni Comuni siciliani, al fine di provvedere al trasferimento tempestivo dei minori presso altri Centri, onde evitare la disapplicazione di fatto della normativa. Tribunale per i minorenni di Palermo, decreto del 20 giugno 2018.

²⁹ Su questi aspetti si rinvia a A. Di Pascale, C. Cuttitta (2018).

dinato o autonomo di cui all'art. 32, c. 1-bis, D. Lgs. 286/1998³⁰), non può legittimare il rifiuto del rinnovo del permesso. E viene altresì previsto che il decorso del termine del procedimento sia considerato come silenzio assenso ai sensi dell'art. 20, commi 1, 2 e 3 della l. n. 241/1990.

Al fine di assicurare un adeguato censimento e monitoraggio, è stato istituito il Sistema informativo nazionale dei minori stranieri non accompagnati (SIM), presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel quale confluiscono le cartelle sociali dei minori non accompagnati, compilate dal personale qualificato che svolge il colloquio con il minore nella fase di prima accoglienza. La cartella include tutti gli elementi utili alla determinazione della soluzione di lungo periodo per il minore, nel suo superiore interesse (art. 9).

La legge interviene poi sul rafforzamento dei diritti spettanti al minore. Fermo restando l'equiparazione con i minori italiani e cittadini UE affermata nell'incipit, la legge amplia l'accesso all'assistenza sanitaria per i minori non accompagnati, prevedendo la loro iscrizione al Servizio sanitario nazionale, che il D. lgs. 286/1998 sanciva come obbligatoria solo per i minori in possesso di un permesso di soggiorno, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, dopo il ritrovamento a seguito della segnalazione (in virtù dell'art. 35 D. lgs. 286/1998 sono comunque assicurate a tutti gli stranieri, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali). Il D. lgs. 286/1998 già prevede l'assoggettamento dei minori stranieri, comunque presenti sul territorio, all'obbligo scolastico (art. 38, c. 1); la l. 47/2017 ha incentivato l'adozione di specifiche misure da parte delle istituzioni scolastiche e delle istituzioni formative accreditate dalle regioni idonee a favorire l'assolvimento di detto obbligo (art. 14).

Diverse sono le previsioni volte a rafforzare le garanzie processuali e procedurali a tutela del minore straniero, assicurando l'assistenza "affettiva" e psicologica dei minori stranieri non accompagnati in ogni stato e grado del procedimento (art. 15) e il riconoscimento del diritto del minore di essere informato dell'opportunità di nominare un legale di fiducia, anche attraverso il tutore nominato o i legali rappresentanti delle comunità di accoglienza, e di avvalersi del gratuito patrocinio a spese dello Stato in ogni stato e grado del procedimento (art. 16). In considerazione della varietà del fenomeno, che include diverse categorie di minori, portatrici di specificità e problematiche diverse, apposite disposizioni sono dettate in favore dei minori vittime di tratta (art. 17) e per quelli richiedenti protezione internazionale (art. 18).

³⁰ La Circolare del 28 agosto 2017 del Ministero dell'Interno ha chiarito che laddove lo straniero non abbia i requisiti per accedere alla conversione, si potrà procedere al rinnovo, biennale, del precedente permesso per affidamento, comunque fino al ventunesimo anno di età.

2.2 La procedura di identificazione del minore e il protocollo di accertamento dell'età

L'identificazione anagrafica della persona in modo corretto è importante soprattutto quando si tratta di minori stranieri non accompagnati, in quanto garantisce l'effettivo esercizio dei diritti di cui sono titolari in ambito di assistenza e protezione ed evita l'adozione di provvedimenti lesivi degli stessi (ad esempio il respingimento alla frontiera, il rimpatrio forzato, la detenzione amministrativa).

Con la legge 47/2017, è stata definita per la prima volta una procedura unica nazionale di identificazione del minore, ispirata a criteri di proporzionalità e gradualità (art. 5). Si tratta evidentemente di una fase cruciale, anche perché è quella in cui si accerta la minore età, da cui dipende la possibilità di applicare le misure di protezione. Ferma restando la previa garanzia della prima accoglienza in apposite strutture per minori, nelle more dell'esito delle procedure di identificazione, eventuali dubbi sull'età dovranno essere fugati mediante la richiesta di un documento anagrafico.

Sono considerati idonei ai fini dell'accertamento dell'età i seguenti documenti:

- il passaporto;
- un documento di identità, anche non in corso di validità;
- altro documento di riconoscimento munito di fotografia.

I documenti privi di fotografia (come i certificati di nascita) costituiscono principi di prova ai fini della valutazione in merito alla disposizione di accertamenti sociosanitari.

Per il reperimento di un documento anagrafico, si stabilisce che ci si possa avvalere della collaborazione delle autorità diplomatico-consolari. Ai sensi dell'art. 19-bis, c. 3, l'intervento della rappresentanza diplomatico-consolare non deve però essere richiesto nei casi in cui il presunto minore abbia espresso la volontà di chiedere protezione internazionale, ovvero quando una possibile esigenza di protezione internazionale emerga a seguito del colloquio preliminare. Tale intervento non è altresì esperibile qualora da esso possano derivare pericoli di persecuzione e nei casi in cui il minore dichiari di non volersi avvalere dell'intervento dell'autorità diplomatico-consolare.

Il D. Lgs. 220/2017 ha poi introdotto un passaggio ulteriore (prima di procedere ad eventuali esami), richiedendo alle autorità di pubblica sicurezza di consultare, ai fini dell'accertamento dell'età dichiarata, il sistema informativo nazionale dei minori stranieri non accompagnati istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali (*infra*), nonché le altre banche dati pubbliche che contengono dati pertinenti, secondo le modalità di accesso per esse previste.

Con l'intento di uniformare, sul territorio nazionale, le modalità operative di accertamento dell'età, in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni del 9 luglio 2020, è stato sancito un accordo con cui il Governo, le Regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali hanno convenuto l'adozione di un nuovo protocollo multidisciplinare, ai fini della determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati, in coerenza con quanto previsto nel D.P.C.M. del 10 novembre 2016, n. 234³¹ e all'art. 5 della l. 47/2027.

L'obiettivo principale del protocollo è quello di determinare l'età dei minori in modo accurato e rispettoso dei loro diritti, tenendo conto del superiore interesse del minore e delle esigenze dell'Autorità giudiziaria.

Il Protocollo adottato, di carattere sequenziale e incrementale, individua un approccio multidisciplinare attraverso il quale, nel rispetto del superiore interesse del minore e su richieste dell'Autorità giudiziaria competente, si procede alla determinazione dell'età nei casi in cui permangano fondati dubbi sull'età dichiarata del minore e l'età non sia accertabile da documenti identificativi o altre procedure previste secondo l'art. 5 della Legge n. 47/2017.

La procedura per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati è condotta da un'equipe multidisciplinare, composta da esperti in diverse discipline (sociale, psicologica e medica) e consiste nello svolgimento di tre fasi successive e progressive ad invasività incrementale:

1. **colloquio sociale:** un colloquio per valutare la storia del minore e le informazioni disponibili;
2. **valutazione psicologica o neuropsichiatrica:** una valutazione per esaminare lo sviluppo cognitivo ed emotivo del minore;
3. **visita pediatrica auxologica:** una visita medica per valutare lo sviluppo fisico del minore, con eventuali accertamenti sanitari, tenendo conto dell'età presunta, del sesso e dell'integrità fisica del minore.

La procedura deve essere effettuata in un ambiente idoneo, presso i luoghi di accoglienza in cui si trova il presunto minore o presso le strutture sa-

³¹ "Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24.". Il dpcm 234/2016 individua i meccanismi attraverso i quali, nei casi in cui sussistano ragionevoli dubbi sulla minore età della presunta vittima di tratta e l'età del minore non accompagnato non sia accertabile da documenti identificativi, si procede alla determinazione dell'età, prevedendo una procedura multidisciplinare, condotta da personale specializzato e secondo procedure appropriate, che tengano conto anche delle specificità relative all'origine etnica e culturale del minore. L'art. 5 della l. 47/2017 rubricato "identificazione del minore", fermo restandi le indicazioni del ricorso alla procedura socio-sanitaria sopra riportate, richiama l'utilizzo di un approccio multidisciplinare alla determinazione dell'età senza, tuttavia, operare una descrizione delle specifiche modalità. La procedura adottata in Conferenza Unificata ha, quindi, dato attuazione alle suddette indicazioni legislative, definendo la procedura socio-sanitaria.

nitarie pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SNN), individuate dalle Regioni e Province autonome sulla base delle specifiche competenze richieste e secondo le rispettive organizzazioni territoriali.

Ove all'esito di ciascuna fase o stadio della procedura emergano elementi certi circa la minore età, non si procede ad accertamenti successivi³².

È importante segnalare che solo ove permangano dubbi fondati, il Tribunale dei minorenni potrà disporre esami sociosanitari, da attuarsi con il consenso del minore e con modalità il meno invasive possibili, dopo averne informato adeguatamente, cioè in una lingua che possa capire, in conformità al suo grado di maturità e di alfabetizzazione e con l'ausilio di un mediatore culturale, lo stesso minore, nonché il tutore temporaneo.

Attualmente non esiste un metodo scientifico che consenta di determinare con assoluta certezza l'età cronologica di un soggetto e l'affidabilità dei metodi disponibili è a tutt'oggi molto discussa in ambito scientifico³³. Per questo motivo, nella procedura utilizzata deve essere tenuto in considerazione un ampio margine di errore (± 2 anni).

Nella relazione finale deve sempre essere indicato il margine di errore e l'età stimata, nonché i valori minimo e massimo dell'età attribuibile. Un referito che non consideri il margine di errore non potrà essere considerato valido.

Se, successivamente all'effettuazione degli esami, il minore riesce ad ottenere un documento di riconoscimento, quest'ultimo prevale sui risultati degli esami sanitari.

Resta ferma la presunzione della minore età nel caso in cui permangano dubbi sull'età anche in seguito all'accertamento³⁴. Il D. lgs. 220/2017 ha disposto (con l'art. 4, c. 2) la modifica dell'art. 19-bis, c. 9, D. lgs. 142/2015, specificando che il provvedimento di attribuzione dell'età è emesso dal tri-

³² Il protocollo prevedeva il monitoraggio della sua attuazione e in ottemperanza a tale previsione nel settembre 2022 è stato pubblicato il primo rapporto nazionale sull'attuazione del protocollo per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati, disponibile su: https://www.inmp.it/pubblicazioni/Primo_rapporto_MSNA_2022.pdf.

³³ Si veda, a questo proposito, il capitolo 3 del presente volume.

³⁴ Sul punto è intervenuto il Consiglio di Stato (Consiglio di Stato sez. III, 29/12/2017, n.6191). Il Collegio ha affermato che, al fine di evitare il rischio di ledere i diritti inviolabili del minore, discendenti sia dal nostro ordinamento che da quello internazionale (Convenzione di New York del 1989, art. 28 D.Lgs. 286/98, Circolare del Ministero dell'Interno del 9/7/2007 Prot. n. 17272/7), ed in presenza di seri elementi dai quali desumere la minore età del ricorrente, l'Amministrazione sia tenuta a svolgere una adeguata istruttoria ai fini del rilascio del permesso di soggiorno per minore età, anche se i dati in suo possesso depongono nel senso della maggiore età dell'interessato. La situazione oggettiva di dubbio sull'età anagrafica del ricorrente deve indurre l'Amministrazione a rivolgersi al Tribunale per i Minorenni affinché disponga i necessari accertamenti sanitari sul minore, al fine di individuare nel modo più attendibile possibile la sua reale età anagrafica, salva la possibilità di far ricorso al criterio sussidiario della presunzione della minore età, applicabile in caso di persistente incertezza sull'età effettiva.

bunale per i minorenni. Esso è notificato allo straniero e, contestualmente, all'esercente i poteri tutelari, ove nominato, e può essere impugnato in sede di reclamo ai sensi dell'articolo 739 del codice di procedura civile.

Il provvedimento di attribuzione dell'età può essere impugnato in sede di reclamo. L'errata attribuzione dell'età, inoltre, può essere contestata anche nell'ambito di altro procedimento conseguente all'identificazione, come, ad esempio, in caso di espulsione, respingimento, trattenimento o rigetto dell'istanza di rilascio del permesso per minore età.

Il D. l. n. 133 del 2023 ha di recente introdotto alcune significative modifiche per quanto riguarda la procedura relativa all'accertamento dell'età³⁵. In particolare, il novellato art. 19-bis del D. Lgs. 18 agosto 2015, n. 142, da un lato, ha recepito al c. 6-bis, l'obbligo di effettuare l'accertamento socio-sanitario da equipe multidisciplinari e multiprofessionali previste dal summenzionato Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati, ma ha altresì previsto la deroga in caso di arrivi consistenti, multipli e ravvicinati, a seguito di attività di ricerca e soccorso in mare, di rintraccio alla frontiera o nelle zone di transito, di rintraccio sul territorio nazionale a seguito di ingresso avvenuto eludendo i controlli alla frontiera. In tali ipotesi, infatti, l'autorità di pubblica sicurezza può procedere nell'immediatezza alla predisposizione dello svolgimento di accertamenti solo sanitari, inclusi quelli radiografici, volti all'individuazione dell'età, dandone immediata comunicazione alla Procura presso il tribunale per i minorenni che ne autorizza l'esecuzione in forma scritta. Nei casi di particolare urgenza, l'autorizzazione può essere data oralmente e successivamente confermata per iscritto.

Il verbale, che deve contenere l'esito delle operazioni e anche l'indicazione del margine di errore, deve essere notificato al minore e all'esercente i poteri tutelari e può essere impugnato, nel termine di 5 giorni, davanti al Tribunale per i Minorenni. È prevista l'espulsione come sanzione sostitutiva in caso di condanna del presunto minore per il reato di falsa dichiarazione sull'età.

Può essere utile ricordare, infine, che, ai fini della valutazione della maturazione ossea del distretto polso-mano, il Consiglio Superiore della Sanità, nel parere espresso nel 2009³⁶, raccomanda l'utilizzo del metodo Tanner-Whitehouse 3 (TW3), in quanto dalla letteratura scientifica risulta il metodo che presenta la minore variabilità e dunque più affidabile dell'assai più datato metodo Greulich-Pyle.

³⁵ Decreto-legge 5 ottobre 2023, n. 133 convertito con modificazioni dalla L. 1 dicembre 2023, n. 176, n. 283.

³⁶ <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2015/03/Parere-Consiglio-Superiore-Sanit%C3%A0.pdf>

2.3 Considerazioni conclusive

La l. n. 47/2017 segna un indubbio avanzamento nel processo di accoglienza e protezione dei MSNA, rispetto ad un quadro normativo previgente frammentario e insoddisfacente sotto tanti profili, *"rappresentando il passaggio da una logica emergenziale di gestione del fenomeno ad una visione sistematica della materia"*³⁷, in attuazione di molte indicazioni fornite dall'Unione europea, tra cui vale la pena di ricordare la presunzione di minore età nei casi dubbi, l'accoglienza in strutture dedicate ai minori, la celere nomina di un tutore che assista il minore in tutte le fasi critiche dell'identificazione e del suo successivo percorso di integrazione, la preferenza per l'affidamento familiare, i limiti all'esecuzione del rimpatrio. Occorre però segnalare come in anni più recenti, anche a seguito del sensibile aumento dei minori stranieri non accompagnati sbarcati in Italia nel biennio 2021-2022³⁸, il legislatore è intervenuto con disposizioni restrittive. In particolare, il ricordato d. l. 133/2023 contiene diverse disposizioni riguardanti i minori stranieri non accompagnati. L'articolo 5 si occupa principalmente dell'accoglienza e dell'accertamento dell'età dei MSNA, mentre l'articolo 6 affronta le disposizioni sulla presentazione della domanda di protezione internazionale e sull'allontanamento ingiustificato dai centri di accoglienza. Tra le novità, il provvedimento prevede che i minori di età non inferiore ai sedici anni possano essere trattenuti anche nei centri di accoglienza per adulti e che l'autorità di pubblica sicurezza, *"in caso di arrivi consistenti, multipli e ravvicinati, può disporre, nell'immediatezza, lo svolgimento di rilievi antropometrici o di altri accertamenti sanitari, anche radiografici, volti all'individuazione dell'età"*.

³⁷ Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2019).

³⁸ G. Papavero, Sbarchi e accoglienza di migranti in Italia negli anni 1997-2022, Fondazione Ismu, 2023.

3. Le diverse metodologie di accertamento dell'età dei minori: strumenti sanitari, psicosociali e multidisciplinari

Negli ultimi decenni l'Europa ha assistito ad un incremento dei flussi migratori e del numero di minori stranieri che arrivano alle frontiere e in questo contesto il tema dell'accertamento dell'età è diventato centrale per poter definire il quadro giuridico di riferimento, l'accesso al sistema di tutela minorile e ai servizi, le misure di protezione sociale e l'applicazione di garanzie e procedure appropriate e coerenti (Bhabha, 2014; UNICEF, 2024). Secondo Samuels (2018) la valutazione dell'età è centrale per l'accesso ai diritti e alle protezioni, come l'accoglienza dei minori e i servizi specialistici ad essi dedicati, e altrettanto essenziale è l'utilizzo da parte degli Stati di un approccio multidisciplinare sensibile ai diritti dei minori. Nelle situazioni in cui il minore migrante non è in possesso dei documenti anagrafici validi e laddove vi sia un dubbio sulla minore età, le autorità devono infatti procedere ad un accertamento che comporta decisioni complesse sia per le implicazioni giuridiche, sia per quelle sanitarie e sociali, sia infine per ragioni etiche (Samuels, 2018; Penasa, 2019). L'accertamento dell'età dei minori rappresenta un'area che incrocia scienza e diritto, medicina e procedure amministrativa, che richiede un alto livello di consapevolezza metodologica.

Per Benvenuti (2022) tale area dell'accertamento dell'età è segnata da una tensione irrisolta tra esigenze tecniche e garanzie costituzionali: se da un lato infatti emerge la pressione a individuare strumenti rapidi e oggettivi per attribuire l'età al minore, dall'altro persiste una forte opacità epistemologica circa l'attendibilità, la neutralità e la riproducibilità delle tecniche impiegate. In particolare, l'assenza di un metodo unico, validato e condiviso a livello europeo, ha portato a una proliferazione di approcci disomogenei, la cui efficacia e conformità ai principi fondamentali del diritto variano sensibilmente da Stato a Stato (FUNDAMENTAL RIGHTS AGENCY, 2018). In tal senso Cummaudo et al. (2024), in un lavoro di valutazione dei protocolli di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati in Europa, rileva una notevole eterogeneità tra paesi relativamente ai metodi, ai professionisti coinvolti, agli strumenti utilizzati e alle modalità di valutazione: la maggior parte dei paesi afferma di seguire le linee guida AGFAD (*Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik* – Gruppo di lavoro per la

diagnostica forense dell'età), un organismo scientifico costituito all'interno della Società Tedesca di Medicina Legale (*Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin*), in realtà facendolo in modo solo parziale; le pratiche prevalenti sono medico-legali con un limitato coinvolgimento di esperti psicosociali, con un utilizzo molto alto di radiografie, anche se con preoccupazioni sul piano dell'etica. Nel contesto attuale molti studi rilevano la necessità di un protocollo europeo per garantire la protezione, la scientificità e il rispetto dei diritti dei minori, ma contemporaneamente in molti Stati le prassi risultano frammentate e rischiose perché espongono i minori a trattamenti iniqui ed eticamente discutibili.

Dalle ricerche in Europa emerge che i metodi utilizzati sono riconducibili a tre grandi categorie: approcci medico-legali, approcci psicosociali e approcci multidisciplinari. I primi comprendono tecniche come a) *la radiografia del polso*, secondo l'Atlante di Greulich e Pyle, un metodo radiografico di stima dell'età ossea basato sul confronto tra immagini standardizzate del polso sinistro e radiografie del soggetto, oggi il più utilizzato in ambito medico-legale; b) *l'ortopantomografia per lo sviluppo dentale*; c) *la tomografia computerizzata della clavicola* e, più recentemente, d) *la risonanza magnetica del ginocchio o della clavicola* (Schmeling & Geserick, 2008; Dedouit et al., 2025). La risonanza magnetica (MRI) della clavicola e del ginocchio è stata introdotta in via sperimentale come tecnica alternativa priva di radiazioni ionizzanti e, nonostante alcuni studi la ritengano promettente, non risulta ancora formalmente inclusa dei protocolli AGFAD e viene utilizzata in contesti limitati (Schmeling & Geserick, 2024). I metodi medico-legali comportano l'esposizione a radiazioni ionizzanti e sollevano molti dubbi di legittimità, soprattutto in assenza di una finalità clinica diretta (Schmeling et al., 2008; De Micco et al., 2020); inoltre in molti contesti il minore non è pienamente informato sui margini di errore o non è messo nelle condizioni di prestare un consenso autenticamente libero e informato (Benvenuti, 2022).

Le raccomandazioni relativamente a questi metodi si focalizzano sull'importanza di una corretta esecuzione della valutazione da parte di specialisti esperti, della comunicazione esplicita dei margini di errore e dei limiti di affidabilità insiti in ciascun metodo (Geserick & Schmeling, 2011): in molti contesti, infatti, queste condizioni non sono pienamente garantite, con il rischio che il minore possa subire decisioni arbitrarie e potenzialmente discriminatorie.

Accanto ai metodi medico-legali si collocano gli approcci psicosociali, basati su colloqui biografici, osservazioni comportamentali e analisi della coerenza narrativa (Byrne, 2018; Aricò & Fill, 2019); tali valutazioni richiedono una competenza culturale e linguistica elevata, non sempre disponibile tra gli operatori e risultano particolarmente sensibili al rischio di bias impliciti

perché la percezione della maturità può variare in base a stereotipi etnici, norme culturali e modelli comunicativi non occidentali.

Il lavoro di Byrne (2018) sottolinea come in contesti come quello britannico le valutazioni psicosociali, inquadrati in una cornice più olistica, siano discutibili per via dell'arbitrarietà e della soggettività del valutatore, in particolare se in assenza di protocolli standardizzati; Aricò e Fill (2019) evidenziano invece come in Italia e nel Regno Unito la fiducia nella capacità narrativa del minore sia spesso inficiata da una *cultura del sospetto*, che tende ad interpretare le incoerenze come un tentativo di frode, piuttosto che come espressione di una capacità narrativa segnata da uno o più traumi. I lavori di ricerca dei due autori mostrano come l'eccessivo affidamento a criteri psicosociali, non supportati da un'adeguata formazione interculturale, possa portare a decisioni discriminatorie, con effetti gravi sul diritto del minore a ricevere protezione, sottolineando la necessità di costituire équipe multidisciplinari formate, in grado di leggere criticamente il contesto biografico, culturale, relazionale del minore, valorizzando strumenti e competenze come quelle della mediazione culturale, dell'osservazione prolungata e della partecipazione attiva del minore al processo.

In risposta alle raccomandazioni che negli ultimi dieci anni sono emerse dagli studi sul tema, in Europa si sta affermando una terza via: quella dell'appoggio multidisciplinare, che integra evidenze mediche, psicosociali e documentali. In tale direzione, in Italia, la Legge n. 47/2017¹ (nota come Legge Zampa) ha introdotto un modello che prevede la partecipazione congiunta di pediatri, psicologi, assistenti sociali e mediatori culturali nella formulazione di un giudizio complesso e condiviso (Ministero dell'Interno, 2012; 2024²), come ampiamente discusso nel capitolo 2 del presente volume. Tale modello rispecchia le raccomandazioni internazionali (FUNDAMENTAL RIGHTS AGENCY, 2018; UNHCR, 2019) che insistono sulla necessità di privilegiare tecniche meno invasive e di garantire sempre il principio del beneficio del dubbio. Tuttavia, la sua implementazione concreta appare ancora disomogenea, come mostrano Buonsenso et al. (2024) in uno studio che mette in luce come la maggior parte dei pediatri italiani non abbia ricevuto una formazione specifica in merito, e come permangano profonde divergenze tra prassi regionali e strutture territoriali.

L'analisi condotta da Cummaudo et al. (2024) nel progetto FASE³ (*Forensic Anthropology Society of Europe*, diretto al miglioramento delle pratiche

¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/s>

² https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-08/24_vademecum_per_la_presa_in_carico_dei_minori_stranieri_non_accompagnati.pdf, <https://temi.camera.it/leg19/post/msna-quadro-normativo.html>

³ <https://forensicanthropology.eu/>

di identificazione forense) ha evidenziato che in Europa esiste un marcato disallineamento non solo tra Paesi, ma anche all'interno degli stessi ordinamenti, tra strutture sanitarie, commissioni territoriali e autorità giudiziarie: mancano un coordinamento sistematico e una cornice epistemologica comuni e ciò espone i minori stranieri a un rischio concreto di disparità di trattamento, a violazioni del diritto all'uguaglianza sostanziale e a pratiche di accertamento che possono rivelarsi sproporzionate, arbitrarie o dannose (FUNDAMENTAL RIGHTS AGENCY, 2018; Penasa, 2019). Un ulteriore nodo critico è rilevato sempre da Aricò & Fill (2019) e definito dalla rappresentazione pubblica e politica del minore straniero: nello studio, gli autori analizzano la tensione tra tutela e sospetto nelle pratiche di accertamento dell'età, osservando come il discorso pubblico e politico tenda spesso a polarizzarsi tra due immagini contrapposte: quella del *giovane profugo* e quella del *fin-to minore*, alimentate da una cultura del sospetto che incide profondamente sulle pratiche di accertamento. In molti contesti poi, la procedura appare più come un filtro amministrativo finalizzato alla riduzione dell'accesso al sistema di protezione, piuttosto che come una garanzia al servizio del minore e questo distorce il senso stesso dell'istituto, compromettendone la legittimità.

Appare chiaro dalla letteratura disponibile, come la procedura di accertamento dell'età dei minori richieda una revisione critica e sistematica, alla luce dei cambiamenti occorsi e a garanzia del rispetto dei loro diritti. In tal senso emerge la necessità di un approccio realmente multidisciplinare, che dichiari, definisca e controlli i margini di incertezza scientifica, che sia fortemente centrato su una prospettiva interculturale e su principi di diritto internazionale: solo in questo modo sarà possibile garantire una pratica equa, trasparente e sostenibile.

In questo scenario complesso e multidimensionale, l'analisi dei metodi di accertamento dell'età dei minori stranieri richiede una disamina delle differenti strategie attualmente adottate in Europa e articolate intorno ai tre grandi assi metodologici già indicati più sopra. Ogni approccio riflette una specifica visione del minore, della sua vulnerabilità e presenta differenti implicazioni relativamente all'attendibilità scientifica, alla sostenibilità giuridica e all'eticità del processo. Tra i diversi metodi, quelli medico-legali rappresentano storicamente il modello più strutturato e diffuso, fondato sulla rilevazione di indicatori biologici. Risulta quindi importante esaminare con attenzione ciascun metodo in uso, le evidenze scientifiche che ne supportano l'impiego, i limiti intrinseci di validità e i dilemmi bioetici che ne derivano, soprattutto in relazione alla tutela del minore come soggetto vulnerabile e titolare di diritti.

Nel paragrafo successivo saranno analizzati nel dettaglio i principali metodi di accertamento dell'età, con riferimento alle pratiche prevalenti in Europa e ai contributi più recenti della letteratura scientifica.

Il principio del *beneficio del dubbio*, sancito dal Comitato ONU per i Diritti dell'Infanzia (2019), impone che – in caso di incertezza – si applichi sempre la presunzione della minore età, ma - secondo quanto rilevato da DALLA FUNDAMENTAL RIGHTS AGENCY (2018) -, tale principio è sistematicamente disatteso in molti paesi europei, dove la mancanza di documentazione viene interpretata non come conseguenza di una migrazione forzata, ma come un tentativo subdolo di entrare illegalmente in Europa, con un'inversione dell'onere della prova a carico del minore.

3.1 I metodi medico-legali di accertamento dell'età

I metodi medico-legali, come già evidenziato, rappresentano storicamente il modello più strutturato e diffuso, fondato sull'analisi di indicatori biologici e radiologici dello sviluppo fisico, adottato in particolare nei sistemi giudiziari e forensi e affermatosi per l'apparente oggettività e riproducibilità. Lungi dall'essere accettati unanimemente, i metodi medico-legali sono stati e sono oggetto di molte critiche, in particolare per ciò che riguarda l'adeguatezza dei modelli di riferimento, la variabilità interindividuale e la mancata considerazione dei fattori culturali e ambientali. I protocolli di valutazione medico-legale si avvalgono principalmente di tecniche di imaging, che hanno subito nel tempo affinamenti tecnici, ma che continuano a sollevare interrogativi in merito all'invasività, all'appropriatezza clinica e al consenso informato, specie nei contesti non sanitari (Schmeling et al., 2016; Cattaneo et al., 2020). L'accertamento medico dell'età nei minori stranieri si fonda prevalentemente sull'analisi di caratteristiche biologiche associate alla crescita e allo sviluppo, in particolare quelle riguardanti il sistema scheletrico e dentale. Le tecnologie comunemente adottate includono: 1) *la radiografia del polso*, 2) *la valutazione dello sviluppo dentale*, 3) *la tomografia computerizzata della clavicola (CT)*, 4) *la risonanza magnetica del ginocchio o della clavicola (MRI)*. Come già rilevato, ciascuna di queste metodologie presenta specifici vantaggi, ma anche limiti scientifici, criticità etiche e importanti differenze applicative tra i vari contesti europei (Schmeling et al., 2016; Dedouit et al., 2025). Vediamo ora le principali caratteristiche di ciascuna di esse.

La radiografia del polso

La radiografia del polso sinistro è una delle tecniche più antiche e diffuse per la stima dell'età; si basa sul confronto delle immagini ossee con l'Atlante di Greulich e Pyle (1959), sviluppato su un campione di bambini statunitensi caucasici, in buone condizioni di salute e alimentazione. Sebbene il metodo sia pratico, rapido e poco costoso, la sua affidabilità è messa in discussione da numerosi studi che ne hanno evidenziato la scarsa adattabilità a popo-

lazioni di diversa origine etnica, condizione socioeconomica e ambientale (Schmeling et al., 2016). Tra i fattori critici più rilevanti possiamo elencare:

- *le variazioni etniche*: popolazioni africane, asiatiche o mediorientali possono avere ritmi di maturazione scheletrica diversi rispetto ai campioni originari (Schmeling et al., 2000);
- *le condizioni ambientali*: la nutrizione, le malattie croniche e lo stress possono alterare significativamente la crescita ossea (Cavrić et al., 2016);
- *il margine di errore per la radiografia del polso*: studi molto recenti stimano che la precisione del metodo può variare di circa $\pm 1,5$ anni (Dedouit et al., 2025).

Il margine di errore stimato per questo metodo varia tra ± 1 e $\pm 1,5$ anni, con un rischio concreto di sovra o sottostima dell'età effettiva e di danni dovuti all'esposizione – seppur contenuta – alle radiazioni ionizzanti. Tali rischi pongono questioni etiche, soprattutto in assenza di finalità cliniche (Schmeling & Geserick, 2008).

La radiografia dentale: lo sviluppo dei terzi molari

La valutazione radiografica dei denti è un altro strumento molto utilizzato per stimare l'età nei giovani tra i 14 e i 22 anni. Il metodo più diffuso è il *Metodo di Demirjian*, una tecnica di stima dell'età basata sull'analisi radiografica dello sviluppo dei denti, in particolare dei terzi molari, che fa riferimento a una classificazione della maturazione dentale in otto stadi (da A a H), correlati all'età anagrafica (De Salvia et al., 2004).

L'utilizzo dei terzi molari presenta alcuni indubbi vantaggi:

- *comparabilità*: le fasi di sviluppo sono ben documentate, riproducibili e facilmente standardizzabili;
- *applicabilità*: risulta particolarmente utile nei soggetti tra i 14 e i 22 anni quando altri indicatori scheletrici (come, ad esempio, il polso) hanno già raggiunto la maturazione completa.

Anche in questo caso, però, le ricerche indicano dei limiti; che possono essere così sintetizzati:

- a) *l'assenza congenita dei terzi molari, nel 20-25% dei casi (Guo et al., 2020);*
- b) *la variabilità individuale dello sviluppo, molto ampia e legata a fattori etnici, di genere e ambientali (Galić et al., 2016);*
- c) *l'incertezza intrinseca nella correlazione tra stadio di evoluzione dentale ed età anagrafica, in assenza di un modello specifico per le popolazioni non europee.*

Nonostante i limiti descritti, la valutazione dei terzi molari è ancora ampiamente utilizzata nei contesti giudiziari europei, soprattutto come elemento integrativo insieme ad altre tecniche, come le radiografie del polso

e la tomografia computerizzata della clavicola; l'impiego combinato di più strumenti è oggi considerato buona prassi in molti paesi, al fine di compensare i limiti di ciascun metodo e aumentare l'attendibilità del risultato finale.

La tomografia computerizzata della clavicola

La valutazione della maturazione della clavicola, e in particolare della fusione dell'epifisi mediale con la diafisi, è considerata uno degli indicatori più affidabili per distinguere tra minorenni e maggiorenni, specialmente in soggetti tra i 16 e i 22 anni. Questa parte anatomica è l'ultima a completare il processo di ossificazione e il metodo standard utilizza una tomografia computerizzata a strato sottile ad alta risoluzione (CT) per classificare i gradi di fusione secondo la scala proposta dal gruppo AGFAD, che ha sviluppato e diffuso a livello europeo raccomandazioni metodologiche standardizzate per l'accertamento dell'età (Kellinghaus et al., 2010; Schmeling et al., 2016). Le linee guida AGFAD si basano su evidenze scientifiche e rappresentano uno dei riferimenti principali utilizzati nella prassi medico-legale per uniformare i criteri diagnostici e limitare la variabilità inter-operatoria: ad esempio, lo stadio 3c, è indicativo di un'età minima di 19 anni, mentre la completa fusione epifisaria (stadio 4) si osserva raramente prima dei 21 anni. Tali linee guida raccomandano l'uso della CT della clavicola solo nei casi in cui la radiografia della mano non offre le informazioni necessarie e questo può avvenire quando l'ossificazione delle ossa carpali è definitivamente compiuta: in tali situazioni, la CT rappresenta un passaggio diagnostico successivo per aumentare la precisione della stima.

A riguardo di questa tecnica, le principali evidenze scientifiche indicano che:

- la fusione completa dell'epifisi mediale della clavicola è raramente osservata prima dei 19-21 anni (Kellinghaus et al., 2010);
- la tecnica risulta più affidabile rispetto alla sola radiografia del polso per età superiori ai 16 anni (Schmeling et al., 2016);
- la CT si è dimostrata più efficace di altre tecniche non invasive nella valutazione del grado di ossificazione e viene considerata uno strumento di riferimento quando disponibile in ambito medico-legale (Dedouit et al., 2025).

Alcune alternative non ionizzanti, come la risonanza magnetica (MRI), sono in fasi di sperimentazione, ma non hanno ancora sostituito la CT nei protocolli ufficiali. La CT della clavicola rappresenta quindi un metodo potente e relativamente preciso, che va però utilizzato con estrema cautela, solo in casi giustificati e nel rispetto dei diritti fondamentali del minore.

Anche la CT, come le altre tecniche, comporta però delle criticità, rappresentate prima di tutto dall'esposizione significativa alle radiazioni io-

nizzanti, valutata fino a 0.4 mSv per esame (Schmeling et al., 2016), che rendono questa pratica particolarmente controversa in soggetti vulnerabili come i minori. L'impiego è pertanto raccomandato solo in caso di dubbio persistente, in contesti legalmente autorizzati e subordinatamente alla firma di un consenso informato; in molti stati europei il suo utilizzo sistematico è scoraggiato proprio per queste ragioni e limitato a contesti forensi ben circoscritti.

La risonanza magnetica (MRI) del ginocchio e della clavicola

Per superare i limiti etici connessi all'utilizzo di tecniche radiologiche ionizzanti per la valutazione dell'età biologica, negli ultimi anni si è esteso l'impiego della risonanza magnetica (MRI) e in tale direzione si sono diffusi sistemi di classificazione basati sull'analisi dello stadio di fusione della cartilagine di accrescimento del ginocchio, con riferimento all'epifisi distale del femore e prossimale della tibia. Dedouit et al. (2012), dopo uno studio su un campione di 290 soggetti di età compresa tra i 10 e i 30 anni, hanno proposto un sistema originale di stadiazione MRI basato su cinque stadi morfologici, sulla base del quale è stato possibile evidenziare una significativa correlazione tra età cronologica e stadio epifisario: il quinto stadio della fusione epifisaria è indicativo di un'età superiore ai 18 anni sia nei maschi che nelle femmine.

È stato anche rilevato un certo grado di sovrapposizione degli stadi nei soggetti vicini alla soglia dei 18 anni e per questo gli autori suggeriscono cautela nell'interpretazione dei dati nei contesti forensi. La revisione sistematica di Ording Muller et al. (2023) ha messo in luce un'elevata eterogeneità tra gli studi disponibili in termini di popolazione, i protocolli MRI e i sistemi di classificazione. Gli autori, quindi, ritengono che, allo stato attuale, i dati disponibili non permettano di stimare con precisione la sensibilità, la specificità e il valore predittivo della MRI del ginocchio per valutare se un soggetto abbia o meno superato la soglia dei 18 anni. Inoltre, il rischio di errore di classificazione varia significativamente a seconda del genere, dell'età e con una maggiore probabilità di errore nelle fasce di età comprese tra i 16 e i 18 anni.

Tra le applicazioni promettenti sperimentate possiamo quindi indicare:

- *lo studio della cartilagine di accrescimento del ginocchio* - Distal Femoral Physis – (Dedouit et al., 2012; 2020);
- *lo studio della maturazione della clavicola mediale*, senza esposizione alle radiazioni (Dedouit et al., 2012).

La MRI offre certamente il vantaggio di non esporre a radiazioni, consentendo al contempo una valutazione più dettagliata dei tessuti molli e cartilaginei, ma i limiti della tecnica sono strutturali e organizzativi: elevato costo, scarsità di apparecchiature disponibili, necessità di formazione specifica

per l'interpretazione delle immagini, limitatezza della letteratura scientifica sulla tecnica e, soprattutto, mancanza di una validazione standardizzata su scala europea (Dedouit et al., 2012; 2020). Per queste ragioni, l'interpretazione delle immagini MRI richiede un'elevata competenza nei sanitari che la utilizzano e una rigorosa standardizzazione dei protocolli (Ording Muller et al., 2023).

Confronto tra metodi e margini di errore

In conclusione, l'analisi comparativa dei metodi medico-legali impiegati per la valutazione dell'età dei minori mette in evidenza una forte eterogeneità in termini di accuratezza, validazione scientifica e applicabilità forense: i principali approcci si fondano su esami radiologici della mano e del polso, valutazioni odontoiatriche (con particolare riferimento alla mineralizzazione dei terzi molari) e – nei casi in cui la maturazione scheletrica sia completata – sulla tomografia computerizzata (CT) della clavicola mediale. Secondo Schmeling et al. (2016), l'approccio metodologico più consolidato consiste nell'impiego combinato di un esame clinico, della radiografia della mano, dell'ortopantomografia e della Tac della clavicola: una sequenza pensata per minimizzare i margini di errore e per sfruttare il *principio dell'età minima*, ossia l'età più giovane in cui è documentata l'insorgenza di un dato stadio maturativo. Tale approccio consente, in condizioni standardizzate, di formulare solide valutazioni quando il valore soglia (nel nostro caso, il compimento del 18° anno) è superato, anche se l'interpretazione dei fattori costituzionali endocrini e socioeconomici può alterare significativamente lo sviluppo somatico e scheletrico, generando errori sistematici che, se non correttamente rilevati, possono portare a classificazioni sbagliate.

In tal senso, dalla letteratura appare particolarmente controversa la valutazione dei margini di errore associati alla Tac della clavicola: gli stadi avanzati (stadi 3 e 4) sono considerati indicatori affidabili di maggiore età, ma richiedono l'utilizzo di apparecchiature ad alta risoluzione e una lettura da parte di esperti altamente specializzati. Come sottolineato da Schmeling et al. (2016), lo stadio 3c corrisponde ad un'età uguale o maggiore di 19 anni, mentre lo stadio 4 a un'età uguale o maggiore di 21 anni, mentre la variabilità interindividuale permane significativa e l'applicabilità della classificazione può invece differire tra popolazioni.

L'introduzione della MRI come tecnica alternativa ha sollevato interesse nonostante i margini di errore siano ancora molto alti, solo per la possibilità di evitare radiazioni ionizzanti. Nonostante la MRI al ginocchio offra una rappresentazione fine dello stato cartilagineo epifisario, la sovrapposizione tra stadi rende incerta la discriminazione tra soggetti al di sopra e al di sotto dei 18 anni. Lo conferma la revisione sistematica della letteratura effettuata da Ording Muller et al. (2013), nella quale si sottolinea come la

sensibilità e la specificità di tale metodo non siano ancora sufficientemente documentati per un utilizzo forense sistematico. La classificazione in cinque stadi proposta da Dedouit appare quindi molto promettente, ma necessita di ulteriori validazioni su popolazioni di riferimento più ampie e diversificate.

Per quanto riguarda l'Italia, lo studio di De Micco et al. (2020) mette in evidenza significative difformità tra i protocolli adottati nei diversi contesti regionali italiani e segnala che tali difformità riguardano non solo le tecniche utilizzate, ma anche la presenza di garanzie procedurali come l'accompagnamento del tutore, la presenza del mediatore culturale e l'informazione preventiva sui diritti del minore. La presenza di linee guida unificate e vincolanti, come quelle indicate nel protocollo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2020, dovrebbe ridurre il margine di arbitrarietà, con ricadute positive in termini sia di tutela giuridica, sia di accesso ai diritti fondamentali di questi minori.

Se da un lato la combinazione di esami multi-parametrici rappresenta l'approccio più efficace dal punto di vista medico-legale, dall'altro la variabilità e la mancanza di standardizzazione a livello europeo, limitano l'affidabilità assoluta delle stime: tutti i metodi attualmente disponibili presentano, infatti, una fascia di incertezza critica tra i 16 e i 18 anni, all'interno della quale l'errore potenziale è più elevato e le conseguenze giuridiche più rilevanti. È, pertanto, essenziale che le valutazioni siano sempre accompagnate da un'approfondita analisi dei limiti metodologici e che ogni decisione rispetti il principio del "beneficio del dubbio" in favore del minore.

Confronto tra tecniche di stima dell'età applicate ai minori

METODO	VANTAGGI	LIMITI	MARGINE ERRORE
Radiografia del polso	Rapido, disponibile, sostenibile economicamente	Etici e scarsa affidabilità	± 1,5 anni
Radiografia dentale (terzi molari)	Standardizzazione alta	Elevata variabilità individuale e sensibilità alle differenze di sviluppo	± 2 anni
CT della clavicola	Buona precisione	> 16 anni	± 1 anno
MRI	Nessuna radiazione, precisione	Costoso, richiede alta competenza	± 1 anno

3.2 Il Metodo psicosociale

Il modello psicosociale per l'accertamento dell'età nei minori si è progressivamente affermato come alternativa teorica e pratica al paradigma medico-forense, in risposta a una crescente consapevolezza dei limiti epistemologici, etici e culturali delle tecniche strettamente sanitarie. Questo approccio si fonda sull'assunto che l'età anagrafica non coincida necessariamente con lo sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale di un individuo, e che pertanto debba essere valutata attraverso un'analisi multidimensionale che includa il vissuto, la narrazione, le capacità comportamentali e le interazioni sociali.

Il modello psicosociale non si propone quindi di sostituire l'approccio medico, ma di integrarlo o, in contesti specifici, di costituire un'alternativa centrata sul rispetto della soggettività e della dignità del minore.

Fondamenti teorici e normativi

Le basi teoriche del modello psicosociale affondano le loro radici nelle discipline psicologiche e pedagogiche, ma anche nella sociologia dell'infanzia e negli studi postcoloniali, che mettono in discussione la neutralità dei parametri di valutazione standardizzati. Questo approccio si sviluppa in antitesi a una concezione che "riduce" la persona a corpo misurabile: come osserva Byrne (2018), il rischio maggiore è quello di trattare il minore come "oggetto forense", piuttosto che come soggetto di diritti.

La cornice normativa internazionale legittima l'adozione di questo approccio: la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (1989) sancisce l'obbligo di porre il superiore interesse del minore al centro di ogni procedura, riconoscendo il diritto del minore ad essere ascoltato e a partecipare in modo appropriato ai processi che lo riguardano. La Fundamental Rights Agency (2018) ha più volte ribadito che le pratiche di accertamento dell'età devono essere *child-sensitive* e culturalmente adeguate, sottolineando il rischio che strumenti non contestualizzati generino discriminazioni indirette. Anche il Consiglio d'Europa (2020) raccomanda l'inclusione della valutazione psicosociale come parte integrante di qualsiasi procedura di *age assessment*, affermando che l'affidabilità delle valutazioni aumenta proporzionalmente alla diversità delle fonti e dei punti di vista coinvolti. In quest'ottica, il modello psicosociale è oggi ritenuto una delle componenti essenziali di un approccio multidisciplinare efficace e rispettoso dei diritti.

Modalità operative e strumenti

L'accertamento psicosociale si fonda su un insieme articolato di strumenti qualitativi, finalizzati a ricostruire la biografia, la struttura relazionale, le competenze cognitive e il livello di autonomia del minore.

Tra questi, i principali sono:

- *il colloquio narrativo*, attraverso il quale si analizza la coerenza interna del racconto, la consapevolezza del tempo e dello spazio e la capacità del minore di articolare il proprio vissuto in forma sequenziale e plausibile; non si tratta di verificare la “verità oggettiva” dei fatti, ma la maturità narrativa e la congruenza logica del discorso;
- *l'osservazione comportamentale*, condotta in contesti protetti (es. comunità, scuole, ambienti assistenziali), che permette di valutare il grado di autonomia personale, le modalità relazionali, la gestione delle emozioni e la capacità di interazione con adulti e coetanei;
- *l'analisi delle competenze cognitive e sociali*, effettuata tramite griglie valutative o test psicométrici standardizzati, tenendo conto del retroterra linguistico e culturale del minore;
- *la raccolta e l'analisi di documenti secondari*, come certificati scolastici, attestazioni comunitarie, documentazione proveniente da organizzazioni umanitarie, che possono contribuire a corroborare o chiarire gli elementi emersi durante il colloquio.

L'utilità e l'efficacia di questi strumenti dipende in larga misura dalla formazione degli operatori coinvolti, che devono possedere competenze ed esperienza nel campo della psicologia dell'età evolutiva, dell'antropologia culturale, della mediazione interculturale e della tutela dell'infanzia. Secondo Aricò & Fill (2019) è inoltre essenziale che le équipe siano composte da figure professionali eterogenee e capaci di collaborare in modo sintonico.

Punti di forza del modello

Il primo e più evidente punto di forza del modello psicosociale è la sua non invasività: a differenza delle tecniche radiologiche o odontoiatriche, non prevede esposizione a radiazioni né pratiche intrusive; permette inoltre di valorizzare la soggettività del minore, la sua storia personale e il contesto di provenienza, promuovendo un approccio più umano e centrato sulla persona. Un secondo punto di forza è la flessibilità metodologica, che consente di adattare l'indagine al singolo caso, evitando rigidità che potrebbero rivelarsi discriminatorie nei confronti di soggetti provenienti da contesti culturali o sociali marginalizzati. Infine, favorisce una maggiore trasparenza procedurale, in quanto la valutazione si basa su criteri dichiarati, osservabili e documentabili, suscettibili di approfondimento, di discussione e di revisione.

Criticità e limiti del modello

Anche il metodo psicosociale presenta però elementi di criticità, che ne limitano la diffusione e l'efficacia. In primo luogo, la valutazione psicoso-

ciale è per sua natura soggettiva, non esistendo scale universalmente valide per misurare la maturità affettiva ed emotiva, e - data la variabilità delle interpretazioni da un operatore all'altro - può mettere a rischio la validità giuridica dell'intero procedimento, come sottolineato da Penasa (2019). In secondo luogo, il rischio di bias culturali è elevato per le modalità espressive, i comportamenti e le norme sociali che variano notevolmente da una cultura all'altra: ciò che in un contesto è segno di maturità, in un altro può essere letto come arretratezza o passività.

Secondo Byrne (2018), senza un'adeguata formazione interculturale, gli operatori rischiano quindi di attribuire giudizi etnocentrici che compromettono radicalmente l'equità della valutazione. Un'ulteriore criticità riguarda l'assenza di standardizzazione: differentemente dai protocolli medico-legali, i modelli psicosociali non sono regolati da linee guida internazionali condivise e l'adozione di strumenti diversi da parte delle autorità locali può condurre a disomogeneità, arbitrarietà e scarsa replicabilità dei risultati (Cummindo et al., 2024).

Esperienze applicative e sviluppi emergenti

Nei sistemi minorili ordinari il modello psicosociale viene già largamente impiegato per valutare la capacità di discernimento, l'idoneità all'affidamento, l'esposizione a situazioni di rischio e l'adeguatezza del contesto familiare. La letteratura in campo psicologico e giuridico riconosce il valore predittivo delle valutazioni qualitative nella diagnosi precoce di vulnerabilità e alcune esperienze internazionali hanno cercato di strutturare questo modello con maggiore sistematicità. Nel Regno Unito, ad esempio, la procedura di accertamento dell'età condotta da assistenti sociali altamente specializzati è basata su schede narrative e griglie osservazionali, realizzate da operatori che hanno partecipato a training multidisciplinari (UNHCR, 2019). In Francia, la valutazione sociale è formalmente prevista e vincolata al parere dell'autorità giudiziaria (UNHCR, 2019), come tentativo di istituzionalizzare la componente psicosociale, conferendole maggiore credibilità e uniformità. Anche in ambito accademico, si moltiplicano le proposte per definire indicatori minimi comuni, check-list, e protocolli di validazione incrociata tra operatori, al fine di aumentare l'affidabilità del metodo e la sua accettazione in ambito forense.

Il metodo psicosociale dovrebbe essere concepito come complementare a quello medico-legale, perché la sua forza risiede nella capacità di colmare le lacune lasciate dagli approcci biologici, specialmente quando questi non offrono dati univoci o si scontrano con limiti etici. In tal senso, un sistema realmente efficace di accertamento dell'età dovrebbe fondarsi su una integrazione equilibrata e dialogica dei diversi approcci, sistema nel quale la valutazione psicosociale svolge un ruolo imprescindibile.

3.3 Il Metodo integrato

Fondamenti teorici e riferimenti normativi

L'evoluzione dei modelli di accertamento dell'età dei minori ha portato negli ultimi anni all'affermazione di un approccio sempre più condiviso e multidisciplinare, noto come "modello integrato". Questo modello si fonda sull'assunto che nessun singolo strumento, né medico né psicosociale, sia da solo sufficiente a garantire una valutazione affidabile, equa e rispettosa dei diritti fondamentali del minore. L'approccio integrato nasce come risposta critica ai limiti epistemologici ed etici dei modelli tradizionali e si basa su una logica di complementarietà tra diversi saperi professionali, con l'obiettivo di costruire una valutazione complessa, argomentata e trasparente (Benvenuti, 2022; Buonsenso et al., 2024). Secondo Cummaudo et al. (2024), il modello integrato si articola come un processo a fasi successive, che prevede la raccolta e l'analisi di fonti eterogenee – documentali, cliniche, psicologiche, sociali – e la loro discussione all'interno di un'équipe multidisciplinare. Questa équipe, che deve essere formalmente costituita e adeguatamente formata, dovrebbe essere composta da professionisti provenienti da diversi ambiti disciplinari: medici legali, pediatri, psicologi, assistenti sociali, educatori e mediatori culturali. Ciascuna figura apporterebbe una competenza specifica e indispensabile alla comprensione del profilo evolutivo del minore, che verrebbe valutato non solo in base a parametri biologici, ma alla luce della sua biografia, delle sue competenze relazionali e cognitive, e del contesto di provenienza. Il quadro normativo italiano ha formalizzato l'adozione di questo modello con l'approvazione della Legge n. 47/2017, che impone la nomina del tutore prima dell'eventuale esecuzione di accertamenti sanitari e stabilisce *il principio della minor intrusività possibile*. Il modello è stato poi ulteriormente sviluppato nel Protocollo di accertamento multidisciplinare approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2020, che prevede un iter strutturato in tre fasi: una valutazione documentale e socioeducativa, una visita clinica auxologica, e infine – solo in caso di persistenza del dubbio – esami specialistici. Tutto il processo deve svolgersi alla presenza del mediatore culturale e con il consenso informato del minore.

Modalità operative e strumenti

Il modello integrato si distingue per il fatto che non conferisce valore assoluto a nessuna delle metodologie utilizzate, ma attribuisce rilevanza all'interazione e alla coerenza tra i diversi dati raccolti. Come osserva Benvenuti (2022), esso impone una riformulazione del concetto stesso di "verità forense", che non è più affidata a una presunta oggettività radiologica, bensì costruita attraverso una valutazione collegiale e responsabile. Il giudizio finale non deriva da una somma aritmetica di indizi, ma da una sintesi critica delle

informazioni emerse, redatta sotto forma di verbale motivato e firmato da tutti i membri dell'équipe. L'apporto medico, all'interno del modello integrato, continua a rivestire un ruolo fondamentale, ma perde il carattere esclusivo che lo connotava nei modelli tradizionali, sulla base di quanto già argomentato in tema di limiti strutturali delle tecniche radiologiche (Greulich & Pyle; Schmeling et al., 2016; Cameriere et al., 2016; De Salvia et al., 2004).

Da tali elementi deriva la necessità di affiancare a questi strumenti un'analisi psicosociale strutturata: il contributo degli assistenti sociali, degli psicologi dell'età evolutiva e dei mediatori culturali può consentire, in tal senso, di integrare informazioni essenziali sul grado di autonomia, sulla coerenza narrativa, sul livello di consapevolezza temporale, sull'origine culturale e sui riferimenti biografici. Questo tipo di valutazione, se correttamente condotta, può confermare o problematizzare le evidenze medico-legali, contribuendo a evitare gravi errori nella determinazione dell'età (Barbaro, 2021).

Buone pratiche

Il modello integrato ha trovato applicazione anche in altri ordinamenti europei: in Svezia l'Agenzia per la Migrazione ha adottato un sistema che combina MRI del ginocchio e colloqui approfonditi condotti da assistenti sociali qualificati, in un contesto altamente regolato (Hjern et al., 2012; 2018); nei Paesi Bassi è stato realizzato un protocollo multidimensionale applicato da un'équipe formata da medici, psicologi, giuristi e mediatori, che valutano congiuntamente l'insieme degli elementi raccolti, redigendo un verbale condiviso e motivato (Cummaudo et al., 2024). La Francia, invece, prevede l'obbligatorietà dell'autorizzazione giudiziaria per ogni esame medico, privilegiando la componente sociale e legando il giudizio finale alla coerenza tra dichiarazioni ed elementi documentali.

Criticità

La realizzazione concreta del modello integrato incontra ancora oggi ostacoli significativi: una delle principali criticità riguarda la formazione degli operatori. Come segnalato da Buonsenso et al. (2024), la multidisciplinarietà non può essere improvvisata, richiedendo un lessico condiviso, strumenti comuni e, soprattutto, uno spazio effettivo di confronto. Spesso, invece, le équipe lavorano in modo frammentato e l'elaborazione finale della valutazione risulta sbilanciata a favore del referto medico. Inoltre, in molti contesti locali il modello viene applicato in modo disomogeneo, con forti differenze territoriali che rischiano di compromettere l'equità del sistema (Cummaudo et al., 2024). Un altro importante nodo problematico è quello del monitoraggio: attualmente manca un sistema di raccolta dati standardizzato che permetta di verificare l'efficacia dei protocolli, la qualità delle valutazioni e il rispetto delle garanzie procedurali; la valutazione finale non sempre assume una

forma collegiale e, nei casi di contenzioso, può risultare difficile ricostruire la catena argomentativa alla base della decisione (Benvenuti, 2022; Tomasi, 2020). Malgrado tali limiti, il modello integrato rappresenta l'approccio più evoluto e coerente con i principi della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e il suo valore risiede nella costruzione di un percorso valutativo capace di gestire l'incertezza e di motivare in modo trasparente ogni scelta. Come osserva Byrne (2018), l'età non è un dato neutro, ma una categoria giuridica che si traduce in diritti, tutele, obblighi e per questo l'accertamento dell'età deve essere considerato come un atto pubblico, in cui la responsabilità tecnica è inseparabile da quella etica. In conclusione, possiamo affermare che, nonostante alcune criticità, il modello integrato costituisce una risorsa fondamentale per garantire valutazioni fondate e rispettose della dignità del minore. Per realizzarlo pienamente sono però necessari investimenti strutturali: formazione trasversale, coordinamento interistituzionale, indicatori condivisi, monitoraggio indipendente. Solo così sarà possibile assicurare che l'accertamento dell'età non si trasformi in un'ulteriore forma di discriminazione dei più deboli, ma divenga un'occasione di tutela e di riconoscimento della persona.

4. L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati in alcuni Paesi dell'Unione Europea

4.1 Il contesto normativo europeo e l'assenza di standard comuni

Nel panorama giuridico dell'Unione Europea, l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) costituisce un tema cruciale, ma ancora privo di una regolamentazione armonizzata e vincolante a livello sovranazionale. Sebbene le normative europee in materia di asilo e immigrazione pongano l'accento sul rispetto del superiore interesse del minore, non esiste ad oggi un protocollo comune per la determinazione dell'età in assenza di documentazione certa e tale frammentazione normativa produce una significativa disomogeneità tra gli Stati membri, con effetti diretti sulla tutela dei diritti dei minori e sull'equità dei procedimenti adottati (FRA, 2018; Byrne, 2018). La Direttiva 2013/32/UE (c.d. Direttiva Procedure)¹ e la Direttiva 2013/33/UE (Direttiva Accoglienza)² stabiliscono alcuni principi fondamentali in materia di protezione dei minori richiedenti asilo - tra cui l'obbligo di garantire condizioni di accoglienza adeguate e la nomina di un tutore- , ma si limitano ad indicare che "gli Stati membri possono effettuare valutazioni dell'età ove sussistano dubbi", senza fornire indicazioni su metodi, soglie di affidabilità o requisiti professionali minimi per gli operatori coinvolti (Penasa, 2019).

Il Regolamento Dublino III (UE 604/2013)³ disciplina i criteri per determinare lo Stato competente all'esame della domanda di asilo e riconosce la minore età come elemento determinante nella definizione del legame familiare e nel trattamento procedurale, ma non affronta in modo puntuale la questione dell'accertamento dell'età. Questo vuoto normativo è stato più volte segnalato da organismi internazionali, come l'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Fondamentali (FRA), l'UNHCR e il Consiglio d'Europa, che hanno sollecitato l'adozione di linee guida comuni, fondate su criteri scientifici, giuridici ed etici (UNHCR, 2017; FRA, 2018; Buonsenso et al., 2024).

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0032>

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0033>

³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0604>

Implicazioni giuridiche ed effetti discriminatori

L'assenza di standard condivisi genera una disparità di trattamento tra i minori in base allo Stato membro in cui si trovano: alcuni ordinamenti, come quello tedesco o norvegese, attribuiscono prevalenza a metodi medico-legali standardizzati, mentre altri, come Regno Unito, Irlanda e Belgio, si orientano verso approcci psicosociali. L'Italia e la Spagna hanno recentemente adottato modelli integrati, ma l'effettiva implementazione varia notevolmente da regione a regione (Cummaudo et al., 2024; Barbaro, 2021).

Questo pluralismo metodologico incide sull'effettività del diritto perché uno stesso minore potrebbe essere considerato minorenne in un Paese e maggiorenne in un altro: tale variabilità mina il principio di uguaglianza, rischiando di compromettere l'accesso ai diritti fondamentali, come l'accoglienza in strutture dedicate, il diritto all'istruzione e alla tutela giurisdizionale (Benvenuti, 2022). Come osservato da Schmeling et al. (2016), la mancanza di criteri uniformi ostacola non solo la comparabilità dei dati, ma anche la cooperazione amministrativa e giudiziaria tra gli Stati membri. Un ulteriore rischio è rappresentato dall'adozione di metodologie non validate scientificamente o applicate in assenza delle necessarie garanzie procedurali: le valutazioni possono essere eseguite senza un consenso pienamente informato o senza la presenza di un tutore legale, violando così gli articoli 12 e 16 della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (CRC, 1989)⁴, oppure in assenza di documentazione può prevalere l'interpretazione della maggior età, in aperta contraddizione con il principio del *favor minoris* (Tomasini, 2020).

Iniziative di coordinamento e raccomandazioni sovranazionali

Nonostante l'assenza di uno strumento giuridicamente vincolante, negli ultimi anni sono emerse alcune significative iniziative tese a favorire l'armonizzazione delle prassi: la Fundamental Rights Agency dell'Unione Europea (FRA)⁵, nel rapporto del 2018, ha evidenziato la necessità di sviluppare standard metodologici condivisi e ha raccomandato l'impiego di équipe multidisciplinari, la formazione obbligatoria degli operatori, l'adozione di linee guida trasparenti e la centralità del consenso informato. Analoga posizione è stata espressa dal Consiglio d'Europa (2019)⁶, che ha sollecitato l'adozione di metodi non invasivi, culturalmente sensibili e rispettosi del principio di proporzionalità. L'UNHCR, nel suo documento tecnico del 2017⁷ sull'accerta-

⁴ <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

⁵ <https://fra.europa.eu/en>

⁶ <https://rm.coe.int/cm-rec-2022-22-and-explanatory-memorandum-on-human-rights-principles-a/1680ab501f>

⁷ <https://www.refworld.org/reference/themreport/unicef/2013/en/90892>

mento dell'età, ha delineato un modello ideale basato su tre fasi: 1. *valutazione documentale e anamnestica*, 2. *colloqui psicosociali* condotti da personale qualificato, e, solo in ultima istanza, 3. *eventuali accertamenti sanitari*. Questo modello è stato adottato in forma adattata da alcuni Paesi, tra cui l'Italia, con il Protocollo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2020, che costituisce attualmente uno degli esempi più articolati di recepimento delle indicazioni sovranazionali (Penasa, 2019; Buonsenso et al., 2024). Alcuni studiosi (Benvenuti, 2022; Cummaudo et al., 2024) suggeriscono la strutturazione di un osservatorio europeo sulle pratiche di accertamento dell'età, che consenta il monitoraggio delle procedure adottate nei diversi Stati membri, la raccolta di dati comparabili e l'elaborazione di indicatori di qualità: tale osservatorio potrebbe svolgere un ruolo cruciale nel promuovere una cultura comune dei diritti e nel contrastare le derive securitarie che, in taluni contesti, hanno prevalso sulla tutela che dovrebbe essere necessariamente predisposta per ogni minore.

Verso una direttiva europea sull'accertamento dell'età?

Il dibattito sull'armonizzazione delle procedure ha recentemente assunto una nuova rilevanza nel quadro della proposta di riforma del Patto europeo sulla migrazione e l'asilo. Il nuovo Regolamento Procedure, approvato in prima lettura dal Parlamento Europeo nel 2024⁸, introduce per la prima volta l'ipotesi di una valutazione dell'età condotta secondo criteri “*scientificamente fondati, non invasivi, rispettosi della dignità e proporzionati*”, ma lascia ancora ampia discrezionalità agli Stati membri (Commissione UE, 2023). Alcuni studiosi sottolineano come la formulazione ambigua del testo rischi di perpetuare la frammentazione esistente, piuttosto che risolverla (Barbaro, 2021), altri propongono l'adozione di una direttiva ad hoc sull'accertamento dell'età, che definisca standard comuni minimi, criteri di affidabilità scientifica, requisiti formativi per gli operatori e garanzie procedurali obbligatorie, come la presenza del tutore, del mediatore culturale e l'accesso alla tutela giurisdizionale (Penasa, 2019; Buonsenso et al., 2024).

In conclusione, l'Unione Europea si trova oggi di fronte a una sfida cruciale: da un lato, garantire il rispetto dei diritti dei minori in un contesto di crescente pressione migratoria, dall'altro evitare che l'assenza di standard comuni si traduca in arbitrarietà, discriminazione e incertezza giuridica. Un accertamento dell'età scientificamente fondato, equo e rispettoso dei diritti fondamentali non è solo un'esigenza tecnica, ma un imperativo etico e giuridico che chiama in causa la coerenza stessa del progetto europeo.

⁸ https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ%3AL_202401348&utm_source=chatgpt.com

4.2 Accertamento dell'età nei minori stranieri non accompagnati in Europa: confronto tra sistemi nazionali

L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) rappresenta, all'interno dell'Unione Europea, uno dei nodi più complessi e controversi delle politiche migratorie e di protezione dei minori. A fronte di un incremento significativo del numero di minori che giungono nei territori europei senza documentazione anagrafica attendibile – spesso a causa di guerre, persecuzioni, violenze, tratta o condizioni di povertà estrema – gli Stati membri sono chiamati a stabilire se il migrante sia minorenne, soggetto quindi a tutele specifiche previste tanto dal diritto internazionale quanto da quello interno, o maggiorenne. La qualifica giuridica di minore implica infatti l'accesso a diritti sostanziali fondamentali, quali l'accoglienza in strutture protette, la nomina di un tutore, il diritto all'istruzione, l'esclusione da trattenimenti amministrativi, la precedenza nel ricongiungimento familiare e, in molti ordinamenti, il beneficio del dubbio in caso di incertezza. Da qui l'importanza decisiva della fase di accertamento dell'età, che non si limita a una valutazione tecnico-scientifica, ma assume il carattere di una vera e propria soglia giuridica e politica tra protezione e esclusione (Benvenuti, 2022; Tomasi, 2020). Nonostante tale centralità, ad oggi l'Unione Europea non dispone di un sistema unitario né di standard comuni in materia e ogni Stato membro adotta criteri propri, sia per quanto riguarda i metodi utilizzati – medici, psicosociali, integrati – sia per quanto attiene alle garanzie procedurali previste, ai tempi di esecuzione, alla possibilità di ricorso e alla formazione degli operatori (FRA, 2018).

Questa assenza di armonizzazione produce una marcata disomogeneità tra gli ordinamenti, con evidenti ricadute sul piano della parità di trattamento e della certezza giuridica, come già sottolineato nel precedente capitolo: alcuni Paesi (come Germania e Norvegia) continuano ad adottare prevalentemente modelli medico-sanitari, centrati sull'utilizzo di tecniche radiologiche o odontoiatriche, considerate più standardizzabili e replicabili (Schmeling et al., 2016); altri Stati (tra cui Regno Unito, Irlanda e Francia) privilegiano un approccio psicosociale, fondato sull'analisi del racconto, l'osservazione del comportamento e la valutazione della maturità cognitiva e relazionale (Byrne, 2018; Barbaro, 2021). Altri ordinamenti ancora hanno avviato percorsi verso modelli integrati o multidisciplinari, nei quali le diverse fonti probatorie vengono valutate in modo congiunto da équipe composte da medici, psicologi, assistenti sociali e mediatori culturali (Penasa, 2019; Cummaudo et al., 2024): è il caso, ad esempio dell'Italia, della Spagna, della Svezia e, più recentemente, dei Paesi Bassi.

Questa molteplicità di approcci si traduce in pratiche divergenti che, come ha sottolineato De Micco et al. (2020) in un'analisi comparata dei pro-

toccoli italiani, generano esiti potenzialmente discriminatori: lo stesso soggetto potrebbe essere ritenuto minorenne in un Paese e maggiorenne in un altro e tale rischio è aggravato dal fatto che, in molti casi, l'esito dell'accertamento dell'età incide direttamente sulla possibilità di accedere alla procedura d'asilo o di essere trattenuto in centri per adulti. In questo senso, la valutazione dell'età non è soltanto un problema tecnico, ma una questione centrale di giustizia, equità e protezione dei diritti fondamentali (UNHCR, UNICEF, IRC, 2017). Anche sul piano delle garanzie si registrano significative divergenze: in alcuni ordinamenti è garantita la presenza obbligatoria del tutore e del mediatore culturale, il consenso informato del minore e la possibilità di impugnare la decisione finale; in altri, invece, tali tutele sono parziali o assenti, oppure sono previste solo formalmente e non effettivamente applicate.

Secondo Penasa (2019), il disallineamento tra le dichiarazioni normative e la prassi concreta, costituisce uno degli elementi più critici dell'intero sistema. Non mancano poi tentativi di convergenza, come ad es. il Protocollo nazionale italiano del 2020, la check-list multidimensionale dei Paesi Bassi o il sistema svedese basato sull'integrazione tra MRI e sulla valutazione psicosociale, che rappresentano esperienze significative, auspicabile base per l'elaborazione di un modello europeo condiviso. Anche la proposta di riforma del Patto sulla migrazione e l'asilo, attualmente in discussione a livello europeo, introduce alcuni criteri minimi di affidabilità scientifica, proporzionalità e rispetto della dignità, pur lasciando ampia discrezionalità agli Stati membri (Commissione UE, 2023). Come evidenziato da Cummaudo et al. (2024), una vera armonizzazione richiederebbe interventi più incisivi: un corpus normativo vincolante, standard minimi comuni, formazione obbligatoria per gli operatori, un sistema di monitoraggio e, soprattutto, una cornice etica condivisa, che riconosca la minore età come condizione di vulnerabilità e non come ostacolo da superare.

Alla luce di queste considerazioni, risulta necessario analizzare in modo sistematico i modelli adottati nei principali ordinamenti europei, al fine di valutarne l'impianto teorico, l'efficacia applicativa, le garanzie offerte e i margini di errore. L'analisi che segue si concentra in particolare su Italia, Francia, Germania, Svezia e su altri Paesi dell'UE selezionati per rilevanza o per innovatività delle pratiche adottate: ogni paragrafo include: (1) *il quadro normativo di riferimento*; (2) *la descrizione delle prassi operative*; (3) *la tipologia di modello adottato* (medico, psicosociale, integrato); (4) *le criticità segnalate dalla letteratura scientifica*; (5) eventuali *prospettive di riforma*. Questa cognizione comparativa, oltre a fornire un quadro aggiornato delle prassi in vigore, mira a individuare possibili traiettorie per l'elaborazione di un sistema europeo più coerente, trasparente e orientato alla tutela effettiva dei diritti dei minori stranieri non accompagnati.

I Paesi di prevalenza del modello medico-legale

Germania

Il sistema tedesco di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati si configura come uno dei più strutturati e standardizzati a livello europeo, fondato sull'applicazione di metodi medico-legali rigorosi e sull'adozione di criteri oggettivi condivisi a livello nazionale. La procedura è definita dalle raccomandazioni ufficiali della *Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin* (Società Tedesca di Medicina Legale), che rappresentano il punto di riferimento per i medici forensi incaricati delle valutazioni (Schmeling et al., 2016). La Germania, diversamente da altri ordinamenti europei che privilegiano approcci integrati o sociali, ha mantenuto una posizione nettamente orientata alla "oggettività" del dato biologico, con l'obiettivo di ridurre la discrezionalità e l'incertezza giuridica. Il Protocollo si articola in una sequenza prestabilita di fasi, da seguire in modo rigoroso: in prima istanza viene effettuata un'analisi documentale per verificare l'eventuale esistenza di certificati anagrafici o altri elementi identificativi ufficiali e in assenza di prove documentali attendibili o in caso di incongruenze, si passa alla fase clinica, che prevede un esame fisico generale da parte di un medico legale, esperto in età evolutiva. Questo esame si concentra sull'osservazione dello sviluppo puberale, dell'apparato muscolo-scheletrico e delle caratteristiche morfologiche (Schmeling et al., 2000): qualora permanga un margine di incertezza, il protocollo prevede l'impiego di tecniche radiologiche standardizzate, tra le quali le più frequentemente utilizzate sono la radiografia della mano e del polso sinistro secondo il metodo di Greulich & Pyle, l'ortopantomografia dentale per valutare lo sviluppo dei terzi molari (secondo Demirjian), e, nei casi più complessi, la tomografia computerizzata (CT) della clavicola mediale, considerata in letteratura come l'ultima struttura ossea a completare il processo di ossificazione. L'utilizzo della CT è subordinato a criteri clinici rigorosi e viene impiegato solo nei casi in cui la valutazione combinata di mano e dentizione non consenta di escludere con sufficiente sicurezza la maggiore età (Schmeling et al., 2016).

Un elemento di particolare rilevanza nel sistema tedesco è l'*espressione statistica dell'incertezza*, che si traduce in referti medico-legali che non si limitano a indicare un'età stimata, ma riportano esplicitamente il margine di errore e il livello di confidenza associato al dato: ad esempio, è possibile trovare formule che indicano una precisa probabilità che il soggetto abbia 18 anni, oppure che non sia possibile escludere - con un margine di errore inferiore al 10% - che il soggetto abbia superato la maggiore età. Questo approccio, fortemente connotato da un'oggettività scientifica, ha lo scopo di offrire al giudice uno strumento imparziale per la valutazione probatoria e per l'assunzione della decisione finale, evitando interpretazioni arbitra-

rie del dato medico. Nonostante ciò, la forte medicalizzazione del sistema tedesco ha suscitato critiche in ambito etico e giuridico; in particolare l'esposizione a radiazioni ionizzanti in assenza di finalità terapeutiche è stata oggetto di contestazione, sia da parte della comunità dei bioetici, che da organizzazioni internazionali, come il Comitato ONU per i Diritti dell'Infanzia. L'uso sistematico della CT, seppur giustificato dalla maggiore precisione diagnostica, solleva dubbi in merito alla proporzionalità dell'intervento e al rispetto della dignità e dell'integrità fisica del minore, mentre la prevalenza del dato biologico nella decisione finale può comportare la marginalizzazione di altri elementi rilevanti, come il contesto biografico, le condizioni di sviluppo, e il vissuto migratorio del soggetto valutato (Benvenuti, 2022).

Sul piano operativo, la Germania si distingue anche per il ruolo centrale riconosciuto ai medici forensi, ai quali è affidata non solo l'esecuzione degli esami ma anche l'elaborazione dell'intero giudizio peritale. L'interdisciplinarietà è limitata e non sono previste in modo sistematico valutazioni psicosociali o colloqui con operatori sociali; la procedura tende a escludere l'intervento di figure come il mediatore culturale, sebbene alcune amministrazioni locali abbiano recentemente iniziato a sperimentarne l'inserimento, soprattutto nei casi più controversi o nei procedimenti di ricorso.

Un altro aspetto critico riguarda l'assenza di una normativa nazionale che definisca obbligatoriamente l'applicazione del principio del *favor minoris*: sebbene in alcune sentenze i giudici abbiano applicato questo principio in modo estensivo, esso non è sancito in modo esplicito dalla legislazione tedesca e pertanto la sua applicazione resta affidata alla discrezionalità dell'autorità giudiziaria e ciò ha generato, in alcuni casi, prassi difformi tra Länder e una non sempre uniforme tutela dei diritti dei minori.

In conclusione, il modello tedesco si configura come una procedura tecnico-legale di alta precisione, costruita su basi scientifiche solide e orientata alla riduzione dell'arbitrarietà, ma tale rigore può entrare in contraddizione con i principi di protezione dell'infanzia, laddove il dato biologico venga assunto come elemento esclusivo per l'attribuzione dell'età. Un'evoluzione in senso più integrato, che affianchi alla valutazione medico-legale una prospettiva psicosociale, appare auspicabile per armonizzare esigenze di certezza con la complessità biografica e culturale dei minori stranieri non accompagnati.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Standardizzazione elevata	Assenza di un approccio multidisciplinare
Espressione statistica dell'incertezza	Uso di tecniche invasive

Spagna

Il sistema spagnolo per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati si distingue per una combinazione tra approccio medico e garanzie giudiziarie, all'interno di un quadro normativo che ha subito diversi affinamenti negli ultimi anni. La procedura è regolata da una pluralità di fonti, tra cui la Ley Orgánica 4/2000⁹, sul diritto e le libertà degli stranieri in Spagna, e il Regolamento de Extranjería del 2011¹⁰, oltre a una vasta produzione giurisprudenziale che ha consolidato alcuni principi fondamentali in materia, tra cui il *favor minoris* e la necessità di motivazione rigorosa degli atti deliberati (Ministerio del Interior, 2020). Il punto di partenza del processo è rappresentato da una valutazione documentale e sociale, effettuata dai servizi competenti delle Comunità Autonome: in presenza di dubbi sulla veridicità o attendibilità dei documenti forniti, o in assenza di documentazione anagrafica, si può disporre l'avvio di una procedura medica per l'accertamento dell'età e questa fase prevede un esame clinico da parte di un'équipe composta da pediatri, endocrinologi e radiologi, incaricati di redigere una relazione medica dettagliata. Gli strumenti diagnostici impiegati includono la radiografia del polso secondo il metodo di Greulich & Pyle, l'ortopantomografia dentale secondo Demirjian, e in alcuni casi la radiografia della clavicola (EASO, 2021)¹¹. L'utilizzo di tali strumenti è subordinato al rispetto di principi rigorosi sanciti dalla Corte Suprema spagnola, perché le tecniche di accertamento medico-legale devono essere basate su metodi scientificamente validati, applicati in modo non arbitrario e sempre nel rispetto della dignità e dell'integrità fisica del minore. È inoltre richiesto che il minore venga informato in modo comprensibile e che venga ottenuto un consenso, pur considerando che non sempre in questa fase è presente un tutore formale (Benvenuti, 2022; Tomasi, 2020). Un ulteriore elemento distintivo del modello spagnolo è il forte ruolo attribuito all'autorità giudiziaria: in base alla normativa vigente, il Pubblico Ministero (Ministerio Fiscal) ha l'obbligo di supervisionare tutti i procedimenti di accertamento dell'età e può sospendere o annullare una procedura, qualora ritenga che le garanzie non siano rispettate o che le prove disponibili non siano sufficienti per escludere la minore età. La giurisprudenza ha ribadito in numerose occasioni che, in caso di dubbio, deve prevalere il principio del *favor minoris*, e che l'onere della prova ricade sulle autorità (EASO, 2021). Dal punto di vista pratico, le Comunità Autonome applicano il modello con un certo grado di variabilità, in particolare per quanto riguarda l'integrazione delle valutazioni psicosociali; in alcune regioni, come la Catalogna e il Paese Basco, è più frequente che alla

⁹ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>

¹⁰ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7703>

¹¹ <https://europa.eu/publications/age-assessment-practices-eu-countries>

valutazione medica si accompagni una valutazione delle capacità narrative e psicologiche del minore, condotto da assistenti sociali o educatori specializzati. In altre aree, invece, il processo si concentra quasi esclusivamente sugli elementi medici, con un rischio maggiore di ridurre la valutazione dell'età a un dato esclusivamente biologico (De Micco et al., 2020).

Negli ultimi anni si è aperto in Spagna un dibattito interno, alimentato anche dalle organizzazioni della società civile, volto a riformare la procedura in un'ottica più multidisciplinare: alcune raccomandazioni proposte includono la costituzione di équipe stabili e formate a livello nazionale, l'introduzione obbligatoria del mediatore culturale in tutte le fasi della procedura e la standardizzazione delle tecniche diagnostiche, con indicazione esplicita dei margini di errore. La giurisprudenza più recente ha inoltre sottolineato la necessità di distinguere tra valutazione della maturità fisica e attribuzione giuridica dell'età, chiarendo che il risultato degli esami medici non può costituire, da solo, prova piena di maggiore età (Tomasi, 2020; FRA, 2018). In sintesi, il modello spagnolo, pur mantenendo una forte componente medico-legale, si caratterizza per la presenza di meccanismi di controllo giudiziario e per l'affermazione esplicita di principi di tutela del minore; tuttavia, la mancanza di un protocollo uniforme e la persistente disomogeneità tra territori, limitano l'efficacia delle garanzie previste. L'evoluzione in corso lascia intravedere la possibilità di un consolidamento di pratiche più integrate e rispettose del principio di proporzionalità, in linea con le migliori esperienze europee.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Controllo giurisdizionale garantito	Disomogeneità territoriale tra Comunità autonome
Riconoscimento esplicito del <i>favor minoris</i>	Tutela procedurale non sempre garantita

Norvegia

La Norvegia ha sviluppato negli ultimi anni un sistema di accertamento dell'età che si distingue per il tentativo di bilanciare rigore scientifico e garanzie di tutela, combinando metodologie biologiche avanzate con una valutazione psicosociale di supporto. A partire dal 2017, l'Utlendingsdirektoratet (UDI – Direzione norvegese per l'immigrazione)¹² ha adottato protocolli uniformi che prevedono l'utilizzo integrato di tecniche medico-legali e strumenti sociali, ispirandosi ai principi di proporzionalità, trasparenza e *favor minoris* (Ording Muller et al., 2023).

¹² <https://www.udi.no/>

Il protocollo norvegese si articola nelle seguenti fasi: 1) la prima riguarda *l'esecuzione di esami radiologici per la valutazione dello sviluppo del terzo molare*, in genere attraverso ortopantomografia dentale, sulla base del metodo di Demirjian, tecnica ampiamente utilizzata a livello internazionale, in grado di fornire un'indicazione utile nei soggetti in fase di tarda adolescenza; 2) la seconda fase, più innovativa, prevede l'utilizzo della *risonanza magnetica (MRI)* per lo studio della clavicola mediale e del ginocchio distale (femore) al fine di valutare lo stato di maturazione scheletrica evitando l'esposizione a radiazioni ionizzanti, in coerenza con le raccomandazioni del Comitato ONU per i Diritti dell'Infanzia e con le linee guida etiche europee (Dedouit, 2025; EASO, 2021).

Una caratteristica peculiare del modello norvegese è la modalità di elaborazione dei risultati: gli esiti delle valutazioni sono sempre espressi in termini probabilistici, con indicazione esplicita del margine di errore e del grado di incertezza associato; le relazioni mediche riportano affermazioni che indicano la probabilità – ad es. del 90% - che la persona abbia almeno 18 anni, evitando dichiarazioni assolute. Questa impostazione riflette una concezione epistemologica prudente dell'accertamento dell'età, in cui la complessità biologica dell'adolescenza e le variabilità individuali sono pienamente riconosciute (Ording Muller et al., 2023). In parallelo alla valutazione medica, la procedura prevede un colloquio psicosociale condotto da operatori specializzati, che integra informazioni relative al percorso migratorio, alla rete relazionale, al grado di autonomia, al comportamento osservato in comunità e alla coerenza narrativa. Questi colloqui non hanno funzione diagnostica in senso stretto, ma servono a contestualizzare il profilo del minore e ad accompagnare il processo valutativo complessivo. L'UDI ha stabilito che la valutazione finale debba derivare da una sintesi critica delle prove disponibili e non da una semplice somma aritmetica degli esiti parziali.

Un altro elemento distintivo del sistema norvegese è l'adozione formale del principio del beneficio del dubbio, che prevede che in presenza di risultati inconcludenti o contraddittori, le autorità siano tenute a considerare il soggetto come minorenne. Questo principio è stato sancito in più decisioni amministrative e giudiziarie ed è stato recepito anche nelle linee guida operative dell'UDI. La sua applicazione effettiva è però attualmente oggetto di monitoraggio da parte di organizzazioni indipendenti, che ne verificano la coerenza a livello territoriale.

Dal punto di vista organizzativo, il modello norvegese si caratterizza per l'accentramento delle competenze: le valutazioni, infatti, sono effettuate esclusivamente da medici forensi e radiologi presso strutture pubbliche specificamente designate, come l'Ospedale Universitario di Oslo e i centri affiliati, e questo garantisce una maggiore uniformità metodologica, riducendo il

rischio di discrezionalità. Inoltre, tutti i professionisti coinvolti sono tenuti a seguire corsi di formazione specifici e ad aggiornare periodicamente le proprie competenze in materia di accertamento dell'età biologica e di indicatori di maturazione scheletrica.

Nonostante ciò, non mancano nemmeno per questo modello alcune criticità: prima fra tutte la forte enfasi sulla componente biologica, che può comportare una sottovalutazione del vissuto migratorio e delle condizioni psicologiche del minore, soprattutto nei casi di PTSD (sindrome da stress post-traumatico), frequente nei minori migranti, o in presenza di percorsi scolastici irregolari. E ancora, l'utilizzo della MRI che, pur essendo eticamente più accettabile rispetto alla CT, comporta costi elevati e tempi di attesa non sempre compatibili con la rapidità richiesta dalle procedure finalizzate alla protezione dei minori. Alcuni rapporti segnalano inoltre differenze a livello regionale nell'implementazione del Protocollo, con margini di interpretazione che possono incidere sull'equità delle decisioni.

In sintesi, la Norvegia rappresenta uno degli esempi più avanzati di applicazione medico-legale nei processi di accertamento dell'età, grazie all'introduzione di tecnologie a basso impatto e a una lettura probabilistica dei dati, ma affinché il sistema possa definirsi pienamente integrato, sarà necessario rafforzare il ruolo della valutazione psicosociale e migliorare i meccanismi di trasparenza e controllo indipendente.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Uso della MRI al posto della CT	Eccessiva enfasi sul dato biologico
Espressione probabilistica dei risultati	Costi elevati e disparità applicative

I Paesi di prevalenza del modello psicosociale

Francia

Il modello francese per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati si distingue, nel panorama europeo, per una forte enfasi sull'approccio psicosociale e per l'adozione di un sistema multilivello che, almeno formalmente, privilegia l'ascolto e l'osservazione rispetto al ricorso ad accertamenti medici. La procedura è disciplinata principalmente dall'articolo L.221-1 del *Code de l'action sociale et des familles*¹³, che affida la competenza in materia di valutazione dell'età ai consigli dipartimentali (Conseil départemental). A questi organi locali è attribuito il compito di svolgere una

¹³ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/

prima valutazione dell'età del minore sulla base di colloqui approfonditi, analisi documentale e osservazione comportamentale (EASO, 2021; FRA, 2018) e la valutazione iniziale si fonda su criteri prevalentemente psicosociali. Gli assistenti sociali, incaricati della procedura, conducono uno o più colloqui strutturati, finalizzati a ricostruire la storia personale, familiare e migratoria del minore, con particolare attenzione alla coerenza narrativa, alla capacità di situarsi nel tempo e nello spazio e al grado di autonomia: in questa fase l'analisi non si limita ad una verifica passiva della documentazione eventualmente esibita, ma si configura come una vera e propria presa in carico socioeducativa. Solo in caso di persistente incertezza è previsto il ricorso a strumenti di tipo medico-legale, e comunque solo previa autorizzazione dell'autorità giudiziaria (Byrne, 2018; EASO, 2021).

Il quadro normativo francese, pur non vietando esplicitamente l'uso delle tecniche radiologiche o odontoiatriche, ne limita fortemente l'utilizzo, subordinandolo a condizioni molto stringenti: l'impossibilità di determinare l'età attraverso mezzi meno invasivi, la necessità di una perizia medica ordinata da un giudice minorile e il rispetto rigoroso del consenso informato. Il giudice è chiamato non solo a valutare la pertinenza dell'accertamento medico, ma anche la sua proporzionalità rispetto all'obiettivo perseguito, tenendo conto del principio di rispetto della dignità e dell'integrità fisica e psicologica del minore (UNHCR, UNICEF, IRC, 2017)¹⁴. Tale approccio è stato oggetto di apprezzamento da parte di diversi organismi internazionali, in quanto maggiormente conforme al principio del *favor minoris* e alle raccomandazioni del Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia, ma, nonostante ciò, sono state evidenziate anche alcune criticità.

Innanzitutto, la forte decentralizzazione della competenza amministrativa comporta una notevole eterogeneità tra i diversi dipartimenti: alcuni *Conseil départemental* applicano il modello psicosociale in modo rigoroso e documentato, garantendo la presenza del mediatore culturale, l'accesso al tutore e la redazione di verbali motivati; altri, invece, operano secondo prassi meno strutturate, in cui l'intervista si risolve in una valutazione sommaria, spesso affidata a un singolo operatore (Benvenuti, 2022; FRA, 2018).

Una seconda criticità riguarda l'assenza di linee guida nazionali vincolanti: sebbene esistano raccomandazioni tecniche e una giurisprudenza consolidata, manca un Protocollo operativo uniforme che garantisca la standardizzazione delle procedure e la formazione degli operatori e questo vuoto normativo determina l'emergere di prassi difformi e, in alcuni casi, il rischio che la valutazione dell'età sia utilizzata in modo strumentale per restringere l'accesso alle tutele previste per i minori (Tomasi, 2020).

¹⁴ <https://www.refworld.org/system/404>

È stata, inoltre, evidenziata l'ambiguità della posizione del minore nel corso della procedura, perché in Francia la qualifica giuridica di minorenne non è riconosciuta automaticamente alla persona che si dichiara tale: fino alla conclusione del processo di valutazione e, in caso di contestazione, fino alla decisione dell'autorità giudiziaria, il soggetto è considerato in una sorta di limbo giuridico, con effetti rilevanti sull'accesso all'accoglienza, alla tutela legale e alla possibilità di presentare domanda di asilo, che in alcuni casi può essere addirittura sospesa in attesa dell'esito della procedura di accertamento dell'età (EASO, 2021; De Micco et al., 2020). Nonostante tali limiti, il modello francese presenta alcuni elementi di indubbio interesse: a) la chiara subordinazione degli esami medici all'intervento giudiziario, b) la centralità del colloquio psicosociale, c) il riconoscimento implicito del valore delle fonti narrative come strumento di valutazione. Inoltre, il contesto giurisprudenziale francese ha progressivamente ampliato le garanzie procedurali a tutela del minore, ribadendo in più occasioni che la mancanza di documenti non può costituire di per sé una prova di maggiore età e che il principio del beneficio del dubbio deve essere applicato in tutte le fasi del procedimento (FRA, 2018).

Infine, recenti proposte di riforma, avanzate da organizzazioni della società civile e da associazioni professionali, puntano a introdurre un modello di accertamento più trasparente, partecipato e supervisionato, con la creazione di un'autorità nazionale indipendente, incaricata di monitorare la qualità delle valutazioni effettuate dai dipartimenti. Tali proposte mirano a superare la frammentazione attuale e a rafforzare la tutela giuridica dei minori stranieri non accompagnati, in linea con i principi affermati dal diritto internazionale e dalle migliori prassi europee.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Centralità dell'approccio psicosociale nella prima fase della valutazione	Elevata disomogeneità territoriale
Esami medici previa autorizzazione giudiziaria	Limbo giuridico durante la valutazione

Regno Unito

Il modello britannico per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati si caratterizza per l'assenza di un protocollo medico-legale standardizzato e per il ricorso predominante a valutazioni sociali: nel Regno Unito non esiste un esame medico ufficialmente riconosciuto come strumento primario per la determinazione dell'età; al contrario, l'approccio adottato è dichiaratamente olistico e si basa sull'osservazione del comportamento, sulle dichiarazioni del minore e sulla valutazione di indicatori di sviluppo socio-relazionale.

L'ente responsabile è la *Child and Family Services* o, se si tratta di richiesta d'asilo, l'*Home Office*¹⁵, che elaborano linee guida operative per gestire i cosiddetti *age assessments*, ossia le valutazioni dell'età in caso di dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni anagrafiche (Home Office, 2019). La procedura prevede che l'accertamento venga condotto da assistenti sociali specializzati, formati per valutare diversi aspetti della maturazione individuale del minore: i colloqui si svolgono in ambienti protetti, con la presenza di un interprete ove necessario e comprendono domande sulla storia personale, familiare e migratoria; sulla capacità di comprensione e sull'inserimento nel contesto sociale. Particolare attenzione viene riservata alla coerenza narrativa del racconto, alle abilità linguistiche, all'autonomia e all'interazione sociale; le osservazioni comportamentali svolgono un ruolo altrettanto importante, integrando l'analisi narrativa con elementi di valutazione empirica (EASO, 2021). L'intero processo è documentato attraverso un rapporto dettagliato che include non solo la conclusione finale, ma anche le modalità con cui è stata formulata, i criteri applicati, le fonti consultate e le eventuali riserve sollevate dai partecipanti; nel caso in cui il richiedente non sia d'accordo con l'esito dell'accertamento, ha la possibilità di richiedere una *second opinion*, ossia una rivalutazione condotta da un altro ente locale o da un'associazione accreditata, al fine di garantire imparzialità e trasparenza (Home Office, 2019).

Uno degli elementi distintivi del sistema britannico è la possibilità di adire alla giustizia in caso di controversie sull'età: i cosiddetti *age dispute cases* possono essere sottoposti a giudizio nei tribunali civili, che sono chiamati a valutare se la decisione dell'autorità amministrativa sia stata fondata su criteri equi e coerenti. In tali casi, i giudici non si limitano ad analizzare il rapporto degli assistenti sociali, ma possono ammettere ulteriori prove documentali o testimonianze, inclusi esperti di psicologia dell'età evolutiva, operatori scolastici e membri della comunità. In alcune sentenze, i tribunali hanno sottolineato che l'approccio deve essere *child-centred*, improntato alla massima protezione possibile del minore e che l'assenza di documenti non può essere automaticamente considerata indice di inattendibilità (Crawley, 2007). L'utilizzo di tecniche mediche o radiologiche, come la radiografia del polso o l'ortopantomografia dentale non è proibito in senso assoluto, ma è fortemente scoraggiato. Le linee guida dell'Home Office raccomandano che tali esami siano impiegati solo in circostanze eccezionali, con il consenso informato e volontario del minore e mai come unico elemento decisivo. I margini di errore associati a questi metodi sono considerati incompatibili con un sistema giuridico che richiede prove robuste e verificabili: il Regno Unito, pertanto, si discosta nettamente dai Paesi, come la Germania e la Norvegia,

¹⁵ <https://www.gov.uk/government/publications/assessing-age-instruction>

che affidano all'esame medico-legale il ruolo centrale nel processo di determinazione dell'età.

Per quanto riguarda le criticità, si evidenziano, in particolare, la discrezionalità degli assistenti sociali, unita alla mancanza di criteri standardizzati a livello nazionale, che ha generato negli anni notevoli disomogeneità nelle prassi applicative tra le varie autorità locali. Inoltre, la qualità delle valutazioni è strettamente legata al livello di formazione degli operatori, che non sempre è garantito in modo omogeneo: diverse organizzazioni non governative e associazioni di tutela dei minori hanno segnalato nel tempo casi di valutazioni affrettate o condotte senza il dovuto approfondimento, con effetti negativi sulla possibilità per il minore di accedere a protezioni e servizi specifici (Byrne, 2018). Un ulteriore elemento problematico riguarda la mancanza di supervisione indipendente: a differenza di altri ordinamenti, il Regno Unito non prevede infatti un'autorità centrale incaricata di monitorare l'efficacia e l'equità delle procedure di accertamento dell'età, né è obbligatoria la presenza di un tutore durante il processo, se non dopo il riconoscimento ufficiale della minore età e questo può generare un paradosso: il minore non è formalmente considerato tale, ma viene sottoposto a una valutazione che può determinarne la protezione, senza una figura indipendente che ne garantisca i diritti durante la procedura.

Il modello britannico rappresenta un'alternativa significativa rispetto agli approcci medico-legali dominanti in altri Paesi europei e la centralità dell'intervista sociale, la possibilità di contenzioso giudiziario e l'esclusione delle tecniche invasive costituiscono certamente punti di forza. Per contro, la mancanza di linee guida vincolanti, l'assenza di una supervisione esterna e la variabilità delle prassi applicative rappresentano sfide importanti per l'effettiva protezione dei minori coinvolti.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Approccio olistico e non invasivo	Assenza di standard nazionali vincolanti
Accesso alla tutela giurisdizionale	Mancanza di tutela durante la valutazione

Irlanda

Il sistema di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati anche in Irlanda si distingue per l'adozione di un approccio fortemente orientato alla tutela del minore, che esclude quasi completamente il ricorso a esami medici e si fonda prevalentemente su valutazioni psicosociali. L'autorità competente in materia è il *Child and Family Agency* (TUSLA)¹⁶, che gestisce

¹⁶ <https://www.tusla.ie/services/alternative-care/separated-children/>

direttamente la presa in carico e la protezione dei minori non accompagnati richiedenti asilo, in conformità con le linee guida definite a livello nazionale. La procedura riflette un'impostazione dichiaratamente *child-centred*, in cui la valutazione dell'età è inquadrata come parte di un processo di protezione, più che come un'istruttoria preliminare all'accesso a diritti o servizi (TUSLA, 2018). La valutazione dell'età viene effettuata da un assistente sociale incaricato di condurre uno o più colloqui con il minore, mirati a ricostruire la sua storia personale e migratoria, il contesto familiare, il livello di autonomia e la maturità emotiva e non sono previste prove cliniche o radiologiche, né è ammesso il ricorso a esami odontoiatrici o strumentali. Il principio guida è quello della fiducia iniziale nella dichiarazione del minore, salvo che emergano elementi di forte incoerenza o contraddizione e comunque, anche in questi casi, la verifica non assume i tratti di una procedura accusatoria, ma si sviluppa nell'ambito della relazione educativa e di tutela (Byrne, 2018). L'assenza di test medici è motivata da due ordini di considerazioni: a) le autorità irlandesi ritengono che le tecniche radiologiche, comunemente impiegate in altri contesti europei, presentino margini di errore troppo ampi e non siano eticamente giustificabili in assenza di finalità terapeutiche; b) si ritiene che la maturità e la vulnerabilità del minore non siano necessariamente desumibili da parametri biologici, ma debbano essere valutate in relazione alla sua esperienza di vita e al contesto culturale di origine (TUSLA, 2018).

La valutazione dell'età è dunque un processo olistico che coinvolge anche la raccolta di informazioni da altre fonti, eventuali documenti forniti dal minore, dichiarazioni di familiari o di adulti di riferimento e osservazioni effettuate nel contesto di accoglienza. Tali elementi, però, non sono considerati determinanti in sé, venendo analizzati al fine di valutare la coerenza complessiva del racconto e del comportamento del minore. Il giudizio finale è espresso dall'assistente sociale incaricato, che redige un rapporto dettagliato con le motivazioni della valutazione, successivamente validato da un supervisore all'interno della struttura di accoglienza. Uno degli aspetti più apprezzati del modello irlandese è la presenza costante del tutore sin dalle fasi iniziali del processo: ogni minore non accompagnato è affidato a un tutore nominato formalmente che ne segue il percorso, garantendo che ogni valutazione avvenga nel rispetto dei suoi diritti, con piena comprensione linguistica e massimo rispetto della tradizione culturale di provenienza del minore. Sebbene non sia prevista obbligatoriamente la figura del mediatore interculturale, molti operatori sono formati per riconoscere e gestire eventuali bias culturali, e in alcuni casi si ricorre a interpreti o referenti comunitari (UNHCR, 2019).

Per quanto riguarda le criticità, invece, si segnala in primo luogo l'approccio fortemente discrezionale, che attribuisce un peso rilevante alla soggettività dell'assistente sociale, il che può generare risultati eterogenei in assenza

di protocolli dettagliati o criteri standardizzati. Inoltre, la valutazione, pur essendo focalizzata sulla tutela e sulla protezione del minore, può essere messa in discussione durante il procedimento di richiesta d'asilo, qualora emergano divergenze tra l'età stimata da TUSLA e quanto dichiarato dal minore dinanzi all'*International Protection Office* (IPO). In tali casi, può instaurarsi un impegnativo contenzioso tra le due autorità, con effetti negativi sulla condizione del minore (Byrne, 2018).

Un'ulteriore questione aperta riguarda il monitoraggio della qualità delle valutazioni effettuate, perché attualmente non esiste un sistema nazionale di raccolta dati o di revisione sistematica dei casi. Poiché l'accesso alle informazioni da parte delle autorità giudiziarie o delle ONG è spesso limitato da vincoli di riservatezza, questo rende difficile valutare in modo oggettivo l'efficacia complessiva del modello, nonostante l'elevato livello di tutela formale previsto (Tomasi, 2020).

L'esperienza irlandese rappresenta un modello alternativo rispetto alla prevalente medicalizzazione dei processi di accertamento dell'età in Europa, in particolare per la valorizzazione della dimensione relazionale e narrativa della valutazione, che pone al centro il minore come soggetto portatore di una storia e di una specifica vulnerabilità, ma la carenza di standard comuni e la scarsa trasparenza delle prassi operative costituiscono limiti che ne riducono significativamente la replicabilità su scala più ampia. Nonostante ciò, l'approccio irlandese continua a costituire un riferimento importante per coloro che auspicano una riforma dei modelli di accertamento dell'età fondati sul rispetto del minore e sulla protezione dei suoi diritti.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Centralità della tutela del minore e approccio child-centred	Assenza di linee guida standardizzate e trasparenza limitata
Esclusione delle tecniche radiologiche medico-legali	Scarsa verificabilità e mancanza di un sistema di monitoraggio nazionale

I Paesi di prevalenza del modello integrato

Italia

Il sistema italiano di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati è evoluto nel tempo, attraverso una progressiva affermazione di principi garantisti e una crescente attenzione al rispetto dei diritti fondamentali dei minori. La svolta più significativa è rappresentata dalla Legge 7 aprile 2017, n. 47, a cui è dedicato il capitolo 2 del presente volume. Questa normativa ha segnato un passaggio decisivo verso l'adozione di un approccio

integrato e multidisciplinare: tale normativa, recependo molte delle raccomandazioni formulate da organismi internazionali come l'UNHCR e la FRA, ha introdotto nel quadro giuridico nazionale alcune garanzie essenziali, volte a limitare l'arbitrarietà degli accertamenti e a rafforzare la protezione dei minori in situazione di incertezza anagrafica (Ministero dell'Interno, 2019; Penasa, 2019)¹⁷.

Secondo quanto stabilito dalla legge, come già visto precedentemente, l'accertamento dell'età può essere disposto solo in presenza di un "fondo dubbio" circa la minore età e deve avvenire in via subordinata, una volta esclusa la possibilità di identificare il soggetto attraverso documenti ufficiali o prove documentali attendibili. L'approccio è pertanto costruito secondo il principio di gradualità e proporzionalità, in base al quale l'intervento medico-legale rappresenta l'ultima ratio, da adottare solo in mancanza di elementi più rispettosi della dignità del minore (Tomasi, 2020).

La normativa italiana prevede che la valutazione sia affidata a un'équipe multidisciplinare formalmente costituita, composta da un pediatra/auxologo, uno psicologo dell'età evolutiva o un neuropsichiatra infantile, un assistente sociale e un mediatore culturale: compito dell'équipe è analizzare non solo eventuali dati sanitari, ma anche elementi di carattere psicosociale, comportamentale e linguistici, in un'ottica complessiva volta a ricostruire un profilo evolutivo del minore fondato su parametri multipli. Tale impostazione, che distingue il sistema italiano da quelli prevalentemente medicalizzati, conferisce rilievo alla complessità della valutazione e alla necessità di contemporaneare competenze diverse in un giudizio collegiale (Benvenuti, 2022; Aricò & Fill, 2019). Il ruolo del tutore volontario del minore – figura questa peculiare dell'ordinamento italiano - assume un'importanza centrale nell'ambito della procedura: la legge stabilisce che nessun accertamento medico può essere eseguito senza la previa nomina del tutore e il consenso informato del minore e la figura del tutore non è solo una garanzia formale, ma rappresenta un presidio di vigilanza procedurale, incaricato di assicurare che ogni atto sia svolto nel rispetto dei diritti e delle sensibilità del soggetto coinvolto.

In questo senso, l'Italia si colloca tra i pochi Paesi europei in cui la dimensione del consenso è stata pienamente riconosciuta come elemento costitutivo del processo valutativo (Barbaro, 2021): nel 2020 la Conferenza Unificata Stato-Regioni, come già segnalato nel capitolo 2, ha adottato un *Protocollo operativo nazionale* che definisce in modo puntuale le fasi dell'accertamento, a partire dalla verifica documentale iniziale, sino al colloquio, all'osservazione comportamentale, alla visita auxologica e, in caso di ulteriore incertezza, all'eventuale ricorso a tecniche diagnostiche strumentali, come le radiografie del polso, le ortopantomografie dentali e la risonanza magnetica

¹⁷ <https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/minori-stranieri-non-accompagnati>

della clavicola o del ginocchio (Cummaudo et al., 2024). Anche in questa fase, tuttavia, l'approccio integrato impone che il dato biologico non sia considerato isolatamente, ma valutato criticamente alla luce di tutte le informazioni acquisite rispetto al minore.

Anche in questo caso, si registrano alcune criticità, soprattutto sul piano operativo, come si potrà rilevare anche negli esiti della rilevazione condotta in quattro regioni italiane e presentata in questo volume. A livello nazionale, le criticità possono essere così sintetizzate: a) disomogeneità significative tra le diverse regioni italiane, sia in termini di funzionamento dell'équipe multidisciplinare, sia nella modalità di redazione dei verbali finali. In alcune aree italiane l'approccio integrato è pienamente operativo e il processo si conclude con una valutazione motivata e condivisa, mentre in altre, invece, si tende a privilegiare ancora una logica meramente medico-sanitaria, con un ricorso automatico agli esami radiologici e un peso preponderante assegnato al referto medico-legale (Buonsenso et al., 2024; Cameriere et al., 2016); b) scarsità di formazione specifica degli operatori coinvolti, che spesso affrontano la procedura senza disporre di linee guida interpretative condivise né di un adeguato supporto tecnico-metodologico. Come sottolineato da Cummaudo et al. (2024), la mancanza di uno spazio effettivo di confronto multidisciplinare può compromettere l'equilibrio del giudizio finale, riducendo il valore della collegialità a un mero adempimento formale. In tale contesto, la costruzione di un lessico comune tra i vari professionisti appare una condizione imprescindibile per garantire una valutazione realmente integrata.

Ma, nonostante queste difficoltà nell'applicazione del protocollo, il modello italiano costituisce, sul piano normativo, uno dei tentativi più avanzati di traduzione in strumenti giuridici e procedurali effettivi dei principi internazionali di protezione. La combinazione tra gradualità, multidisciplinarietà, centralità del consenso e obbligo di motivazione può certamente rappresentare un riferimento significativo per la costruzione di un sistema europeo condiviso, fondato su diritti, proporzionalità e trasparenza.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Approccio multidisciplinare integrato	Applicazione disomogenea sul territorio
Centralità del consenso informato e del tutore	Scarsa formazione degli operatori

Svezia

Il sistema svedese di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati si caratterizza per l'adozione di un modello combinato e formalizzato, introdotto a partire dal 2017 su impulso della *Swedish Migration*

Agency (SMA)¹⁸, in risposta alle crescenti difficoltà amministrative e giuridiche emerse a seguito dell'intensificarsi dei flussi migratori. Tale sistema è espressione di un compromesso tra l'esigenza di disporre di strumenti tecnicamente standardizzabili e la necessità di garantire un trattamento rispettoso della dignità dei minori. La riforma ha istituito una procedura strutturata, articolata su più livelli, che integra componenti medico-legali con elementi psicosociali, finalizzati a produrre una stima dell'età basata su una valutazione probabilistica scientificamente fondata (Swedish Migration Agency, 2020). Il metodo adottato si fonda sull'utilizzo congiunto di due accertamenti strumentali principali: la risonanza magnetica (MRI) del ginocchio, volta a valutare la chiusura delle cartilagini di accrescimento, e la radiografia panoramica dei denti, centrata sull'analisi dello sviluppo dei terzi molari. I due esami sono eseguiti separatamente, ma valutati in modo integrato da un'équipe di esperti, al fine di determinare la probabilità che il soggetto abbia raggiunto o meno la maggiore età; il dato finale è espresso in forma probabilistica e indica esplicitamente la percentuale di possibilità che il soggetto abbia più o meno di diciotto anni e i margini di errore associati (Hjern et al., 2020).

L'impostazione svedese mira a superare la rigidità dei sistemi che attribuiscono un valore assoluto agli esiti radiologici, promuovendo invece una lettura contestuale dei risultati; l'introduzione della MRI, in particolare, risponde all'esigenza di ridurre i rischi connessi all'esposizione a radiazioni ionizzanti, frequentemente criticati in sede etica e giuridica. La *Swedish National Board of Forensic Medicine*, incaricata di eseguire e interpretare gli esami, ha elaborato una classificazione standardizzata che prevede soglie probabilistiche progressive e tiene conto delle variabili di sesso, età, e origine etnica: tale classificazione è stata oggetto di validazione interna, anche se restano limiti riconosciuti nella generalizzazione dei risultati a campioni non scandinavi (Ording Muller, 2023).

Accanto agli esami medici, la Svezia prevede anche una componente di valutazione psicosociale, affidata agli assistenti sociali dell'agenzia per l'immigrazione che conducono colloqui approfonditi con i minori, mirati a raccogliere informazioni sulla storia migratoria, sul contesto familiare, sul livello di autonomia e sulla coerenza narrativa. Sebbene tale componente non sia formalmente decisiva nella determinazione dell'età, rappresenta un elemento complementare che può rafforzare o indebolire l'esito della valutazione tecnica: i colloqui sono condotti in presenza di un mediatore linguistico e, quando possibile, di un tutore, anche se la giurisprudenza ha sollevato dubbi sull'effettiva uniformità delle garanzie assicurate in fase procedurale (Benvenuti, 2022).

¹⁸ <https://www.migrationsverket.se/>

Un aspetto distintivo del sistema svedese è, anche in questo caso, la trasparenza nella comunicazione degli esiti: ogni valutazione si conclude con un referto scritto che esplicita non solo l'interpretazione dei risultati, ma anche la probabilità statistica che li accompagna. Questa prassi consente al giudice e agli operatori di disporre di un quadro informativo più articolato, superando la logica binaria (maggiore/minore età) tipica di altri sistemi (FRA, 2018; UNHCR, 2017).

Come è facile presumere, anche il modello svedese non è privo di criticità: diversi studi hanno rilevato, infatti, come l'affidabilità delle valutazioni mediche possa risultare compromessa quando applicata a soggetti provenienti da contesti culturali e geografici molto distanti da quelli su cui si fondano i database di riferimento. In particolare, il rischio di errore aumenta nei minori con ritardi nello sviluppo dovuti a malnutrizione, traumi o condizioni socioeconomiche svantaggiate e la forte enfasi posta sui dati medici tende in alcuni casi a ridurre il peso delle considerazioni psicosociali, vanificando la dimensione integrata del modello (Ording Muller, 2023; Cummaudo et al., 2024).

La procedura è inoltre soggetta a ritardi, sia nella fase di esecuzione degli esami che nella trasmissione dei risultati, con effetti negativi sulla condizione giuridica dei minori coinvolti e per questo, alcune organizzazioni della società civile hanno denunciato l'uso eccessivamente meccanicistico della valutazione medica, evidenziando come in alcuni casi l'interpretazione dei margini di errore venga utilizzata per giustificare l'esclusione dei minori dalle garanzie previste (Benvenuti, 2022).

Malgrado tali limiti, comunque, il modello svedese rappresenta oggi uno dei sistemi più strutturati sul piano metodologico e ha contribuito a stimolare il dibattito europeo sull'elaborazione di standard comuni. La trasparenza dei criteri, l'integrazione tra componenti mediche e psicosociali e la formalizzazione della procedura rendono l'esperienza svedese un riferimento rilevante, anche se migliorabile, nel quadro dell'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Standardizzazione e trasparenza metodologica	Rischio di amplificazione non universale dei parametri biologici
Utilizzo di tecniche non invasive	Eccessiva enfasi sulla componente medica

Paesi Bassi

Anche il sistema dei Paesi Bassi per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati si configura come uno dei modelli europei più orientati all'integrazione tra approccio medico-legale e valutazione psicoso-

ciale. La procedura, sviluppata sotto il coordinamento dell'*Immigratie-en Naturalisatiedienst* (IND)¹⁹, si è evoluta soprattutto negli ultimi dieci anni verso un modello multidimensionale, articolato in più fasi, con il coinvolgimento di professionisti appartenenti a diversi ambiti disciplinari. Tale impostazione è coerente con le raccomandazioni del Consiglio d'Europa (2020) e della FRA (2018), che hanno sottolineato l'importanza di combinare le diverse fonti informative in una valutazione complessiva e argomentata e che suggeriscono di avviare indagini mediche solo in caso di dubbio fondato e documentato sull'autenticità delle dichiarazioni del minore. In una prima fase, l'esame si basa su colloqui con assistenti sociali e mediatori culturali, condotti presso i centri di accoglienza, con l'obiettivo di raccogliere informazioni sul percorso migratorio, sul livello di autonomia, sulle capacità cognitive e narrative del soggetto, con attenzione alla coerenza del racconto e alle dinamiche relazionali. In questa fase, l'approccio è marcatamente psicosociale e centrato sulla tutela: il minore è assistito da un rappresentante legale e da un interprete, e viene informato in modo chiaro e comprensibile sui propri diritti (FRA, 2018; Cummaudo et al., 2024).

In caso di permanenza del dubbio è possibile procedere alla valutazione medica, che include generalmente l'analisi dello sviluppo dentale mediante ortopantomografia, la radiografia della mano secondo il metodo di Greulich & Pyle e, in alcuni casi, la MRI della clavicola o del ginocchio: a differenza di altri Paesi europei però, nei Paesi Bassi l'esito medico-legale non è considerato elemento prevalente, ma solo uno dei fattori della valutazione complessiva. Questo approccio è stato rafforzato con la sperimentazione di un Protocollo nazionale basato su una check-list multidisciplinare, nella quale gli esiti biologici sono sempre accompagnati da elementi comportamentali, narrativi e contestuali (Cummaudo et al., 2024) e la decisione finale è il risultato di un confronto collegiale tra tutti i membri dell'équipe coinvolta: medici forensi, psicologi, assistenti sociali, rappresentanti legali e mediatori interculturali. Tale équipe redige un verbale congiunto, firmato da tutti i partecipanti, in cui viene motivata in modo dettagliato l'esito finale dell'accertamento.

Questo modello risponde all'esigenza di trasparenza e tracciabilità, evitando che singole opinioni possano prevalere in modo sproporzionato. Inoltre, l'adozione di una sintesi argomentativa permette al giudice o all'autorità amministrativa di valutare la fondatezza del percorso seguito, senza dipendere esclusivamente da indicatori medici spesso incerti. Un aspetto rilevante è l'esplicita previsione della possibilità di errore: le perizie mediche riportano il grado di probabilità dell'età stimata e chiariscono che nessun metodo fornisce un risultato certo. In caso di dubbio non superabile, le autorità applicano il principio del beneficio del dubbio, riconoscendo al

¹⁹ <https://ind.nl/en>

soggetto la condizione minorile e questo orientamento è stato sancito anche da alcune pronunce giudiziarie nazionali, che hanno riaffermato l'obbligo per lo Stato di agire con prudenza e nel rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Le criticità rilevate riguardano l'adozione del modello multidisciplinare, non ancora pienamente uniforme su tutto il territorio nazionale: alcuni centri di accoglienza e alcune autorità locali, infatti, tendono a valorizzare maggiormente il dato medico, soprattutto nei casi di contestazione da parte delle autorità di frontiera; la formazione degli operatori, pur prevista a livello centrale, ma non ancora sufficientemente standardizzata, rischiando così di compromettere la qualità e la coerenza delle valutazioni (Cummaudo et al., 2024) e i tempi della procedura: in alcuni casi l'accertamento dell'età può protrarsi per diverse settimane, durante le quali il minore si trova in una condizione di incertezza giuridica che può influenzare negativamente il suo accesso ai servizi, alla tutela legale e alla protezione. Anche se la legge prevede che il minore sia trattato come tale fino a conclusione del procedimento, nella prassi si verificano situazioni in cui l'accesso all'alloggio protetto o alla scuola è ritardato o addirittura sospeso.

Il sistema olandese rappresenta un esempio avanzato di modello integrato, orientato alla protezione del minore e al rispetto delle garanzie procedurali: la struttura multidisciplinare, l'attenzione alla trasparenza e la centralità della valutazione contestuale costituiscono punti di forza che lo rendono una delle esperienze più interessanti nel panorama europeo. Nonostante ciò, per una piena realizzazione del modello, sono però necessari importanti investimenti nella formazione, nella supervisione indipendente e nella riduzione delle disomogeneità applicative.

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ
Multidisciplinarietà reale e formalizzata	Disomogeneità territoriale
Applicazione coerente del principio del beneficio del dubbio	Tempi procedurali e incertezza giuridica

4.3 Tabella comparativa dei sistemi di accertamento dell'età nei Paesi dell'Unione Europea

L'analisi dei dati appena presentati evidenzia una marcata diversità nei modelli adottati dai Paesi europei e in particolare: il modello integrato, che combina valutazioni mediche e psicosociali, è prevalente in Italia, Svezia, Spagna e Paesi Bassi e mira a bilanciare l'oggettività degli esami clinici con l'attenzione alle specificità culturali e personali del minore. In Italia,

ad esempio, la Legge 47/2017 ha introdotto un protocollo che prevede una valutazione multidisciplinare, con l'obbligo di informare il minore e il tutore legale, garantendo la presenza di un mediatore culturale durante le fasi dell'accertamento. Al contrario, il modello medico-legale, centrato su esami clinici e radiologici, è adottato in Germania e Norvegia. Questo approccio è stato oggetto di molte critiche per la sua invasività e per i margini di errore associati, soprattutto in relazione alle diverse etnie e condizioni di vita dei minori.

Il modello psicosociale, che si basa su colloqui e osservazioni comportamentali, è prevalente in Francia, Regno Unito e Irlanda: in Francia, i servizi dipartimentali conducono colloqui sociali, ricorrendo a esami medici solo su ordine giudiziario, mentre nel Regno Unito e in Irlanda, l'accento è posto sull'analisi della coerenza narrativa e sul comportamento del minore, con un uso estremamente limitato di esami clinici.

Per quanto riguarda le garanzie procedurali, la presenza obbligatoria di un tutore durante l'accertamento dell'età è prevista in Italia, Svezia, Spagna, Irlanda, Norvegia e Paesi Bassi; il consenso informato del minore è richiesto in quasi tutti i Paesi analizzati, con l'eccezione della Germania, dove solo talvolta è previsto; il principio del beneficio del dubbio, che prevede di considerare il soggetto come minore in caso di incertezza sull'età, è applicato in Italia, Francia, Svezia, Spagna, Regno Unito, Irlanda, Norvegia e Paesi Bassi, ma non in Germania.

Allo stesso modo, l'esplicitazione dei margini di errore nei risultati degli accertamenti varia in modo significativo: in Germania è obbligatorio indicare il grado di incertezza associato al risultato, espresso in termini probabilistici; in altri Paesi, come Italia, Svezia, Norvegia e Paesi Bassi, l'uso di espressioni probabilistiche è previsto, mentre in Francia, Spagna, Regno Unito e Irlanda, non è sempre indicato o previsto.

Questa diversità di approcci e garanzie evidenzia la necessità di una maggiore armonizzazione delle procedure di accertamento dell'età a livello europeo, al fine di garantire una protezione uniforme e adeguata dei diritti dei minori stranieri non accompagnati.

*4. L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati
in alcuni Paesi dell'Unione Europea.*

PAESE	MODELLO ADOTTATO	TECNICHE PRINCIPALI	TUTORE OBBLIGAT.	CONSENSO INFORMATO RICHIESTO	BENEFICIO DEL DUBBIO PREVISTO	MARGINE DI ERRORE STIMATO
Germania	Medico-legale	Visita clinica; RX polso (Greulic & Pyle); ortopantomografia dentale; TAC clavicola	No	Talvolta	No	Obbligatoriamente indicato (es. >95%)
Spagna	Medico-legale	Valutazione documentale; colloqui; esame clinico e RX se necessario	Sì	Sì	Sì	Non sempre indicato
Norvegia	Medico-legale	MRI della clavicola; ortopantomografia; valutazione probabilistica	Sì	Sì	Sì	Esplicitato
Francia	Psicosociale	Colloqui sociali condotti dai servizi dipartimentali; esami medici solo su ordine giudiziario	No	Sì	Sì	Non quantificato
Regno Unito	Psicosociale	Interviste approfondite da parte di assistenti sociali; ricorso medico raro e subordinato	No	Sì	Sì	Non previsto
Irlanda	Psicosociale	Colloqui evalutazioni condotte esclusivamente da TUSLA (Child and Family Agency)	Sì	Sì	Sì	Non previsto
Italia	Integrato	Colloqui psicosociali; visita auxologica; radiografie in caso di dubbio (Legge47/2017)	Sì	Sì	Sì	Esplicitato solo nei casi clinici
Svezia	Integrato	MRI del ginocchio; colloqui con assistenti sociali; valutazione con margini statistici	Sì	Sì	Sì	Esplicitato
Paesi Bassi		Protocollo multidisciplinare con check.list: medico, psicosociale, documentale	Sì	Sì	Sì	Esplicitato

4.4 Principio del beneficio del dubbio e armonizzazione europea

Il principio del beneficio del dubbio, sancito dal Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia (CRC, 1989; United Nations CRC, 2019) e richiamato da numerose linee guida europee e internazionali, costituisce uno degli strumenti fondamentali per garantire la protezione dei minori stranieri non accompagnati nei procedimenti di accertamento dell'età. Questo principio prevede che, in caso di incertezza sulla minore età di un individuo, lo stesso debba essere considerato e trattato come minore fino a prova contraria. Tale approccio si fonda sul presupposto di tutela e precauzione, volto a garantire l'accesso del minore alle misure di protezione e accoglienza, evitando il rischio di danni irreversibili derivanti da un'erronea classificazione come adulto.

Nel contesto europeo, purtroppo l'applicazione del principio risulta frammentata e disomogenea. Come evidenziato da FRA (2018) e UNICEF (2021), numerosi Stati membri continuano a trattare con sospetto la mancanza di documentazione anagrafica, invertendo di fatto l'onere della prova: è il minore a dover dimostrare la propria età, e non l'autorità a provare il contrario e questa prassi non solo viola il principio del *favor minoris*, ma espone il minore a un rischio concreto di detenzione, espulsione o esclusione dai servizi di tutela.

In alcuni Paesi, come la Germania, il rifiuto a sottoporsi agli accertamenti medico-legali può comportare automaticamente la presunzione di maggiore età (Schmeling et al., 2016) e anche laddove il consenso è formalmente richiesto, come in Italia o Svezia, permane la difficoltà di garantire che esso sia effettivamente libero e informato, soprattutto in presenza di barriere linguistiche o culturali. In tal senso, l'UNHCR (2019) e la FRA (2018) hanno sottolineato l'importanza del supporto di mediatori interculturali e dell'assistenza legale indipendente per assicurare la reale partecipazione del minore al processo di accertamento.

La mancata armonizzazione delle pratiche a livello europeo rappresenta un ulteriore fattore di vulnerabilità; come evidenziato da Penasa (2019) e Buonsenso et al. (2024), l'assenza di standard comuni comporta il rischio di decisioni arbitrarie, incertezza giuridica e disparità di trattamento tra soggetti in situazioni analoghe. Le differenze tra i modelli adottati – medico-legale, psicosociale, integrato – non sono di per sé negative, ma necessitano di un quadro regolamentare che ne garantisca l'equivalenza in termini di diritti e garanzie. Alcuni progetti europei, come FASE (2024), hanno evidenziato l'urgenza di stabilire protocolli condivisi che definiscano criteri, metodologie e responsabilità in modo chiaro: tali protocolli dovrebbero essere vincolanti e ispirati a principi di necessità, proporzionalità e trasparenza e dovrebbero prevedere meccanismi di controllo indipendente e spazi effettivi per la contestazione delle decisioni assunte.

Un ulteriore elemento critico riguarda la scarsa disponibilità di dati comparabili, dove la mancanza di un sistema di raccolta sistematica dei risultati degli accertamenti rende difficile monitorare l'efficacia delle procedure e l'impatto sui diritti dei minori: in assenza di dati disaggregati e pubblicamente accessibili, risulta impossibile valutare la qualità del sistema e proporre eventuali correttivi.

Infine, va ribadito che l'accertamento dell'età non è un obiettivo in sé, ma uno strumento finalizzato a garantire diritti e per questo il principio del beneficio del dubbio deve essere integrato in ogni fase del procedimento, dalla prima accoglienza alla decisione finale, come indicato chiaramente dalla CRC e dal Consiglio d'Europa (2020). L'età, in questo senso, non può essere ridotta a una variabile statistica, ma deve essere trattata come parte di una storia di vita, da interpretare con strumenti rigorosi, ma anche con consapevolezza etica e culturale. Solo una riforma profonda delle pratiche di accertamento – ispirata al principio del beneficio del dubbio, all'armonizzazione delle prassi in tutti paesi europei e alla centralità del minore – potrà restituire coerenza e giustizia a un sistema che oggi appare ancora troppo diseguale e frammentato.

4.5 Osservazioni conclusive

L'analisi comparativa condotta sui principali sistemi europei di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati restituisce l'immagine di un'Europa frammentata, in assenza di standard minimi comuni in un settore che incide direttamente sull'effettività dei diritti fondamentali. Il divario tra i diversi modelli adottati dai Paesi membri non è soltanto metodologico, ma riguarda la concezione stessa del minore, la funzione dell'accertamento, l'equilibrio tra esigenze di controllo e finalità di protezione. Alcuni ordinamenti si concentrano sulla scientificità e sulla precisione dell'esame medico-legale, mentre altri valorizzano l'aspetto narrativo, biografico e contestuale del percorso individuale del minore.

Pochi Paesi, come l'Italia o la Svezia, tentano di trovare un punto di sintesi, integrando metodi diversi in una logica multidisciplinare e la mancanza di un protocollo europeo vincolante, comporta effetti disfunzionali su vari livelli: a) genera trattamenti diseguali a seconda del Paese in cui il minore giunge: ciò che è considerato un atto di protezione in uno Stato può essere visto come uno strumento di esclusione o espulsione in un altro; b) produce una vera e propria “lotteria giuridica” incompatibile con i principi della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, per l'assenza di linee guida comuni, per la diversità nei criteri di selezione e delle tempistiche; infine l'asimmetria normativa ostacola la cooperazione tra Stati membri, rallenta le procedure di ricollocamento e indebolisce la fiducia nelle istituzioni.

In Germania, il sistema è tra i più strutturati d'Europa, ma la prassi di interpretare il rifiuto a sottoporsi agli esami come un'ammissione di maggiore età appare in contrasto con il principio del beneficio del dubbio e con il diritto al consenso libero e informato.

Anche i modelli psicosociali, tipici di ordinamenti come Irlanda, Regno Unito e Francia, che puntano su valutazioni basate su colloqui individuali, osservazioni comportamentali e coerenza narrativa e riducono significativamente il rischio medico, valorizzando la dimensione umana del minore, non sono esenti da criticità: l'elevata soggettività nella valutazione, il rischio di bias culturali, la dipendenza dall'esperienza e dalla formazione degli operatori. L'assenza di linee guida armonizzate, la mancanza di strumenti di monitoraggio e la variabilità territoriale, mettono a rischio la coerenza e la qualità delle decisioni; in particolare la difficoltà di cogliere le sfumature linguistiche e culturali dei minori provenienti da contesti molto differenti, che può portare a malintesi o a valutazioni errate, aggravate dalla pressione esercitata da scadenze procedurali e limitazioni nelle risorse disponibili.

I modelli integrati, promossi in Italia, Svezia e Paesi Bassi, rappresentano oggi la soluzione più promettente e in linea con le raccomandazioni delle principali istituzioni internazionali: si fondono su una valutazione multidisciplinare che include fasi successive della verifica documentale, dell'analisi psicosociale, dell'eventuale visita medica e del ricorso a esami strumentali solo in presenza di dubbio persistente. La presenza di un'équipe composta da pediatri, psicologi, assistenti sociali e mediatori culturali consente di analizzare il minore da prospettive diverse, riducendo il rischio di errore, mentre l'obbligatorietà del consenso informato, la formalizzazione della valutazione, la verbalizzazione condivisa dei risultati costituiscono ulteriori elementi di garanzia.

Nonostante ciò, anche in questi modelli restano criticità: carenze nella formazione interdisciplinare, assenza di indicatori comuni di efficacia, disparità nell'attuazione tra diverse aree territoriali, tempi lunghi di attivazione delle procedure e l'applicazione non universale del beneficio del dubbio, che dovrebbe guidare ogni fase della valutazione. La sua applicazione, pur essendo formalmente riconosciuta dalla Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia, è spesso subordinata a valutazioni soggettive o a politiche restrittive e in assenza di una definizione operativa condivisa, il principio si traduce in applicazioni disomogenee: in alcuni casi è effettivamente garantito, in altri viene di fatto annullato da prassi amministrative punitive. Questa discrezionalità compromette la funzione garantista dell'intero sistema, trasformando una misura di tutela in un potenziale strumento di esclusione.

L'assenza di trasparenza nella motivazione delle decisioni, la mancanza di accesso a vie di ricorso effettive e l'insufficiente informazione dei minori aggravano ulteriormente il quadro, insieme alla questione della formazione

degli operatori che rappresenta un altro vulnus. Il lavoro multidisciplinare richiede competenze specifiche, una cultura della cooperazione e un linguaggio condiviso, ma in molti contesti gli operatori sono lasciati soli, senza strumenti, con carichi di lavoro elevati e senza una reale possibilità di aggiornamento.

Le buone pratiche, come quelle sviluppate in alcuni progetti pilota nei Paesi Bassi o nel contesto italiano con il supporto delle linee guida della Conferenza Stato-Regioni del 2020, dimostrano che è possibile costruire percorsi formativi efficaci, ma, nonostante ciò, la mancanza di un obbligo normativo e di risorse adeguate frena l'implementazione di questi modelli su scala nazionale ed europea.

Alla luce di quanto trattato, appare urgente l'adozione di un protocollo europeo comune, che fissi standard minimi obbligatori in materia di accertamento dell'età e che dovrebbe prevedere: a) priorità alle valutazioni documentali e psicosociali; b) uso residuale e motivato di tecniche mediche; c) espressione dell'incertezza nei referti; d) diritto all'assistenza legale e alla mediazione culturale; e) obbligo di motivazione delle decisioni; f) accesso a mezzi di ricorso effettivi. Solo in questo modo si potrà garantire un livello adeguato di protezione per tutti i minori stranieri presenti sul territorio europeo, indipendentemente dal Paese in cui si trovano.

In conclusione, l'accertamento dell'età non può essere considerato un passaggio tecnico o una mera formalità burocratica, in quanto questo procedimento si configura a tutti gli effetti come un atto di riconoscimento e di attribuzione di diritti, un momento fondamentale della relazione tra il minore e il nuovo contesto in cui si trova a vivere.

Un'Europa che ambisce a essere uno spazio di giustizia e di rispetto dei diritti non può permettere che la determinazione dell'età diventi uno strumento di esclusione o di emarginazione. L'accertamento dell'età deve essere pensato e configurato come uno strumento di giustizia e di tutela, anziché come ulteriore fonte di vulnerabilità.

5. La ricerca sull'applicazione del protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati

All'interno del quadro delineato nei precedenti capitoli, la Regione Emilia-Romagna ha proposto la realizzazione di un'indagine conoscitiva, relativamente all'applicazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati, approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni in data 9 luglio 2020, in quattro regioni italiane: Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia, incaricando la Fondazione Ismu ETS per la realizzazione della ricerca.

L'obiettivo generale dell'indagine è quello di monitorare lo stato dell'arte dell'attuazione del protocollo, analizzando le prassi adottate, le criticità riscontrate e le buone pratiche emergenti nei territori coinvolti. In particolare, l'indagine ha voluto:

- mappare le modalità concrete di implementazione del protocollo e identificare eventuali difformità tra territori;
- cogliere le criticità procedurali e organizzative emerse nella sua applicazione;
- individuare pratiche efficaci e modelli organizzativi replicabili;
- raccogliere percezioni, esperienze e valutazioni da parte dei principali attori coinvolti nel processo, in particolare le figure professionali delle équipe multidisciplinari.

Tale approfondimento conoscitivo mira a contribuire al necessario processo di revisione e adattamento del protocollo stesso, alla luce delle evidenze empiriche e delle sollecitazioni provenienti dai territori.

L'indagine implementata dalla Fondazione ISMU si fonda su un impianto metodologico a prevalente vocazione qualitativa e si sviluppa secondo un'articolazione in due momenti distinti ma fortemente interrelati, che rispondono a una logica di approfondimento progressivo e riflessivo delle pratiche territoriali, connesse all'attuazione del protocollo.

Nella *fase iniziale*, il lavoro di ricerca ha previsto la conduzione di *interviste semi-strutturate in profondità* con referenti istituzionali operanti nelle quattro regioni oggetto dell'indagine: Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia. Questi colloqui, affidati a ricercatori esperti e strutturati intorno a

una traccia tematica condivisa, si configurano come uno strumento prezioso per cogliere, attraverso il racconto diretto degli attori coinvolti, lo stato di implementazione del protocollo in contesti locali eterogenei. In questa fase, si è indagato, in particolare, le modalità di recepimento della procedura nei territori, la tipologia e il grado di coinvolgimento delle istituzioni e dei servizi sociosanitari, le pratiche operative poste in essere, l'eventuale produzione documentale di supporto, nonché la disponibilità di dati relativi al numero di accertamenti effettuati, alle fasi attivate e agli esiti raggiunti. Le narrazioni raccolte hanno consentito di delineare una prima mappa interpretativa delle configurazioni regionali, utile a identificare convergenze, scarti e zone di opacità nel processo di attuazione.

Successivamente, sulla base dei risultati emersi in questa prima fase, l'indagine è proseguita con un *secondo momento di approfondimento* qualitativo, attraverso la realizzazione di *focus group* con gli stakeholder territoriali, con un'attenzione prioritaria rivolta al coinvolgimento delle aziende sanitarie pubbliche. Ogni gruppo di lavoro, attivato in ciascuna delle quattro regioni, si è proposto come spazio dialogico di analisi e confronto tra i professionisti che operano sul campo nell'ambito dell'accertamento dell'età. Il focus si è orientato verso l'esplorazione delle pratiche operative di intervento, con l'obiettivo di far emergere criticità sistemiche, ostacoli procedurali, tensioni interistituzionali, ma anche soluzioni efficaci, adattamenti virtuosi e forme di collaborazione innovative capaci di garantire maggiore coerenza ed equità nel rispetto del dettato normativo. In tal modo, l'indagine non si è limitata a fotografare lo stato dell'arte, ma si è configurata come uno strumento generativo di conoscenza situata, fondata sull'ascolto e sulla valorizzazione delle esperienze professionali che attraversano quotidianamente le intersezioni tra diritto, cura e protezione.

5.1 Le scelte metodologiche della ricerca

La decisione di adottare un approccio qualitativo si radica nella consapevolezza della complessità multilivello dell'oggetto di indagine, che si colloca all'intersezione fra ambiti giuridici, sanitari, psicologici e sociali. Il protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati non è infatti un dispositivo puramente normativo, bensì una pratica situata che prende forma all'interno di specifici contesti istituzionali, relazionali e culturali. In tale prospettiva, la metodologia qualitativa si configura come lo strumento più idoneo per accostarsi ai processi di implementazione e alle rappresentazioni soggettive degli attori coinvolti, offrendo la possibilità di ricostruire le logiche, i dilemmi, le mediazioni e le tensioni che attraversano le pratiche concrete.

Nel solco della tradizione fenomenologica e interpretativa delle scienze sociali (Schütz, 1962; Denzin & Lincoln, 2011), si assume che la realtà sociale non sia un dato oggettivo da misurare, bensì una costruzione intersoggettiva che richiede di essere compresa attraverso i significati attribuiti dagli individui alle proprie azioni. L'indagine qualitativa consente dunque di penetrare il vissuto degli operatori, restituendo le loro letture del protocollo, le strategie di adattamento introdotte e gli effetti che tale dispositivo normativo produce nel concreto agire professionale.

A tal fine, si è scelto di impiegare due strumenti centrali e complementari nella ricerca sociale qualitativa: l'intervista semi-strutturata e il focus group. Entrambi gli strumenti sono stati selezionati in virtù della loro capacità di accogliere e valorizzare la soggettività degli attori sociali, restituendo le molteplici dimensioni – esplicite e implicite – che caratterizzano le pratiche istituzionali, soprattutto quando queste si situano all'incrocio fra diritto, cura e protezione.

L'intervista semi-strutturata costituisce una modalità di rilevazione che mantiene un equilibrio dinamico tra struttura e apertura: il ricercatore si avvale di una traccia tematica composta da domande aperte, che garantiscono coerenza tra i casi indagati, ma allo stesso tempo lasciano ampio margine alla libertà narrativa dell'intervistato. Questo strumento si colloca tra l'intervista completamente libera e quella standardizzata, e si caratterizza per la sua capacità di favorire l'emersione di interpretazioni soggettive, elementi biografici e valutazioni critiche, che spesso non trovano spazio nei contesti comunicativi formali. Come sottolinea Galletta (2013), l'intervista semi-strutturata consente non solo di raccogliere dati empirici, ma anche di esplorare i processi attraverso cui gli attori costruiscono significato a partire dalla propria esperienza.

Nel contesto specifico di questa indagine, tale tecnica si è rivelata particolarmente efficace per entrare in dialogo con i referenti istituzionali, spesso portatori di visioni di sintesi, incarichi di responsabilità e competenze tecniche eterogenee. Le interviste hanno permesso di approfondire aspetti come la governance del protocollo, i margini di autonomia decisionale nei territori, i vincoli burocratici e le pratiche di adattamento. Inoltre, grazie alla dimensione dialogica e non giudicante dell'interazione, gli interlocutori hanno spesso esplicitato dilemmi, criticità e zone d'ombra che difficilmente emergono in contesti formali o documentali. La flessibilità dell'intervista semi-strutturata ha dunque favorito una produzione discorsiva densa, fondata su racconti, esempi, e talvolta autocritiche, che hanno arricchito il quadro analitico complessivo.

Il focus group, d'altro canto, rappresenta uno strumento metodologico orientato alla produzione collettiva di conoscenza. Si tratta di una tecnica che non mira alla somma delle opinioni individuali, ma alla costruzione in-

tersoggettiva del senso attraverso l'interazione. I partecipanti, selezionati sulla base di criteri comuni (appartenenza a un'équipe multidisciplinare, esperienza nel campo dell'accertamento dell'età, ruolo operativo), sono stati invitati a confrontarsi su un tema delimitato, facilitati dalla presenza di un ricercatore che ha svolto il ruolo di moderatore neutrale e attento.

Il valore aggiunto di questo strumento, come riconosciuto da Morgan (1997) e ripreso anche da Barbour (2007), risiede nella possibilità di osservare il modo in cui i significati professionali vengono negoziati, sostenuti o messi in discussione nel confronto tra pari. Non si tratta soltanto di raccogliere opinioni, ma di osservare le dinamiche di consenso e disaccordo, le gerarchie implicite, i linguaggi condivisi e le rotture comunicative, tutti elementi preziosi per la comprensione profonda delle prassi. In alcuni casi, il focus group ha reso possibile l'emergere di tensioni latenti tra approcci disciplinari diversi (es. sanitario vs. psicologico), o ha fatto affiorare soluzioni organizzative condivise che non erano state formalizzate nei documenti ufficiali.

Nel caso della presente indagine, il focus group ha dunque avuto una funzione doppia: da un lato, ha consentito di mappare le configurazioni operative adottate nei diversi territori, restituendo un'immagine policentrica e articolata delle prassi; dall'altro, ha attivato nei partecipanti una riflessione condivisa, quasi meta-operativa, che ha generato anche effetti di apprendimento e confronto reciproco. La presenza di colleghi provenienti da servizi diversi, talvolta abituati a operare in compartimenti stagni, ha favorito l'instaurarsi di una "comunità riflessiva temporanea", dove i contenuti emersi non sono stati solo oggetto di rilevazione, ma anche di trasformazione.

L'adozione integrata di questi due strumenti si inserisce in un disegno metodologico che attribuisce valore euristico alla conoscenza situata e riconosce la centralità degli attori nel processo di implementazione delle policy. L'intervista e il focus group, lungi dal costituire strumenti neutri, sono stati concepiti come dispositivi di ascolto e co-costruzione del sapere, capaci di accogliere le dimensioni tacite del lavoro, i non detti organizzativi, le prassi contingenti e le giustificazioni morali che orientano l'agire quotidiano. In tal modo, l'indagine non si è limitata a fotografare lo stato dell'arte, ma ha contribuito a dare voce ai professionisti, restituendo spessore alla dimensione esperienziale del loro agire e alimentando la possibilità di una riflessione trasformativa all'interno delle stesse istituzioni coinvolte.

5.2 I partecipanti alla ricerca

Il disegno metodologico dell'indagine ha previsto il coinvolgimento di un ampio e articolato campione di interlocutori, selezionati per la loro rilevanza strategica e per il ruolo ricoperto nell'attuazione del Protocollo multidisci-

plinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati. Il campione è stato costruito in modo da garantire una rappresentanza significativa dei territori oggetto di studio – Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia – e una pluralità di punti di vista, includendo sia referenti istituzionali che professionisti afferenti alle aziende sanitarie pubbliche, attivi nell'ambito delle équipe multidisciplinari.

Nella fase delle interviste individuali in profondità, sono stati realizzate 5 interviste semi-strutturate ai Referenti regionali di Lazio, Sicilia, Toscana, Emilia-Romagna o, nel caso non disponibili, si è scelto di intervistare le persone indicate dai Referenti regionali stessi. La fase successiva, centrata sulla realizzazione di focus group territoriali, ha visto il coinvolgimento di un numero più ampio di partecipanti. Complessivamente, sono stati coinvolti 23 soggetti, ripartiti nel seguente modo tra i diversi territori: 3 nell'area territoriale della Azienda Usl Toscana centro (Pistoia, Prato, Firenze, Empoli); 4 nella regione Lazio, in particolare Asl Roma 1; 6 in Sicilia, in particolare sono stati coinvolti i membri delle équipe multidisciplinari delle ASP di Agrigento, Palermo e Trapani; 10 partecipanti provenienti dall'Emilia Romagna, incontrati in 2 focus group differenti. Il primo focus group è stato dedicato ai 7 membri delle équipe multidisciplinari delle aziende USL di Parma, Piacenza e Modena, mentre il secondo focus group ha visto la partecipazione di 3 persone proveniente dalle AUSL di Bologna e Ferrara.

Tab. 1. Tabella riassuntiva dei partecipanti ai focus group e/o interviste semi-strutturate

N*	REGIONE	RUOLO	INTERVISTA/ FOCUS
1	Toscana	Coordinatrice del progetto salute dei migranti AOU Meyer Firenze	Intervista
2	Sicilia	Direttore UOC Neonatologia e TIN – P.O. Trapani - ASP Trapani	Intervista + Focus Group
3	Sicilia	Dirigente Medico - unità operativa di promozione della salute ed equità sanitaria	Intervista + Focus Group
4	Lazio	Case Manager Asl Roma 1	Intervista + Focus Group
5	Emilia-Romagna	Referente Regionale	Intervista
6	Sicilia	Neuropsichiatra Asp Trapani	Focus Group
7	Sicilia	Pediatra Policlinico di Palermo	Focus Group
8	Sicilia	Psicoterapeuta, presidente e rappresentante legale del centro Pench	Focus Group

N*	REGIONE	RUOLO	INTERVISTA/ FOCUS
9	Sicilia	Dirigente psicologo, Asp Agrigento	Focus Group
10	Toscana	Case manager/assistente sociale AOU Meyer Firenze	Focus Group
11	Toscana	Responsabile della psicologia ospedaliera AOU Meyer Firenze	Focus Group
12	Toscana	Pediatra AOU Meyer Firenze	Focus Group
13	Lazio	Pediatra Asl Roma 1	Focus Group
14	Lazio	Psicologo Asl Roma 1	Focus Group
15	Lazio	Assistente Sociale Roma 1	Focus Group
16	Emilia-Romagna	Pediatra Ausl Ferrara	Focus Group
17	Emilia-Romagna	Coordinamento salute migranti e vulnerabilità Ausl Ferrara	Focus Group
18	Emilia-Romagna	Assistente Sociale Ausl Bologna	Focus Group
19	Emilia-Romagna	Assistente sociale dell'equipe per l'accertamento dell'età Comune di Modena	Focus Group
20	Emilia-Romagna	Coordinatore/pediatra auxologo Ausl Piacenza	Focus Group
21	Emilia-Romagna	Spazio Salute Immigrati Ausl Parma	Focus Group
22	Emilia-Romagna	Pediatra Ausl Parma	Focus Group
23	Emilia-Romagna	Psicologo Ausl Parma	Focus Group
24	Emilia-Romagna	Coordinatore infermierista Spazio Salute Immigrati Parma	Focus Group
25	Emilia-Romagna	Collaboratore amministrativo Ausl Modena	Focus Group

La composizione del campione, pur non assumendo uno specifico valore statistico, si caratterizza per la densità qualitativa delle informazioni raccolte e per l'attenzione alla pluralità dei contesti istituzionali e territoriali. Tale impostazione ha consentito di far emergere con chiarezza sia gli elementi

ricorrenti nelle diverse regioni, sia le specificità locali legate a variabili organizzative, culturali e normative, offrendo un quadro complesso e articolato delle modalità di applicazione del Protocollo in Italia.

Tutte le interviste e i focus group sono stati effettuati nel periodo compreso tra il 1° dicembre 2024 e il 31 marzo 2025.

5.3 Strategie di analisi dei risultati

Il processo analitico: tra immersione interpretativa e rigore categoriale

L'analisi dei materiali raccolti attraverso interviste e focus group si è articolata in un percorso riflessivo, centrato su un approccio ermeneutico e qualitativo. Il corpus testuale, composto da trascrizioni integrali, è stato esplorato attraverso una lettura approfondita, con l'obiettivo di cogliere non solo i contenuti informativi, ma anche le posture discorsive, le forme argomentative e le rappresentazioni del lavoro che emergono dai racconti degli operatori.

Il quadro epistemologico di riferimento è quello dell'interazionismo simbolico (Blumer, 1969) e della fenomenologia interpretativa (Schütz, 1962), secondo cui la realtà sociale è costruita attraverso i significati attribuiti dagli attori. L'approccio qualitativo adottato, in linea con le indicazioni metodologiche di Denzin e Lincoln (2018), ha privilegiato il valore della narrazione come forma di conoscenza incarnata, rifiutando la riduzione del dato a pura informazione e valorizzandone invece la dimensione dialogica e contestuale.

Il processo analitico si è strutturato in tre momenti principali. Una prima fase esplorativa ha consentito una lettura immersiva dei materiali, al fine di familiarizzare con i linguaggi, le strutture discorsive e le dimensioni implicite della narrazione. A seguire, si è avviata una fase di codifica tematica orientata, ispirata ai principi dell'analisi tematica induttiva (Braun & Clarke, 2006), attraverso cui sono stati individuati nuclei concettuali ricorrenti e linee narrative significative. Infine, i codici sono stati aggregati in famiglie interpretative, per comporre una mappa concettuale in grado di rendere conto della varietà e della complessità delle prassi osservate.

Il confronto tra i membri del gruppo di ricerca, condotto attraverso sessioni di lettura condivisa, ha permesso di garantire una triangolazione interna (Flick, 2004) e di validare le scelte interpretative, evitando derive soggettivistiche o impressionistiche. L'intero processo è stato concepito come un ciclo ricorsivo, in cui i dati non sono stati mai trattati come materiali da "decodificare", ma come interlocutori con cui negoziare significati.

Organizzare la complessità: dal testo all'albero dei codici

A partire dalla fase di codifica, si è costruito progressivamente un impianto interpretativo fondato su un sistema di codici organizzati in forma ad

albero. La scelta di adottare una struttura gerarchica – articolata in macrotemi e categorie intermedie codici analitici – risponde all'esigenza di tenere insieme la profondità delle singole esperienze e la possibilità di costruire letture trasversali.

L'albero dei codici è stato così articolato su tre livelli gerarchici: macrotemi, categorie e codici. Questa struttura ha consentito di muoversi agevolmente tra visione d'insieme e dettaglio analitico, mantenendo una flessibilità interpretativa funzionale alla natura eterogenea dei materiali.

A. ASSETTO ISTITUZIONALE E GOVERNANCE REGIONALE

Categoria A1 – Recepimento e formalizzazione del protocollo

- A1.1 Presenza o assenza di atti formali di recepimento regionale
- A1.2 Tempistiche e modalità di adozione istituzionale
- A1.3 Integrazione del protocollo nella programmazione sanitaria

Categoria A2 – Architettura organizzativa

- A2.1 Presenza di cabine di regia regionali
- A2.2 Coordinamento interistituzionale tra ASL e Regione
- A2.3 Autonomia e discrezionalità delle AUSL

B. ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Categoria B1 – Soggetti attivatori

- B1.1 Procura per i minorenni
- B1.2 Questure e forze dell'ordine
- B1.3 Ruolo Servizi Sociali

Categoria B2 – Strumenti e canali

- B2.1 Modulistica e protocolli digitali
- B2.2 Ruolo del consenso informato e documentazione allegata

Categoria B3 – Criteri impliciti di attivazione

- B3.1 Dubbi sull'età dichiarata o documenti
- B3.2 Comportamenti disturbanti come trigger burocratico
- B3.3 Presunzioni basate sull'aspetto fisico o linguaggio

C. COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DELLE ÉQUIPE

Categoria C1 – Composizione professionale

- C1.1 Figure richieste dal protocollo
- C1.2 Eventuali figure aggiuntive emerse

Categoria C2 – Logiche operative

- C2.1 Compresenza vs. valutazione a stadi
- C2.2 Ruoli dichiarati e ruoli agiti
- C2.3 Grado di concertazione nelle decisioni

Categoria C3 – Selezione e competenze

- C3.1 Criteri di selezione (formazione, sensibilità interculturale)
- C3.2 Continuità operativa del gruppo

D. STRUTTURAZIONE DEI COLLOQUI

Categoria D1 – Colloquio sociale

- D1.1 Obiettivi (ricostruzione biografica, verifica coerenza narrativa)
- D1.2 Strumenti (griglie, diari, fonti comunitarie)
- D1.3 Durata e conduzione

Categoria D2 – Colloquio psicologico

- D2.1 Approccio clinico-narrativo
- D2.2 Uso o rifiuto della testistica psicodiagnostica
- D2.3 Riconoscimento di vulnerabilità psichiche e avvio di percorsi d'aiuto

Categoria D3 – Visita pediatrica

- D3.1 Osservazione auxologica
- D3.2 Esclusione della radiografia del polso
- D3.3 Indicatori indiretti di sviluppo sessuale

E. LUOGHI E SETTING

Categoria E1 – Tipologia degli spazi

- E1.1 Ambienti ospedalieri vs. spazi dedicati
- E1.2 Adeguamento setting

Categoria E2 – Dimensione simbolica

- E2.1 Presenza/assenza di barriere simboliche (es. scrivanie, divise)
- E2.2 Cura della comunicazione iniziale e accoglienza

F. IL RUOLO DEL MEDIATORE CULTURALE

Categoria F1 – Profilo e formazione

- F1.1 Continuità e stabilità della figura
- F1.2 Formazione specifica per il lavoro con MSNA

Categoria F2 – Funzione relazionale

- F2.1 Mediazione linguistica vs. mediazione culturale
- F2.2 Relazione di fiducia con il minore

Categoria F3 – Criticità

- F3.1 Inadeguatezza del mediatore rispetto al contesto (lingua, cultura, genere)
- F3.2 Effetti sul contenuto della narrazione

G. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Categoria G1 – Percorsi formativi esistenti

- G1.1 Formazione regionale o interregionale
- G1.2 Corsi promossi da enti locali o progetti europei

Categoria G2 – Modalità informali

- G2.1 Autoformazione
- G2.2 Scambio tra pari, osservazione reciproca

Categoria G3 – Bisogni emergenti

- G3.1 Domanda di confronto interregionale
- G3.2 Desiderio di standard minimi condivisi

H. MONITORAGGIO E ARCHIVIAZIONE

Categoria H1 – Strumenti di raccolta dati

- H1.1 Database interni
- H1.2 Archiviazione su cloud condivisi

Categoria H2 – Criticità sistemiche

- H2.1 Mancanza di indicatori comuni
- H2.2 Assenza di monitoraggio centralizzato o pubblico

Il modello seguito è affine a quello proposto da Ryan e Bernard (2003) nell’ambito dell’analisi qualitativa applicata, dove la costruzione dei temi nasce da un processo di sintesi progressiva delle osservazioni, a partire dal linguaggio stesso degli intervistati. La codifica non è stata imposta a priori, ma generata a partire dai dati, secondo un’impostazione grounded (Glaser & Strauss, 1967), anche se non in senso radicale: si è scelto infatti di far dialogare l’emergenza dei dati con un quadro teorico di riferimento già consolidato.

Ogni nodo dell'albero dei codici è stato trattato come una “categoria narrativa”, nel senso attribuito da Riessman (2008), ovvero come una trama in cui si intrecciano descrizione, valutazione, impliciti valoriali. Questa struttura ha reso possibile il passaggio da una descrizione frammentata dei singoli casi a una comprensione strutturata delle configurazioni di pratica, individuando convergenze e discontinuità tra contesti, e restituendo così la dimensione situata delle scelte operative.

La costruzione dell'albero ha avuto anche una funzione riflessiva: ha aiutato i ricercatori a distillare, dal flusso del discorso, gli elementi portanti delle rappresentazioni professionali, a riconoscere le logiche di legittimazione e le giustificazioni delle pratiche. In questo senso, la struttura categoriale non è stata solo uno strumento di ordinamento, ma anche un dispositivo conoscitivo per accedere alle dinamiche culturali profonde che attraversano l'operatività delle équipe.

Criteri di codifica e strategie interpretative

La definizione dei codici non è avvenuta secondo logiche meccaniche, ma è stata fondata su criteri di rilevanza teorica e narrativa. In particolare, si è fatto riferimento a tre principi guida.

Il primo è stato quello della *ricorrenza*: sono stati valorizzati i contenuti che comparivano in contesti diversi, espressi da attori differenti, e che pertanto potevano essere considerati indicatori di una stabilità discorsiva trasversale. Come suggeriscono Miles, Huberman e Saldaña (2014), la ricorrenza non va confusa con la frequenza numerica, ma riguarda piuttosto la persistenza di significati in una pluralità di configurazioni.

Il secondo criterio è stato quello della *dissonanza*: ovvero l'attenzione a quei dati che si discostano dalla norma apparente, che mettono in discussione le regole implicite, o che introducono elementi controintuitivi. L'analisi qualitativa, come osserva Becker (1996), non deve cercare la coerenza a ogni costo, ma piuttosto rendere visibili i punti di frizione e i margini di negoziazione.

Infine, si è fatto uso del criterio della *densità riflessiva*, attribuendo valore agli enunciati in cui l'intervistato esplicita una riflessione sul proprio operato, tematizza le difficoltà incontrate, o elabora una valutazione di senso. Questi passaggi, spesso minoritari in termini quantitativi, sono stati considerati ad alta intensità analitica, in quanto rivelano le grammatiche morali e professionali che orientano l'azione (Mol, 2008).

In termini epistemologici, si è scelto di trattare i dati non come “rappresentazioni oggettive”, ma come produzioni situate, frutto di un'interazione specifica e carica di senso. Questo implica riconoscere la natura dialogica e co-costruita del sapere generato in ricerca (Brinkmann & Kvale, 2015) e la necessità di posizionare i ricercatori non fuori dal campo, ma dentro un orizzonte relazionale e riflessivo.

Il metodo adottato, nel suo insieme, si è proposto non come un insieme di tecniche, ma come una postura di attenzione, di ascolto e di rispetto della complessità. Si è cercato di mantenere una tensione costante tra sistematizzazione e apertura, tra comparabilità e singolarità, tra rigore analitico e rispetto delle voci. Una tensione che, più che un ostacolo, è stata riconosciuta come una condizione necessaria per un'analisi che vuole essere fedele all'esperienza.

Limiti, posizionamento ed etica dell'analisi

Nell'impostazione metodologica adottata, particolare attenzione è stata dedicata anche alla dimensione riflessiva della ricerca, nella consapevolezza che ogni analisi qualitativa implichi una serie di scelte, selezioni e interpretazioni che non possono essere mai completamente neutrali. Il ricercatore non è un osservatore esterno, ma un soggetto implicato nel campo, portatore di visioni, sensibilità, e cornici teoriche che orientano il modo stesso di leggere e costruire il materiale analizzato.

Seguendo le indicazioni di Pierre Bourdieu (1993) sul principio di "sorveglianza epistemica", si è cercato di mantenere alta l'attenzione sul proprio ruolo nella produzione della conoscenza: ciò ha significato, per esempio, interrogarsi sulle condizioni concrete in cui si sono svolte le interviste, sul tipo di relazioni instauratesi con i partecipanti ai focus group, sul rischio di sovrainterpretazione dei testi. Il riconoscimento del proprio posizionamento – in termini di ruolo, contesto istituzionale e appartenenza disciplinare – è stato un passaggio necessario per garantire trasparenza al processo interpretativo.

Questo atteggiamento riflessivo si è esteso anche alla considerazione dei limiti strutturali dell'indagine, che saranno riportati nel capitolo successivo. Il carattere qualitativo e intensivo del disegno metodologico, se da un lato consente un'elevata profondità analitica, dall'altro non permette di effettuare generalizzazioni statistiche sui territori o sulle équipe. Tuttavia, la forza del metodo adottato risiede proprio nella possibilità di accedere alle grammatiche di senso che orientano l'agire professionale, e che restano altrimenti invisibili in rilevazioni su larga scala.

In questa prospettiva, l'intero processo analitico è stato concepito come una forma di responsabilità nei confronti degli attori sociali coinvolti. Restituire la complessità delle loro pratiche, senza semplificazioni indebite o riduzioni strumentali, ha rappresentato un impegno scientifico. La narrazione della prassi, nella sua tensione tra norme e contingenze, tra standard e adattamenti locali, è stata trattata come una fonte legittima di conoscenza e come spazio di legittimazione del sapere professionale.

Infine, riconoscere il carattere situato e trasformativo dell'analisi ha permesso di concepire il lavoro svolto non solo come uno sforzo descrittivo, ma

come contributo possibile a un dialogo più ampio tra istituzioni, professionisti e dispositivi di policy. L'interpretazione dei dati, così intesa, non chiude ma apre: apre spazi di confronto, mette in tensione visioni consolidate, genera nuove domande. E in questo risiede forse il suo valore più profondo.

5.4 I risultati

La sezione seguente è finalizzata alla presentazione dei dati emersi nel corso della ricerca qualitativa, condotta mediante focus group e interviste semi-strutturate, in ciascuna delle regioni coinvolte nell'indagine. Le verbalizzazioni raccolte sono state analizzate e riorganizzate secondo una griglia tematica condivisa, strutturata sulla base delle categorie concettuali illustrate nel paragrafo precedente.

Per ciascun contesto territoriale, dunque, le informazioni sono articolate nelle seguenti macroaree tematiche: tempistiche e implementazione regionale; attivazione della procedura; composizione e funzionamento delle équipe; iter procedurale e strumenti diagnostici; organizzazione del colloquio sociale; organizzazione del colloquio psicologico; organizzazione della visita pediatrica; luoghi predisposti per l'accertamento; formazione e monitoraggio.

I risultati vengono esposti con riferimento ai territori coinvolti nell'indagine, denominati per semplicità in riferimento alle Regioni coinvolte (Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia). Si precisa sin da ora che tali denominazioni non devono essere intese come rappresentative dell'intero ambito regionale ma rimandano unicamente alle aree effettivamente coperte dal lavoro di campo.

Tale struttura consente di restituire in modo organico sia gli elementi di convergenza tra i territori, riconducibili a dinamiche sistemiche condivise, sia le differenze contestuali, frutto di eterogeneità organizzative, risorse disponibili e modalità operative locali. La lettura comparata delle pratiche consente inoltre di offrire un quadro interpretativo utile alla riflessione istituzionale, all'individuazione di criticità ricorrenti e alla formulazione di possibili raccomandazioni in chiave operativa.

Lazio

Tempistiche e implementazione regionale

L'applicazione del Protocollo multidisciplinare per l'accertamento dell'età nel Lazio ha subito nel tempo una significativa trasformazione. Inizialmente, le attività erano centralizzate nella sola ASL Roma 1, che si è fatta carico della gestione di tutti i casi della regione. Questo ha determinato un sovraccarico importante per i professionisti coinvolti, costretti a ricevere ri-

chieste anche da territori lontani come Frosinone o Rieti, senza che vi fosse una strutturazione diffusa del protocollo. La situazione è evoluta successivamente, quando si è avviato un processo di decentramento che ha portato ogni azienda sanitaria a doversi dotare di una propria commissione dedicata all'accertamento dell'età.

Come emerso durante le interviste, “*ogni azienda in Italia ha la sua commissione*” e, più recentemente, la Regione Lazio ha richiesto non solo che queste commissioni esistano formalmente, ma anche che siano nominativamente identificate: “*la Regione Lazio... ci ha chiesto: ‘potete indicare per favore chi sono queste persone?’*” (Intervista_Lazio). Al momento dell'intervista, le commissioni sono tutte operative, ma la loro costituzione recente rende ancora fragile il coordinamento regionale. Inoltre, manca una cabina di regia che monitori e armonizzi le prassi tra aziende sanitarie diverse, lasciando spazio a significative differenze applicative anche all'interno della stessa regione.

Attivazione della procedura

La procedura di accertamento dell'età è attivata esclusivamente a seguito di richiesta formale da parte dell'autorità giudiziaria, solitamente in presenza di dubbi sulla veridicità dell'età dichiarata dal minore. Le motivazioni alla base della segnalazione possono essere molteplici: dalla mancanza di documentazione, alla presenza di dichiarazioni contrastanti in momenti successivi del percorso migratorio, fino al sospetto, da parte della Questura o dei servizi, che i documenti presentati non siano autentici. “*Il dubbio magari è nato nella prima accoglienza... e poi parte l'iter di accertamento*” (Focus Group_Lazio).

Un ulteriore canale di attivazione, anche se meno frequente, è rappresentato dal sistema sanitario, in particolare dai pronto soccorso, che talvolta richiedono una radiografia del polso nei casi in cui il paziente non sia identificabile con certezza. Questo, tuttavia, rappresenta una prassi superata dall'introduzione del protocollo multidisciplinare, che ha ridefinito l'approccio da meramente clinico a integrato. “*Era la procedura di prassi prima della Legge Zampa... poi si è passati all'accertamento multidisciplinare*” (Focus Group_Lazio).

La commissione si attiva quindi dopo la ricezione dell'atto giudiziario, con l'obiettivo di effettuare una valutazione entro tempi contenuti. “*Io entro 15 giorni convoco la commissione...*” (Intervista_Lazio). È interessante notare che, in base alla testimonianza, il numero di richieste si è ridotto drasticamente nell'ultimo anno, lasciando intendere che la prima accoglienza filtra maggiormente i casi prima di ricorrere all'accertamento formale.

Composizione e funzionamento delle équipe

Le équipe operano secondo una composizione minima indicata dal protocollo: un'assistente sociale, uno psicologo o neuropsichiatra, e un pediatra. Tuttavia, a differenza della previsione teorica di una procedura “incrementa-

le” – che prevede il passaggio alla fase successiva solo in caso di persistente dubbio – nella pratica laziale si preferisce che tutte le figure siano coinvolte contemporaneamente fin dalla prima convocazione. *“Abbiamo scelto di farlo tutti quanti insieme... già dal racconto ognuno nota particolari differenti”* (Focus Group_Lazio).

Questa scelta è dettata sia da motivazioni organizzative (evitare convocazioni multiple del minore), sia dal fatto che avere fin dal principio una visione interdisciplinare può aiutare reciprocamente i diversi professionisti coinvolti, come riferisce un partecipante al focus group: *“da quello che dicono anche i colleghi, già loro aiutano, diciamo, la parte del colloquio sociale iniziale nel quale fai raccontare tutta la storia, perché già loro notano dal punto di vista psicologico, dal punto di vista medico, dei particolari che appunto non nota, diciamo, l'assistente sociale, perché è un altro campo, insomma”* (FocusGroup_Lazio).

Iter procedurale e strumenti diagnostici

Nonostante l'incontro per l'accertamento dell'età sia unico – e non sequenziale - e dalla durata di massimo un'ora, come riferisce uno degli intervistati durante il focus group (*“da mezz'ora all'ora al massimo dipende dalle difficoltà linguistiche, ma di solito non più di 45 minuti”*), proveremo a restituire come si declinano le differenti parti (sociale, psicologia, medica) durante l'incontro con il minore.

- Organizzazione del colloquio sociale

Il colloquio sociale è la prima componente dell'incontro e si concentra sulla ricostruzione biografica del minore. L'assistente sociale guida la narrazione, spesso ripetendola più volte per cogliere eventuali incoerenze. *“Ci viene chiesto di far ripetere più volte la storia... come quando sei in questura”* (Focus Group_Lazio). Tuttavia, emerge una consapevolezza critica nei confronti di questa pratica, che rischia di assumere i tratti di un interrogatorio più che di un ascolto empatico. *“Sembra un interrogatorio... ma noi cerchiamo di “ammorbidire” il colloquio”* (Focus Group_Lazio). Le griglie utilizzate non sono definite con rigore metodologico, ma rappresentano piuttosto uno strumento orientativo, con domande che spaziano dai dati anagrafici a elementi esistenziali e progettuali.

- Organizzazione del colloquio psicologico

Il colloquio psicologico si concentra sull'osservazione del comportamento, del linguaggio e della coerenza narrativa. Gli strumenti testistici sono raramente utilizzati, poiché non esistono test rigorosamente interculturali per questa fascia d'età e applicabili a minori con background migratori estremamente diversificati. *“Gli strumenti che abbiamo sono tutti con taratura ita-*

liana... quindi li usiamo con molta cautela" (Focus Group_Lazio). L'incontro assume quindi un valore più clinico che diagnostico e si pone anche come possibile avvio di una relazione d'aiuto, soprattutto in presenza di segnali di disagio psichico. Questo avviene particolarmente nei casi di violenze subite, che emergono durante il colloquio: in queste circostanze, infatti, capita che vengono indicati percorsi di supporto psicologico o suggeriti accorgimenti anche dal punto di vista amministrativo: "Quindi, spesso, anche già dal permesso di soggiorno, noi gli suggeriamo altri percorsi: percorsi di salute nel caso in cui ci rendiamo conto che ci sono stati abusi, violenze, maltrattamenti. Quindi cerchiamo di creare una linea per lui, ma ripeto, già dallo stesso permesso di soggiorno che, come dire, è inutile che uno lo chiede per minorità quando magari è perseguitato nel suo Paese, oppure ha avuto degli abusi nel suo Paese; quindi, ha bisogno di altri permessi di soggiorno per riconoscere quel danno che la persona ha avuto, anche per riconoscere la sua storia" (Focus Group_Lazio).

- Organizzazione della visita pediatrica

Il contributo del pediatra è generalmente osservativo e raramente si traduce in una visita medica vera e propria. Vengono valutati tendenzialmente indicatori indiretti dei caratteri sessuali secondari come acne, voce, peluria o – nel caso delle ragazze – la presenza del ciclo mestruale: "mentre il ragazzo racconta spontaneamente, di solito anche con l'aiuto di un interprete, io da medico cerco di cogliere sfumature nella mimica, quindi cogliendo aspetti indiretti di quelli che sono i tratti tipici dell'adolescenza, oppure banalmente la presenza o meno di acne, oppure come è stato purtroppo anche con un gruppo di ragazze che avevano anche una disabilità, quindi abbiamo bisogno di chiedere a chi faceva assistenza, la presenza o meno del ciclo, quindi segni indiretti dei caratteri sessuali secondari. Anche perché chiaramente insomma, come sappiamo tutti, fare la mutazione dell'età ossea o gli esami ormonali, soprattutto in ragazzi di etnia differente dalla nostra, lascia proprio il tempo che trova"; "piuttosto che una visita vera e propria, si fa un'osservazione clinica esterna" (Focus Group_Lazio). Come si è visto nella prima parte del presente volume, l'approccio auxologico presenta margini di errore piuttosto elevati, soprattutto in presenza di caratteristiche morfologiche differenti dovute all'origine geografica, allo stile di vita o alla nutrizione: "un polso di un senegalese non è come un polso di un bengalese" (Intervista_Lazio).

- Luoghi predisposti per l'accertamento

Le attività si svolgono presso un centro specializzato della ASL Roma 1 dedicato alla salute dei migranti. La sede è considerata adeguata per lo svolgimento del protocollo, e l'équipe ha adottato alcuni accorgimenti per ren-

derla il più possibile meno oppressiva: incontri in ambienti privi di barriere simboliche come scrivanie frontali, e una forte attenzione alla comunicazione iniziale con il minore. *“L'incipit della commissione è sempre: ‘Sai dove sei? Sai perché ti trovi qui?’”* (Intervista_Lazio). Il ragazzo è accompagnato da un mediatore linguistico (sempre presente), da un operatore della struttura che l'ha accolto, e talvolta anche dal tutore. Il ruolo del mediatore, pur riconosciuto come essenziale, è oggetto di riflessione critica: la possibilità di appartenenze etniche o politiche differenti tra minore e mediatore può minare la fiducia e influenzare il contenuto della narrazione.

Formazione e monitoraggio

Il tema della formazione emerge con forza come area critica. La maggior parte degli operatori ha iniziato il proprio coinvolgimento nella commissione senza una preparazione specifica, affidandosi all'autoformazione e allo scambio informale tra colleghi. *“Mi sono trovata catapultata in questa cosa... poi ho cercato di documentarmi”* (Focus Group_Lazio). Solo alcuni hanno partecipato a corsi promossi da enti specifici, ma nel passato, riportando quindi il bisogno di occasioni di aggiornamento periodiche. C'è una diffusa richiesta di promuovere spazi di confronto tra Regioni, che possano generare apprendimento reciproco e favorire la costruzione di buone pratiche: *“potrebbe essere interessante mettere alcune Regioni a confronto sulle procedure... ci aiuterebbe a formarci”* (Focus Group_Lazio).

Sul fronte del monitoraggio, attualmente viene utilizzato un semplice database interno che raccoglie dati anagrafici, narrazione biografica e outcome della commissione. Non esistono però sistemi informatici integrati, né report regionali strutturati: *“abbiamo un semplice database dove inseriamo gli indicatori... tutto è ancora cartaceo”* (Intervista_Lazio).

Sicilia

Tempistiche e implementazione regionale

In Sicilia, il recepimento e l'applicazione del protocollo multidisciplinare risultano ancora oggi segnati da una profonda disomogeneità territoriale. Sebbene la Regione abbia partecipato alla Conferenza Stato-Regioni che ha sancito l'accordo del 2020, non è mai stato emanato un atto formale di recepimento, lasciando l'attuazione del protocollo all'iniziativa locale dei singoli territori¹. *“In Sicilia c'è una disomogeneità per quanto riguarda l'accertamento dell'età... si sono create delle realtà locali, delle iniziative locali”* (Intervista_Sicilia).

¹ Si rammenta che le interviste e i focus group sono stati effettuati nel periodo compreso tra dicembre 2024 e marzo 2025.

Nel tempo si è dunque assistito a una parziale “istituzionalizzazione dal basso”, con l’emergere di prassi diverse fondate su reti informali tra enti del terzo settore, enti pubblici e presìdi ospedalieri. La mancanza di un coordinamento centrale ha portato a un raffreddamento progressivo delle esperienze avviate dopo il 2017, che rispondevano all’urgenza dettata dall’alta presenza di MSNA. Con la riduzione degli sbarchi, molte équipe si sono di fatto dissolte.

Solo recentemente, grazie anche a pressioni dal basso, la Regione ha iniziato un tentativo di riattivare il processo, inviando alle aziende sanitarie una richiesta di cognizione delle esperienze in atto. *“È un punto di partenza un po’ debole, però per noi aziende potrebbe essere l’occasione per cominciare a lavorare... su un aggiornamento dell’équipe”* (Focus Group_Sicilia).

Attivazione della procedura

L’attivazione della procedura di accertamento avviene, come previsto dal protocollo e dalla Legge 47/2017, su richiesta dell’autorità giudiziaria. Nei territori siciliani non mancano segnalazioni di richieste formalmente motivate da discrepanze anagrafiche minime o da semplici “doppi dichiarazioni” all’arrivo e nei centri di accoglienza, che rendono difficile distinguere i casi in cui vi sia un vero e proprio “fondato dubbio”. Questo uso burocratico del Protocollo rischia di disattendere il principio dell’estrema ratio, ribadito dalla normativa, e di trasformare un meccanismo di tutela in uno strumento di controllo.

In alcuni territori (ad es., Trapani e Palermo), è stato fatto un lavoro di interlocuzione con la Procura per disincentivare le richieste che includevano espressamente accertamenti radiologici, considerati invasivi e superati scientificamente: *“la Procura dispone l’accertamento ma non può imporre gli strumenti... noi nelle relazioni scrivevamo sempre che non si era ritentato necessario procedere con accertamenti radiologici”*. (Focus Group_Sicilia). Tuttavia, permangono ambiguità, soprattutto nei casi in cui le comunità richiedenti si presentano già con una radiografia del polso, temendo che sia condizione implicita per il colloquio.

Infine, va segnalato che un numero non trascurabile di procedimenti si interrompe prima ancora dell’accertamento, per irreperibilità del minore o trasferimenti fuori provincia, come accaduto in almeno 5 casi su 18 solo a Palermo, nel biennio 2023-2024 (Focus Group_Sicilia).

Composizione e funzionamento delle équipe

Le équipe in Sicilia variano per composizione e modalità operative. In alcune realtà territoriali, l’équipe è formalmente composta da neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale e pediatra, anche se spesso alcune figure risultano non attive per carenze strutturali. In alcuni casi, ad esempio, l’as-

sistente sociale non era presente, mentre lo psicologo è stato recentemente reintegrato nell'équipe solo grazie alla disponibilità dell'azienda.

Spesso la presenza delle figure professionali è garantita da reti informali o collaborazioni con il privato sociale, come nel caso del centro Pench, specializzato in etnopsichiatria e operante a Palermo. Lì, la valutazione psicologica viene svolta da una psicoterapeuta con formazione specifica sulle tematiche relative alla clinica transculturale, anche rispetto alle conseguenze dei traumi migratori.

Il funzionamento delle équipe non segue una sequenza "a stadi" come previsto dal protocollo, ma piuttosto una logica collettiva e concentrata in un'unica giornata. *"Abbiamo fatto in modo di far coincidere tutti gli interventi in un'unica occasione... anche perché incastrare le agende dei professionisti è complicato"* (Focus Group_Sicilia). Questa scelta, a detta degli intervistati, è funzionale anche alla riduzione dello stress per il minore e consente una restituzione integrata alla Procura, che riceve una relazione unica firmata da tutti i professionisti coinvolti.

Iter procedurale e strumenti diagnostici

- **Organizzazione del colloquio sociale**

Il colloquio sociale, formalmente previsto come primo step, può essere assente o sostituito da informazioni raccolte nei centri di accoglienza: *"i ragazzi arrivano già per il secondo step"* (Intervista_Sicilia). L'interazione con l'assistente sociale aziendale, laddove presente, si limita a una breve intervista iniziale, spesso mediata linguisticamente.

Nei territori più strutturati, esistono schede standardizzate per l'intervista sociale e psicologica, che includono dati anagrafici, gruppo etnico d'appartenenza, condizioni di accoglienza e vulnerabilità osservate. La firma del consenso informato è sistematica e coinvolge anche il mediatore culturale.

- **Organizzazione del colloquio psicologico**

L'approccio psicologico è uno dei più articolati e problematici. Alcuni operatori utilizzano test cognitivi o grafici (ad es., la scala WAIS o il test delle figure), ma la loro attendibilità è costantemente messa in discussione. *"Molti dei ragazzi non hanno mai tenuto una matita in mano... l'interpretazione è difficilissima"* (Focus Group_Sicilia). Il problema è duplice: da un lato, il basso livello di scolarizzazione, dall'altro, la distanza culturale degli strumenti. Come affermato dalla psicoterapeuta del centro Pench di Palermo, *"non ho mai utilizzato i test perché appunto i test cultural free in realtà non voglio dire che sono messi al bando, però la letteratura dice di utilizzarli, ma con estrema cautela e sempre corredati da altri tipi di indagini tipo il colloquio clinico"* (Focus Group_Sicilia). Per questo motivo, dunque, si preferisce un colloquio clinico, che esplora il vissuto migratorio, gli eventuali traumi e la

coerenza del racconto. In questi casi, il colloquio può durare più di un incontro e diverse sono le strategie per cercare di facilitare il recupero dell'anno di nascita: “*ho avuto situazioni [...] in cui il viaggio era stato estremamente traumatico: non consentiva ai ragazzi di mettere a fuoco in che spazio-tempo fossero; banalmente ho avuto ragazzi che sono stati per molti mesi rinchiusi in Libia, senza vedere la luce del sole, e quindi questo portava a un disorientamento, per cui il lavoro poi era sulla memoria traumatica [...]. [In altri casi] ragazzi e ragazze che non avevano idea del loro anno di nascita; quindi, abbiamo cercato di recuperare attraverso, per esempio, la messa a tema delle tradizioni dei rituali di passaggio... quindi piuttosto che individuare un dato, un anno, un mese, un giorno, attraverso il supporto della mediazione linguistico-culturale cercavamo di capire quali rituali di passaggio fossero già stati fatti*” (Focus group_Sicilia).

- Organizzazione della visita pediatrica

La visita pediatrica viene effettuata solo in caso di dubbio persistente, spesso come ultimo passaggio. Si basa sull’osservazione dello sviluppo puberale (voce, peluria, altezza, acne), con il ricorso a tabelle auxologiche. Gli esami radiologici sono ad oggi rarissimi, eseguiti solo in casi eccezionali o presentati già dalla comunità che accompagna il minore.

- Luoghi predisposti per l'accertamento

Le valutazioni si svolgono in ambulatori pubblici (ad es., sede della neuropsichiatria infantile delle ASP o del Policlinico), o in sedi del privato sociale. Le strutture sono descritte come adeguate e dotate di spazi riservati, anche se la mancanza di un modulo ambulatoriale dedicato e riconosciuto complica la rendicontazione e l’inserimento dei dati nel sistema informativo aziendale. “*È tutto su base volontaria... senza prestazioni rendicontate*” (Focus Group_Sicilia).

Formazione e monitoraggio

La formazione rappresenta una delle criticità maggiori. Solo pochi operatori hanno seguito corsi specifici, spesso organizzati da enti terzi o svolti all’inizio della carriera. La formazione è quasi sempre personale e auto-organizzata, priva di aggiornamenti sistematici o riconoscimenti formali. “*Se non c’è chi tiene... tutto si perde. È così da anni*” (Intervista_Sicilia).

Il monitoraggio istituzionale non esiste. Ogni territorio conserva dati localmente, senza condivisione interaziendale né raccolta sistematica. “*Ognuno sa la propria attività, ma non l’abbiamo mai effettivamente condivisa*” (Intervista_Sicilia). Questo impedisce la costruzione di una base conoscitiva più ampia e rende difficile valutare l’impatto delle azioni intraprese.

Toscana

Tempistiche e implementazione regionale

L'adozione del Protocollo nazionale per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati da parte della Regione Toscana si è distinta per tempestività e rigore formale. Il suo recepimento è avvenuto nel luglio 2020, appena tre settimane dopo l'approvazione del testo in Conferenza Unificata, e contestualmente ad altre due linee guida nazionali rilevanti: quelle per l'identificazione delle vittime di tortura e violenza estrema e quelle sulla sorveglianza sanitaria nei punti di frontiera.

Attivazione della procedura

L'accesso al protocollo avviene su iniziativa esclusiva della Procura per i Minorenni, che deve inoltrare una richiesta formale attraverso un modulo standard. Questo può essere trasmesso direttamente via PEC all'azienda sanitaria di riferimento, senza che sia necessaria una prescrizione medica né la nomina di un tutore. Come chiarito nel corso dell'intervista, “*la procedura prevede che è la Procura che deve inviare la richiesta all'azienda [...] con un modulo di richiesta che noi avevamo elaborato. [...] L'accesso alla procedura è un accesso diretto che non necessita un'impegnativa da parte del medico*” (Intervista_Toscana).

Composizione e funzionamento delle équipe

Il gruppo di lavoro è costituito da un'équipe stabile composta da professionisti interni all'Ospedale Meyer quali: psicologo, assistente sociale e pediatra auxologa. A loro si affianca in modo sistematico il mediatore culturale, ritenuto indispensabile per garantire una corretta comprensione linguistica ma anche per fornire chiavi di lettura culturale delle narrazioni dei ragazzi. Uno degli intervistati, infatti, ha affermato che “*noi abbiamo una convenzione con l'ospedale e quindi usiamo quei mediatori, vogliamo mediatori del paese di provenienza, perché non sono solamente dei traduttori*” (Focus Group_Toscana). Le attività sono svolte in stretta collaborazione, con una forte integrazione tra le componenti sociali, psicologiche e mediche. È comune che le decisioni siano assunte in modo condiviso: “*mai abbiamo preso una decisione da sole, siamo un gruppo di lavoro e nel gruppo di lavoro si prendono le decisioni*” (Focus Group_Toscana).

Iter procedurale e strumenti diagnostici

- Organizzazione del colloquio sociale

Il colloquio sociale rappresenta la prima fase concreta di accertamento e si configura come un momento informativo e conoscitivo insieme. È affidato principalmente all'assistente sociale, che introduce il minore al contesto

e chiarisce il motivo della convocazione. “*Faccio con la mediatrice un quarto d'ora sulla motivazione per la quale si fa questi accertamenti*” (Focus Group_Toscana). Si tratta di una comunicazione obbligatoria, svolta con l'ausilio del mediatore linguistico, attraverso la quale viene esplicitato che l'accertamento avviene per mandato dell'autorità giudiziaria. Dopo questo primo momento, il colloquio si trasforma in un'interazione congiunta tra assistente sociale e psicologa, all'interno di un'unica sessione, generalmente della durata di un'ora e mezza. Tale assetto congiunto è stato adottato per evitare la ripetizione delle domande e ridurre l'impatto psicologico negativo sui ragazzi: “*nell'ottica proprio di rendere questi momenti meno traumatici possibili, evitando di richiedere le stesse cose rispetto alla storia pregressa del minore*” (Focus Group_Toscana).

- Organizzazione del colloquio psicologico

La componente psicologica dell'accertamento avviene contestualmente a quella sociale, come detto, e prevede anche l'utilizzo di test psicodiagnostici. La selezione degli strumenti è stata condotta con particolare attenzione alla brevità e all'adeguatezza culturale, privilegiando test non verbali per superare le barriere linguistiche. “*Abbiamo cercato dei test che fossero i più brevi possibili proprio per alleggerire anche la traduzione da parte del mediatore linguistico*” (Focus Group_Toscana). In particolare, si utilizzano strumenti per valutare capacità cognitive e disturbi da stress post-traumatico (PTSD), ma solo quando ritenuto opportuno. La psicologa ha sottolineato anche le difficoltà di somministrazione e di interpretazione: “*le volte che l'ho somministrato, praticamente rispondevano a caso... non credo che siano tutti così insufficienti mentali*”. È evidente una preoccupazione costante nel non sovraccaricare il minore né con strumenti inadeguati, né con aspettative di introspezione culturale incompatibili: “*non è che si va a indagare l'aspetto psicologico che sappiamo che per alcune culture non è proprio contemplato rispetto alla riflessione su di sé*”.

- Organizzazione della visita pediatrica

La visita pediatrica rappresenta la fase finale della procedura ed è attivata solo se l'équipe, al termine dei colloqui, ravvisa la necessità di ulteriori approfondimenti. Condotta spesso in collaborazione con un altro endocrinologo, la visita si focalizza principalmente sull'osservazione della pubertà e, solo in alcuni casi, sull'accertamento dell'età ossea tramite radiografie. Tuttavia, sono stati evidenziati i limiti di questi strumenti: “*la RX dell'arcata dentaria... in effetti facendone tante non è più così utile*” (Focus Group_Toscana). È stato osservato che nei casi più complessi la valutazione clinica può risultare contraddittoria rispetto al racconto del minore, generando ulteriori incertezze: “*uno può avere 14 anni e avere un'età ossea di 17... dipende da come ha fatto lo sviluppo*” (Focus Group_Toscana).

- Luoghi predisposti per l'accertamento

L'accertamento si svolge in uno spazio appositamente predisposto, adiacente all'ospedale, che garantisce riservatezza e accoglienza. *"Non è proprio dentro l'ospedale, è accanto... a me sembra molto buono"* (Focus Group_Toscana). Nonostante l'attenzione posta al contesto, sono stati comunque segnalati casi problematici, in cui la procedura viene attivata non per fondati dubbi sull'età, ma per motivi disciplinari o giudiziari. È stato infatti evidenziato come *"spesso i ragazzi non vengono portati con un dubbio rispetto ad una progettualità, ma perché rompono le scatole"* (Focus Group_Toscana), alludendo al rischio di un uso strumentale del Protocollo. Questo carico strumentale si traduce anche in difficoltà operative, come quando l'équipe ha dovuto valutare quattro ragazzi in un solo giorno, episodio definito *"una giornata massacrante e frustrante da morire"* (Focus Group_Toscana).

Formazione e monitoraggio

Dal punto di vista della formazione, è stata realizzata un'unica iniziativa regionale nel 2023. Non sono seguite ulteriori azioni sistematiche e gli scambi con altre realtà territoriali si sono limitati a rapporti informali tra operatori. *"Abbiamo fatto una formazione due anni fa [...] dopo di che non l'abbiamo più fatta; [...] ci siamo comunque confrontate a livello di relazioni personali, ma via email, non di persona"* (Focus Group_Toscana). I partecipanti, infatti, sottolineano la necessità e il desiderio di una formazione e di uno scambio di buone pratiche con colleghi non necessariamente della stessa regione, ma collocati anche su altri territori: *"perché a noi piacerebbe incontrare anche gruppi di lavoro, però che sono magari più sulla parte dei porti, degli accessi, che ne so... la frontiera del Friuli"* (Focus Group_Toscana).

Infine, per quanto riguarda il monitoraggio sull'attuazione del protocollo si configura come interno e non strutturato, privo di indicatori condivisi o dati pubblicamente disponibili. *"Rimane una cosa interna, per ora non l'abbiamo fatto, no, rimane un monitoraggio interno nostro"* (Intervista_Toscana).

Emilia-Romagna

Tempistiche e implementazione regionale

L'Emilia-Romagna si distingue nel contesto nazionale per aver costruito una struttura di governance solida, multilivello e fortemente integrata per l'attuazione del Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati. Il percorso di implementazione ha avuto inizio nel 2018, con la partecipazione della Regione al progetto europeo I CARE. Questo progetto mirava a rafforzare i servizi sanitari dedicati ai migranti, in particolare nei settori della salute mentale, dei consultori e della tutela di donne e minori. In Emilia-Romagna, I CARE è stato implementa-

to attraverso il coinvolgimento di 27 aziende sanitarie territoriali, con modelli organizzativi molto diversificati. L'operatività concreta del progetto è iniziata a fine 2019, ma ha subito un rallentamento e una trasformazione a causa della pandemia da Covid-19, che ha spostato il focus sulla salute pubblica.

Il recepimento formale del protocollo nazionale per l'accertamento dell'età è avvenuto con una delibera di Giunta regionale nel 2022, anno che può essere considerato come uno spartiacque nella costruzione di una risposta sistematica al tema. Contestualmente, il Protocollo è stato inserito tra gli obiettivi annuali di programmazione sanitaria delle direzioni generali delle AUSL. A partire da quel momento, tutte le aziende sanitarie regionali sono state chiamate a costituire équipe multidisciplinari formalizzate, incaricate di svolgere le valutazioni dell'età secondo il modello previsto dal Protocollo. Questa azione è stata ulteriormente rafforzata da una cabina di regia regionale permanente.

Nel 2023, è stata avviata una verifica ufficiale della costituzione delle équipe aziendali e del loro corretto funzionamento. Il riscontro ha mostrato che su 8 aziende territoriali, 6 avevano correttamente attuato il Protocollo, mentre in 2 casi era stato erroneamente inserito il radiologo come figura permanente, contrariamente a quanto previsto dalle linee guida nazionali, che indicano il radiologo come risorsa "in extrema ratio": *"le linee guida sono uguali per tutti, poi possono essere diverse le sedi di attuazione del processo di certificazione e determinazione dell'età. Uno lo può fare magari in un poliambulatorio, l'altro lo può fare in ospedale, però in linea di massima l'ottemperanza al protocollo c'è... tant'è che abbiamo verificato. Il 2 febbraio, proprio davanti a queste persone che le ho detto, abbiamo verificato che su 8 aziende territoriali, 6 avevano fatto le cose per bene, 2 invece avevano inserito il radiologo nell'équipe, il radiologo non deve essere in équipe"* (Intervista_Emilie Romagna).

Attivazione della procedura

Per i distretti territoriali che hanno partecipato alla ricerca, l'attivazione della procedura avviene su richiesta della Procura per i Minorenni, come da normativa, generalmente trasmessa tramite la Questura. Tuttavia, a Modena il servizio sociale comunale è attivamente coinvolto nell'avvio della procedura e può essere esso stesso richiedente presso la Procura, segnalando la necessità di avviare l'iter in casi di particolare dubbio: *"noi come servizio sociale chiediamo direttamente alla Procura di procedere rispetto all'accertamento... molte richieste su Modena sono state fatte dal servizio sociale e non dalla Questura"* (Focus Group_Parma_ Piacenza_Modena). Sempre a Modena, la procedura è formalizzata: esiste in alcuni casi una PEC dedicata, una mailing list per il coordinamento e un cloud condiviso per il caricamento di

documentazione e relazioni. Viene inoltre richiesta la delega e la presenza del tutore già prima dell'incontro, assieme alla documentazione utile raccolta dai centri.

Composizione e funzionamento delle équipe

Nei territori dell'Emilia-Romagna coinvolti nell'indagine, le équipe presentano internamente le figure professionali richieste dalla procedura: assistente sociale, psicologo, pediatra.

Il servizio sociale in alcuni distretti è esterno all'AUSL; il personale è selezionato non solo in base alla qualifica, ma anche per la sensibilità interculturale e l'esperienza con i minori migranti: "*abbiamo scelto la dottoressa *** e il dottor *** specificatamente per la loro capacità transculturale... culturalmente competenti rispetto alle conoscenze, per esempio di auxologia*" (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena). L'équipe lavora in compresenza e segue una logica interdisciplinare e sinergica. Ogni componente interviene nel colloquio secondo la propria competenza, condividendo l'osservazione in tempo reale.

Nel focus group inerente all'area territoriale di Bologna-Ferrara, è emergso che il lavoro si svolge - in alcuni casi - in giornate calendarizzate (due al mese), in cui l'intera équipe è presente per svolgere tutti i colloqui previsti. Viene così valorizzata la compresenza e il confronto sincrono tra le diverse figure professionali.

Iter procedurale e strumenti diagnostici

Nonostante ci siano delle specificità territoriali, e la presenza di territori, come Parma, in cui le 3 fasi valutative (colloquio sociale, psicologico e medico) relative all'accertamento dell'età non sono attivate congiuntamente, nella maggior parte dei casi vi è la tendenza a fare in modo che ci sia un unico incontro con tutti i professionisti coinvolti presenti.

- **Organizzazione del colloquio sociale**

Nei territori di Parma-Piacenza-Modena il colloquio sociale è la prima fase dell'incontro, avviata con la presentazione e la firma del consenso informato. Viene condotto dall'assistente sociale, con il supporto del mediatore culturale e in presenza di tutti i membri dell'équipe. L'assistente sociale guida la raccolta della storia personale, familiare e migratoria; gli altri professionisti intervengono per chiarimenti o approfondimenti, evitando ripetizioni dannose: "*è molto importante che tutti i professionisti siano a conoscenza di tutte le informazioni... questo evita che il minore debba ripetere più volte la propria storia*" (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena).

Viene valorizzata la documentazione precedente (in particolare, le relazioni dei centri e i diari di comunità) per confrontare le dichiarazioni del

minore con il racconto attuale: “*leggiamo le relazioni prima dell'appuntamento... ci permettono anche di fare un confronto delle informazioni tra la storia dichiarata all'inizio e quella successiva, durante la nostra visita*” (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena).

Talvolta, in caso di chiari elementi di vulnerabilità o se già emersi da documenti affidabili, il percorso può limitarsi alla sola fase del colloquio sociale, senza attivare il resto dell'équipe.

- Organizzazione del colloquio psicologico

Il colloquio psicologico segue immediatamente quello sociale. È svolto senza l'utilizzo di alcun test: lo psicologo si basa sull'osservazione clinica e sul dialogo. La testistica è rifiutata a priori per la sua non validità intersculturale e per il rischio di generare risultati fuorvianti: “*non esiste una testistica che restituisca un'indicazione di età anagrafica... quella consigliata in allegato al documento è follia*” (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena); “*preferirei test non verbali e non influenzati dal grado di scolarità... ma è difficile trovarne*” (Focus Group_Bologna_Ferrara).

Solo in caso di vulnerabilità cognitive emergenti durante il colloquio, può essere considerato l'utilizzo delle matrici di Raven, come misura di intelligenza fluida, ma senza alcuna funzione per determinare l'età.

- Organizzazione della visita pediatrica

Nei territori di Parma–Piacenza–Modena, tendenzialmente, la visita pediatrica è condotta alla fine dell'incontro, sempre in presenza del mediatore culturale. Si limita alla valutazione auxologica (altezza, sviluppo puberale), con strumenti riferibili alla popolazione d'origine, ma senza ricorrere alla radiografia del polso. Questa scelta è condivisa da tutti i pediatri e considerata non dirimente e culturalmente inappropriata: “*non sono mai arrivata, e non credo che arriverò mai, alla visita che comprenda la valutazione dei caratteri sessuali, né tantomeno la valutazione del polso*” (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena); “*la radiografia del polso non ha senso... le cartilagini di crescita si saldano già prima nei ragazzini stranieri*” (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena). Anche il pediatra auxologo partecipante al focus group relativo ai territori di Parma–Piacenza–Modena conferma che non esiste un metodo univoco, e che si lavora per stima compatibile, osservando lo stadio puberale e il contesto antropometrico.

- Luoghi predisposti per l'accertamento

In modo trasversale tra i diversi territori dell'Emilia-Romagna, i luoghi destinati allo svolgimento dell'accertamento dell'età vengono selezionati con l'obiettivo di offrire un contesto il più possibile protetto e non medicalizzante. Particolare attenzione è posta alla dimensione ambientale e relaziona-

le, per ridurre il carico emotivo e lo stress legato alla procedura. In presenza di situazioni di fragilità psicologica o di particolari bisogni relazionali, viene predisposto un setting personalizzato, ad esempio trasferendo il colloquio presso strutture già conosciute dal minore, come l'ambulatorio della neuropsichiatra di riferimento: “abbiamo fatto l'accertamento presso il suo ambulatorio, che è un ambiente più familiare al ragazzo” (Focus Group_Parma_Piacenza_Modena).

Le sedi utilizzate per i colloqui privilegiano spazi riservati e facilmente accessibili. Tuttavia, nel territorio di Bologna, dove l'attività si svolge presso il Pronto Soccorso pediatrico del Policlinico Sant'Orsola, il contesto può assumere una connotazione più marcatamente ospedaliera, potenzialmente percepita come più formale e distaccata.

Formazione e monitoraggio

La formazione delle équipe è articolata su più livelli: a livello regionale, sono stati attivati momenti di confronto interregionale (in particolare con il Lazio) per armonizzare le buone pratiche e rafforzare l'efficacia delle équipe multidisciplinari; a livello di azienda ospedaliera, non mancano i percorsi promossi dai Dipartimenti di Salute Mentale e anche a livello locale sono presenti incontri tra AUSL vicine, che facilitano lo scambio tra operatori.

Anche i mediatori culturali sono formati specificamente sulla condizione e sulle problematiche dei minori migranti, con momenti di aggiornamento continuo e approccio bidirezionale tra équipe e servizio mediazione.

A Bologna, la formazione avviene principalmente attraverso i corsi dedicati all'abuso e al maltrattamento minorile, organizzati per gli operatori sanitari e sociosanitari. Tuttavia, la formazione dei mediatori linguistici è segnalata come inadeguata: sono spesso interpreti generici, senza specifica preparazione per lavorare con minori o nell'ambito dei traumi dovuti alla migrazione. *“Mi serve un mediatore, non un traduttore... non hanno idea di cosa significhi lavorare con minori vittime di sevizie”* (Focus Group_Bologna_Ferrara).

A Ferrara, il piccolo numero di casi ha favorito un modello di autoformazione condivisa e interventi su richiesta, anche se si avverte l'esigenza di percorsi sistematici per i nuovi operatori.

Per quanto riguarda il monitoraggio, Parma utilizza diversi strumenti: un database interno allo Spazio Salute Immigrati; strumenti condivisi con il Comune; un tavolo interistituzionale sulle criticità minorili, dove i dati vengono incrociati tra accoglienza, servizi sociali e sanitari. A Modena è attivo un cloud riservato, condiviso da tutti i membri dell'équipe, e una tabella Excel per monitorare le richieste del territorio e le risposte fornite.

5.5 Discussione degli esiti finali della ricerca

L'analisi delle pratiche regionali per l'attuazione del Protocollo multidisciplinare finalizzato alla determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati restituisce un panorama di grande sensibilità e attenzione, ma anche di notevoli disomogeneità operative.

A emergere, da un lato, è l'impegno costante e condiviso degli attori territoriali nel costruire prassi rispettose della vulnerabilità del minore; dall'altro, la presenza di scarti significativi tra quanto previsto dalle linee guida nazionali e quanto effettivamente realizzato nei territori, spesso per necessità logistiche, carenze strutturali o deficit formativi.

Uno degli aspetti più evidenti riguarda la deroga alla struttura sequenziale del protocollo. Nella maggior parte dei territori analizzati, le équipe optano per una conduzione unitaria e contestuale delle tre fasi previste – colloquio sociale, valutazione psicologica e osservazione pediatrica – allo scopo dichiarato di evitare la ripetizione degli incontri e ridurre il carico stressogeno sul minore. Si tratta di una deroga ispirata a ragioni umanitarie e coerente con l'orientamento internazionale, volto a ridurre la cosiddetta *ri-traumatizzazione istituzionale* (UNICEF, 2018; Chase, 2013). Tuttavia, questo approccio rischia di appiattire il processo valutativo, che si svolge frequentemente in una finestra temporale molto ristretta – generalmente di due ore complessive circa – rendendo difficile un'analisi realmente multidimensionale e fondata su un rapporto fiduciario.

Nel momento in cui il colloquio con il minore assume un carattere di sintesi narrativa e giudizio clinico in un'unica occasione, si perde parte della profondità che il modello sequenziale intendeva garantire. Diversi studi sottolineano l'importanza della temporalità come variabile clinica fondamentale, soprattutto in presenza di traumi migratori e contesti di violenza pregressa (Fazel et al., 2012; Watters, 2008). Il tempo, in questo senso, non è una risorsa neutra ma un presupposto epistemologico per un'effettiva valutazione transculturale.

A ciò si aggiunge la debolezza strutturale della formazione. Molti operatori hanno seguito corsi iniziali, spesso legati a progetti specifici (progetti FAMI, I CARE, ecc.), ma manca una progettazione formativa continuativa, strutturata e condivisa. L'assenza di percorsi di aggiornamento sistematico impatta anche sulla qualità del lavoro interdisciplinare e sul consolidamento di linguaggi comuni tra figure professionali diverse. Particolarmente critica risulta la formazione dei mediatori culturali, spesso impiegati come traduttori, talvolta precari nella continuità contrattuale, e raramente formati sugli aspetti pedagogici, psicologici e giuridici del contesto in cui operano. Questa carenza rischia di compromettere la funzione di "ponte simbolico" che il mediatore dovrebbe svolgere tra il minore e le istituzioni.

Non meno rilevante è la questione dell'impiego degli strumenti psicodiagnostici. Le équipe, con motivazione condivisa, si tengono a debita distanza da test standardizzati (come la WAIS, la WISC, ecc.), denunciando la loro totale inadeguatezza transculturale. In effetti, è ampiamente documentato come tali strumenti siano stati costruiti per popolazioni occidentali, con un elevato rischio di falsi positivi o negativi nei soggetti con background migratorio (Fazel & Stein, 2002; UNHCR, 2011). Il rifiuto di tali strumenti si affianca, però, a una carenza di metodologie alternative, lasciando agli operatori una notevole discrezionalità e incrementando il rischio di valutazioni non replicabili o non argomentabili sul piano clinico.

Un ulteriore elemento critico riguarda l'assenza di sistemi di monitoraggio standardizzati. In alcuni territori esistono archivi interni o cloud condivisi tra équipe, ma non tutti i distretti ne fanno uso. L'assenza di monitoraggio, come ricordano gli approcci *evidence-based* alle politiche pubbliche (Pawson & Tilley, 1997), compromette non solo la trasparenza dell'azione amministrativa ma anche la possibilità di misurare impatto, efficacia e qualità dell'intervento.

Tuttavia, a fronte di queste criticità, le informazioni rilevate dall'indagine documentano anche pratiche significative, che testimoniano la maturazione di una cultura professionale fondata sul rispetto della dignità del minore. Il primo dato rilevante è il desiderio condiviso di non essere percepiti come spazio giudicante. Le équipe sono consapevoli che il loro parere avrà un impatto determinante sul riconoscimento della minore età, ma si sforzano di comunicare al ragazzo una funzione di tutela e accompagnamento. L'esplicitazione preliminare del senso dell'incontro, e la possibilità – sempre dichiarata – di non partecipare alla procedura, rappresentano indicatori di un orientamento rispettoso e dialogico (Bhabha, 2014).

Di particolare valore è anche la gestione del setting, che in molte realtà territoriali viene personalizzato a seconda delle condizioni del minore. Vengono scelti spazi non medicalizzanti, orari riservati (soprattutto per i ragazzi con procedimenti penali in corso), e – quando possibile – ambienti già conosciuti.

Questa cura per la dimensione ambientale e simbolica della valutazione va letta alla luce delle raccomandazioni internazionali sulla protezione dei minori migranti, che pongono l'accento sulla costruzione di contesti sicuri e culturalmente sensibili.

Tab. 2. Tabella riassuntiva dei principali punti di forza e criticità emersi nei territori oggetto di indagine

PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ E ASPETTI DA MIGLIORARE
Attenzione alla tutela del minore e alla riduzione del trauma istituzionale	Eccessiva compressione delle fasi procedurali in incontri unici e brevi (mancanza logica sequenziale del protocollo) in alcuni territori
Approccio dialogico e trasparente nel rapporto con il minore	Mancanza di formazione continuativa per operatori e mediatori in alcuni territori
Riconoscimento del mediatore come figura di mediazione culturale, non solo linguistica	Utilizzo limitato di strumenti validi e culturalmente adattati – in particolare per la valutazione psicologica - in alcuni territori
Cura nella scelta dei luoghi, degli orari e del setting per proteggere la riservatezza del minore	Assenza di un monitoraggio strutturato con strumenti specifici nei diversi distretti in alcuni territori
	Disomogeneità applicative tra territori, con pratiche non sempre allineate al protocollo nazionale

Infine, merita menzione il fatto che in nessuno dei territori indagati si ricorre sistematicamente alla visita dei genitali per l'accertamento dello sviluppo puberale. Questa prassi è evitata, proprio in virtù della consapevolezza del potenziale effetto di ri-traumatizzazione, soprattutto nei casi di violenze e abusi. Dove possibile, si opta per la valutazione auxologica e puberale osservativa, affiancata da un'analisi complessiva del contesto biografico e psicosociale del minore. Anche qui, il rispetto dell'integrità psico-fisica del soggetto è posto al centro del processo valutativo, in coerenza con i principi della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (CRC, 1989) e con i più recenti standard europei in materia di accertamento dell'età.

6. Considerazioni conclusive

Pur nella solidità metodologica dell'impianto qualitativo e nella ricchezza dei materiali raccolti, è necessario esplicitare con chiarezza alcuni limiti strutturali che connotano la presente indagine e che ne circoscrivono il raggio di validità e trasferibilità.

In primo luogo, la natura qualitativa della ricerca – per quanto accurata, riflessiva e fondata su principi di triangolazione interna – non consente di procedere a generalizzazioni statistiche né di costruire inferenze valide su scala nazionale. L'obiettivo non era infatti quello di produrre dati rappresentativi in senso quantitativo, bensì di accedere alla densità interpretativa delle prassi, restituendone la materialità, le logiche operative e le tensioni etiche che le attraversano. Come ogni approccio ermeneutico, anche questo si fonda sulla contestualizzazione delle testimonianze, che si radicano in ambiti storici, istituzionali e relazionali specifici, non replicabili né esportabili automaticamente.

In secondo luogo, la copertura territoriale dell'indagine ha riguardato un numero circoscritto di regioni – quattro – selezionate in base a criteri di differenziazione organizzativa, disponibilità alla partecipazione e rilevanza del fenomeno. Questo ha permesso di costruire un confronto ricco e articolato tra modelli diversi, ma al tempo stesso limita l'ambizione comparativa del lavoro. Altre regioni, pur caratterizzate da prassi potenzialmente rilevanti, non sono state incluse, e dunque non è possibile estendere le conclusioni della ricerca all'intero panorama nazionale senza il rischio di estensioni inappropriate.

Un'ulteriore riflessione riguarda la copertura intra-regionale: in alcune delle quattro regioni oggetto di studio, non è stato possibile raggiungere e ascoltare tutte le unità operative o distretti sanitari potenzialmente coinvolti nell'applicazione del protocollo. Le ragioni che hanno portato a questa mancanza sono molteplici: in taluni casi si è trattato di una non disponibilità al coinvolgimento da parte delle équipe locali, per ragioni organizzative, carichi di lavoro o mancanza di autorizzazione istituzionale; in altri, è emerso che in alcune aree territoriali l'accertamento dell'età non era mai stato effettuato, rendendo di fatto non pertinente la raccolta delle prassi operative o la conduzione di un focus group. Anche questa circostanza evidenzia una delle criticità strutturali del sistema: la disomogeneità applicativa del protocollo a livello sub-regionale, con territori nei quali la procedura è pienamente attuata e altri nei quali essa rimane solo formalmente prevista, ma priva di concreta operatività.

Infine, va segnalato che l'interazione tra ricercatori e operatori si è fondata su un rapporto fiduciario e collaborativo, ma resta pur sempre situata

all'interno di contesti istituzionali e professionali, nei quali possono intervenire dinamiche di rappresentazione, autocensura o reticenza, che è doveroso considerare nella lettura dei materiali. In tal senso, la ricerca restituisce una mappa interpretativa delle prassi più che una loro fotografia neutra, e si colloca nell'orizzonte delle narrazioni posizionate, consapevole del proprio sguardo e dei vincoli che lo accompagnano.

Questi limiti, lungi dal delegittimare i risultati emersi, ne rafforzano la collocazione epistemologica, invitando a considerarli come spunti per l'approfondimento, ipotesi generative, materiali per il confronto, piuttosto che come risposte definitive o normativamente prescrittive. La riflessione sulle prassi di accertamento dell'età, per la loro natura sensibile e in costante evoluzione, richiede infatti uno sguardo plurale, paziente e disposto a rimettere in discussione anche le proprie cornici di senso.

Riferimenti bibliografici

- Annoni, A. (a cura di) (2018). *La protezione dei minori non accompagnati al centro del dibattito europeo ed italiano*. Napoli: Jovane Editore.
- Aricò, R.M., & Fill, A. (2019). *Accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati tra prassi nazionale e standard internazionali: il caso dell'Italia e del Regno Unito*. "MARS -Migration, Asylum and Right of Minors", 3, 1-27.
- Barbaro, M. G. F. (Ed.) (2021). *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza: percorsi di accoglienza, presa in carico, tutela e cura*. Milano: Franco Angeli.
- Barbour, R. S. (2007). *Doing Focus Groups*. London: SAGE.
- Becker, H. S. (1996). *Tricks of the Trade: How to Think About Your Research While You're Doing It*. Chicago: University of Chicago Press.
- Benvenuti, M. (2022). *Dubito ergo iudico. Le modalità di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati in Italia*. Diritto, Immigrazione e Cittadinanza, 1, 172-195.
- Bhabha, J. (2014). *Child migration and human rights in a global age*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bianchi, L. (2019). *Imparando a stare nel disordine. Una teoria fondata per l'accoglienza socio-educativa dei minori stranieri in Italia*. Roma TrE-Press.
- Bianconi, C. (2018). "I diritti e i doveri del tutore, la responsabilità", in J. Long (a cura di), *Tutori volontari di minori stranieri non accompagnati. Materiali per l'informazione e la formazione*. Milano: Cedam-Wolter Kluwer.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bourdieu, PP. (1993). *La miseria del mondo*. Paris: Seuil.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. "Qualitative Research in Psychology", 3, 77-101.

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.

Buonsenso, D., Ceccarelli, M., Camara, B., Angelone, D., Burzio, V., La Placa, S., & Valentini, P. (2024). Age assessment of unaccompanied foreign minors: an analysis of knowledge and practices among Italian pediatricians. "Italian Journal of Pediatrics", 50, 151.

Byrne, K. (2018). *Age Assessment: The Role of Social Work*. "Child and Family Social Work", 22, pp. 1485–1492.

Campani, G., & Salimbeni, O. (2006). *La fortezza ei ragazzini: la situazione dei minori stranieri in Europa*. Milano: Franco Angeli.

Cavrić, J., Galić, I., Vodanović, M., Brkić, H., Gregov, J., Viva, S., & Cameriere, R. (2016). *Indice di maturità del terzo molare (I 3M) per la valutazione della maggiore età in una popolazione nera africana in Botswana*. "International Journal of Legal Medicine", 130, pp. 1109-1120.

CeSPI (2023). *Flussi Migratori*. "Osservatorio di politica internazionale", 48, pp. 15-50.

Council of Europe, (2020). *Age assessment for children in migration: Standards and guidance*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Crawley, H. (2007). *When is a child not a child? Asylum, age disputes and the process of age assessment*. Washington: ILPA, Immigration Law Practitioner's Association.

Cummaudo, M., Obertova, Z., Lynnerup, N., Petaros, A., de Boer, H., Baccino, E., & Cattaneo, C. (2024). *Age assessment in unaccompanied minors: assessing uniformity of protocols across Europe*. "International Journal of Legal Medicine", 138, pp. 983-995.

De Micco, F., Martino, F., De Angelis, D., Cummaudo, M., Cattaneo, C., & Campobasso, CP (2020). *Stima dell'età nei minori stranieri non accompagnati: analisi comparativa di alcuni protocolli italiani*. "Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario", 42 (3), pp. 1491-1521.

Di Rosa, R. T., Leonforte, S., Argento, G., & Gucciardo, G. (2019). *La formazione dei rifugiati e dei minori stranieri non accompagnati. Una realtà necessaria*. Milano: Vita e Pensiero.

- De Salvia, A., Calzetta, C., Orrico, M., & De Leo, D. (2004). *Third mandibular molar radiological development as an indicator of chronological age in a European population.* "Forensic Science International", 146, pp. 9-12.
- Dedouit, F., Auriol, J., Rousseau, H., Rouge, D., Crubézy, E., & Telmon, N. (2012). *Valutazione dell'età mediante risonanza magnetica del ginocchio: uno studio preliminare.* Forensic Science International, 217, 232-e1.
- Dedouit, F., Ducloyer, M., Elifritz, J., Adolphi, N., Wong Yi-Li, G., Decker, S., Ford, J., Kolev, & Y., Thali, M. (2025). *The current state of forensic imaging – post-mortem imaging.* "International Journal of Legal Medicine", 139, pp. 1141-1159.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Di Pascale A, Cuttitta C. (2019). *La figura del tutore volontario dei minori stranieri non accompagnati nel contesto delle iniziative dell'Unione europea e della normativa italiana.* "Diritto, Immigrazione e Cittadinanza", 1, pp. 1-29.
- European Asylum Support Office (EASO) (2021). *Practical guide on age assessment.* Bruxelles: Publications Office of the European Union.
- Flick, U. (2004). *Triangulation in Qualitative Research.* In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research.* London: SAGE, pp. 178-183.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2018). *Age assessment and fingerprinting of children in asylum procedures.* Bruxelles: Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/age-assessment-and-fingerprinting-children-asylum-procedures-minimum-age>.
- Galić, I., Mihanović, F., Giuliodori, A., Conforti, F., Cingolani, M., & Cameriere, R. (2016). *Accuratezza del punteggio delle epifisi dell'articolazione del ginocchio (SKJ) per la valutazione dell'età legale adulta di 18 anni.* "International Journal of Legal Medicine", 130, pp. 1129-1142.
- Galletta, A. (2013). *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication.* New York: NYU Press.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays.* New York: Basic Books.

Geserick, G., & Schmeling, A. (2011). *Qualitätssicherung der forensischen Altersdiagnostik bei lebenden Personen*. "Rechtsmedizin", 21, pp. 22-25.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing.

Guo, YC, Wang, YH, Olze, A., Schmidt, S., Schulz, R., Pfeiffer, H., & Schmeling, A. (2020). *Stima dell'età dentale basata sulla visibilità radiografica del legamento parodontale nei terzi molari inferiori: applicazione di una nuova classificazione degli stadi*. "International Journal of Legal Medicine", 134, pp. 369-374.

Hjern, A., Ascher, H., Vervliet, M. e Derluyn, I. (2018). Identificazione: valutazione di età e identità. In *Manuale di ricerca sulla migrazione minorile*. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, pp. 281-293.

Hjern, A., Brendler-Lindqvist, M., & Norredam, M. (2012). *Age assessment of young asylum seekers: A systematic review*. "Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health". 14, 30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950617/>.

Home Office (2019). *Assessing age: Guidance*. London: UK Government. <https://www.gov.uk/government/publications/assessing-age-instruction>;

Kellinghaus, M., Schulz, R., Vieth, V., Schmidt, S., Pfeiffer, H. & Schmeling, A. (2010). *Maggiori possibilità di formulare ipotesi sullo stato di ossificazione dell'epifisi clavicolare mediale utilizzando uno schema di stadiazione amplificato nella valutazione di scansioni TC a strato sottile*. "International Journal of Legal Medicine", 124, pp. 321-325.

Long J. (2018). *L'istituto giuridico della "tutela" alla prova del tempo*. "Diritto di Famiglia e delle Persone", 11, pp. 594-619.

Martone A. (2014). "Il trattamento dei minori stranieri non accompagnati", in G. Caggiano (a cura di), *I percorsi giuridici per l'integrazione: migranti e titolari di protezione internazionale tra diritto dell'Unione e ordinamento italiano*. Torino: Giappichelli, pp. 298-306.

Melting Pot Europa (2023). *L'approccio hotspot: le principali criticità*. <https://www.meltingpot.org/2023/05/lapproccio-hotspot-le-principali-criticita-e-il-loro-contrasto-giurisdizionale/>.

Micela, F. (2018). *I tutori volontari: il senso di un ruolo*. "Minorigiustizia", 3, ppp. 136-147.

- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ministero dell'Interno (2019). *Linee guida per la procedura di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati*. Roma.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Morozzo della Rocca PP. (2016). "La condizione giuridica dei minori stranieri", in C. Cottatellucci (a cura di), *Diritto di famiglia e minorile: istituti e questioni aperte*. Torino: Giappichelli, pp. 310-381.
- Morozzo della Rocca P. (2017). *Luci e ombre della nuova disciplina sui minori stranieri non accompagnati*, "Politica del diritto", 4, pp. 581-588.
- Ording Muller, L. S., Adolfsson, J., Forsberg, L., Bring, J., Dahlgren, J., Domeij, H., & Odeberg, J. (2023). *Magnetic resonance imaging of the knee for chronological age estimation—a systematic review*. "European Radiology", 33, pp. 5258-5268.
- Pavesi, A. & Valtolina, G.G. (2020). *Buone pratiche per l'accoglienza dei minori non accompagnati Sistemi di inclusione e fattori di resilienza*. Milano: Franco Angeli.
- Penasa, S. (2019). *L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati: quali garanzie? Un'analisi comparata e interdisciplinare*. "Federalismi", 2, pp. 98-115.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). *Techniques to identify themes*. "Field Methods", 15, pp. 85-109.
- Samuels, A. J. (2018). *Exploring Culturally Responsive Pedagogy: Teachers' Perspectives on Fostering Equitable and Inclusive Classrooms*. "Srate Journal", 27, pp. 22-30.

Save The Children (2024). *Mappatura sul tema dell'accertamento dell'età, la tutela volontaria e i cambiamenti nel sistema d'accoglienza. Un approfondimento in Sicilia e Friuli-Venezia Giulia*. Roma.

Schmeling, A., & Geserick, G. (2024). Forensische Altersdiagnostik bei Leben-den. In *Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 721-731.

Schmeling, A., Geserick, G., Reisinger, W., & Olze, A. (2016). *Age estimation in living individuals*. "Forensic Science International", 165, pp. 178–181.

Schmeling, A., Grundmann, C., Fuhrmann, A., Kaatsch, HJ, Knell, B., Ramsthaler, F., & Geserick, G. (2008). *Criteri per la stima dell'età negli individui viventi*. "International Journal of Legal Medicine", 121, pp. 457-460.

Schmeling, A., Reisinger, W., Loreck, D., Vendura, K., Markus, W. & Geserick, G. (2000). *Effetti dell'etnia sulla maturazione scheletrica: conseguenze per le stime forensi dell'età*. "International Journal of Legal Medicine", 113, pp. 253-258.

Schütz, A. (1962). *Collected Papers I: The Problem of Social Reality*. The Hague: Martinus Nijhoff.

Sedmak M., Sauer B., & Gornik B. (Eds.) (2018). *Unaccompanied Children in European Migration and Asylum Practices: In Whose best interest?* Routledge, London.

Swedish Migration Agency (Migrationsverket) (2020). *Medical Age Assessment Procedures in Sweden*. Stockholm: Migrationsverket. <https://www.rmv.se/medical-age-assessment/>, <https://asylumineurope.org/reports/country/sweden/asylum-procedure/guarantees-vulnerable-groups/identification/>

Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive Analysis: Theorizing Qualitative Research*. Chicago: University of Chicago Press.

Thiene, A. (2018). *Il tutore protagonista nella vita dei minori stranieri non accompagnati*, in A. Annoni (a cura di), *La protezione dei minori non accompagnati al centro del dibattito europeo ed italiano*. Napoli: Jovane Editore, pp. 111-126.

Tomasi, M. (2020). *Verso la definizione di uno statuto giuridico dei minori stranieri non accompagnati in Europa? Modelli astratti e concreti di tutela*

della vulnerabilità. "Rivista AIC", 1, pp. 519-560;

TUSLA – Child and Family Agency (2018). *Age assessment procedures for separated children seeking asylum*. Dublin.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees. (2019). *Refugee and Migrant Children in Europe Accompanied, unaccompanied and separated. Overview of Trends, January to December 2019*. New York.

UNHCR, UNICEF & IOM (2024). *Migrant and refugee children via mixed migration routes in Europe. Accompanied, Unaccompanied and Separated*. Fact Sheet. <https://www.unicef.org/eca/media/35841/file/Migrant%20and%20Refugee%20Children%20Europe%202023.pdf>.

UNICEF (2024). *9 Facts about children on the move*. Disponibile in: <https://data.unicef.org/resources/9-facts-about-children-on-the-move/>

United Nations Committee on the Rights of the Child (2019). *General Comment No. 24 (2019) on Children's Rights in the Child Justice System*. New York.

Valtolina, G.G. & Pavesi, N. (2023), Famiglie e minori ucraini in fuga dalla guerra, in ISMU, *Ventottesimo rapporto sulle migrazioni 2022*. Milano: Franco Angeli, pp. 265-275.

La presente pubblicazione è realizzata nell'ambito del programma CCM 2022 - Linea progettuale n. 7 - Progetto: *Implementazione di un modello innovativo nei percorsi di accoglienza, diagnosi prevenzione e cura, dei minori stranieri e minori stranieri non accompagnati (msna) nei servizi sanitari* - Responsabile Regione Emilia- Romagna.

ISBN 9788831443401