



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

SCUOLA GALILEIANA DI STUDI SUPERIORI

Università degli Studi di Padova
Scuola Galileiana di Studi Superiori

Classe di Scienze Sociali

Tesi di Diploma Galileiano

**Il maltrattamento minorile nella Sindrome di
Münchhausen by Proxy: problematiche della
diagnosi clinica e dell'inquadramento etico-
giuridico della figura del Pediatra**

Relatrice

Prof.ssa Luciana Caenazzo

Diplomanda

Marianna Marcon

Indice

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Introduzione | 5 |
| 2 | Definizione della MSBP e profilo del caregiver | 9 |
| 2.1 | I disturbi fittizi, la MS e la MSBP..... | 9 |
| 2.2 | Maltrattamento infantile e patologia della cura..... | 11 |
| 2.3 | Eziopatogenesi: le motivazioni del caregiver | 15 |
| 2.4 | Profilo psicologico del genitore maltrattante..... | 18 |
| 2.5 | Epidemiologia e fattori di rischio associati alla MSBP..... | 21 |
| 3 | Metodi, sfide e complessità nella diagnosi clinica..... | 25 |
| 3.1 | I diversi quadri di MSBP..... | 25 |
| 3.2 | Segni e sintomi | 30 |
| 3.3 | Protocolli per la diagnosi e utilizzo della videosorveglianza | 32 |
| 3.3.1 | Complessità e sfide nella diagnosi | 32 |
| 3.3.2 | L'utilizzo della videosorveglianza..... | 36 |
| 3.3.3 | Criteri diagnostici | 40 |
| 3.4 | Il ruolo del pediatra nella diagnosi e nel trattamento | 43 |
| 4 | Implicazioni Etiche e Medico-Legali nella diagnosi e nell'intervento | 47 |
| 4.1 | Applicazione dei principi di etica medica in ambito pediatrico: problematiche relativi ai principi di autonomia e beneficenza..... | 47 |
| 4.1.1 | Il principio di autonomia e il consenso informato..... | 48 |
| 4.1.2 | Il principio di beneficenza: best interest vs harm threshold..... | 50 |
| 4.1.3 | La consulenza di etica clinica | 53 |
| 4.2 | Il dilemma etico del medico nella diagnosi di MSBP: riflessioni sull'equilibrio tra interessi e protezione del minore ed il principio di responsabilità genitoriale..... | 55 |
| 4.3 | Quadro legislativo relativo alla denuncia e alla protezione del minore vittima di MSBP | 61 |
| 5 | Strumenti e protocolli per la prevenzione e l'intervento..... | 69 |
| 6 | Conclusioni | 75 |
| | Bibliografia | 79 |

1 Introduzione

La Sindrome di Münchhausen by Proxy (MSBP), anche nota come "Disturbo Fittizio Imposto a un'Altra Persona" (DFIAP), costituisce una forma di maltrattamento infantile in cui il caregiver induce occultamente segni e sintomi di malattia nel bambino, sia reali che immaginari. Questo fenomeno può manifestarsi sia in modo deliberato, al fine di soddisfare le necessità emotive o materiali del caregiver, sia in modo inconsapevole, quando il caregiver detiene convinzioni errate o ansie patologiche sulla salute del bambino.

La MSBP, un disturbo mentale relativamente raro, coinvolge tipicamente il caregiver primario del minore, spesso la madre biologica, che simula o induce condizioni patologiche, abusando fisicamente e maltrattando psicologicamente il bambino. Questa forma di maltrattamento infantile è classificata tra le "patologie delle cure", specificamente tra le patologie di ipercura, caratterizzate da un'eccessiva attenzione allo stato fisico del minore che porta a una persistente e dannosa medicalizzazione nei suoi confronti. La sindrome si presenta con un ampio spettro di manifestazioni, dalla mistificazione dei sintomi all'alterazione dei campioni in esame, fino alla manomissione delle strumentazioni diagnostiche. Nei casi più gravi, i sintomi vengono direttamente indotti nel minore attraverso vari mezzi, con conseguente grave rischio per la vita del bambino.

La difficoltà nella diagnosi della MSBP è influenzata dalla sua rarità e dalla scarsa conoscenza della patologia stessa. Inoltre, la maggior parte degli studi in letteratura si concentra maggiormente sulla vittima rispetto al riconoscimento e al trattamento dell'abusatore, trascurando elementi utili per la diagnosi. È importante comunque sottolineare che la MSBP non deve essere considerata esclusivamente come una diagnosi di disturbo mentale del caregiver, poiché questo può essere affetto da patologie psichiatriche, ma la presenza o assenza di tali fattori non è determinante per la diagnosi di MSBP, che è piuttosto orientata alle conseguenze sul minore vittima del maltrattamento. In questo contesto infatti, il caregiver coinvolto, una volta che il pediatra avvia un percorso diagnostico-terapeutico, potrebbe deliberatamente cercare di aggravare o mistificare il quadro di salute del bambino e, considerando anche l'alto tasso di mortalità di questa condizione, si evidenzia

quindi la necessità di un riconoscimento precoce. L'ulteriore implicazione nella definizione di questa sindrome su cui è interessante riflettere è costituita dal fatto che la MSBP non esiste in assenza della figura del pediatra, che effettua visite ed accertamenti diagnostici sul bambino vittima, condotto dal caregiver all'attenzione medica. Risulta quindi fondamentale riflettere su tale coinvolgimento che rende il pediatra al contempo sia partecipe dell'abuso, sia figura deputata all'individuazione del quadro di maltrattamento e alla sua diagnosi precoce per porre il minore in sicurezza.

La MSBP non è quindi definibile come una singola condizione medica, ma come uno spettro dal punto di vista clinico, nel cui scenario classico si intrecciano le tre figure nominate: il bambino con persistenti sintomi che sfuggono a una precisa definizione clinica, il caregiver maltrattante (tipicamente la madre biologica) e il medico, impegnato a spiegare l'eziologia di tale condizione medica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato il maltrattamento e l'abuso infantile un problema di salute pubblica, tuttavia persiste una sottostima delle violenze sul minore, dovuta a meccanismi culturali di minimizzazione e negazione del fenomeno. La MSBP rientra tra le situazioni a rischio di maltrattamento infantile, il cui riconoscimento precoce è una priorità per i professionisti sanitari. Si tratta peraltro, in questo specifico caso, di una patologia di difficile riconoscimento, in quanto il genitore maltrattante spesso sviluppa un rapporto di affiatamento e collaborazione con il personale sanitario, apparendo sollecito e interessato al percorso diagnostico, senza dimostrare reazioni negative dinanzi a complesse ipotesi diagnostiche o presunzioni sfavorevoli riguardo alla prognosi, ma anzi trovandosi a proprio agio in ambiente sanitario. Per questa ragione, spesso per la diagnosi di questa patologia è utile avvalersi di protocolli di videosorveglianza nascosta e del coinvolgimento dei social workers, pratiche ad oggi non utilizzate in Italia e invece molto utilizzate nei Paesi anglosassoni. I pediatri coinvolti nei quadri di MSBP si trovano spesso di fronte a notevoli ostacoli nella conduzione di accertamenti medici specificamente finalizzati alla diagnosi di tale sindrome. Questo è dovuto alla necessità di ottenere il consenso dei genitori o ricorrere all'intervento dell'Autorità Giudiziaria, la quale è tenuta a intervenire direttamente su segnalazione del professionista sanitario. Pertanto, i pediatri possono trovarsi di

fronte a un bivio: procedere con gli esami senza il consenso del caregiver, compromettendo così il principio di fiducia nella relazione medico-paziente e il principio di necessità del consenso del tutore legale del bambino per proteggere il minore, oppure richiedere il consenso, rischiando di scatenare comportamenti di maltrattamento che potrebbero portare alla rimozione del minore dalla famiglia, o a trasferire il minore in altra struttura sanitaria per ricominciare nuovamente l'iter diagnostico-terapeutico. E' noto infatti che i genitori coinvolti in questa sindrome tendano spesso a cercare assistenza medica presso diverse strutture ospedaliere, fenomeno noto come "fenomeno del doctor shopping". Questo solleva questioni etiche riguardanti la divulgazione di informazioni ai genitori sospettati di maltrattamenti, considerando il potenziale serio rischio per la salute del minore. Inoltre, ciò crea complessità sia dal punto di vista medico-legale che etico, riguardante la responsabilità e l'integrità professionale del pediatra coinvolto. Il contesto della MSBP solleva interrogativi sull'applicazione dei principi etici fondamentali di beneficenza, non maleficenza, autonomia e migliore interesse, quando si tratta di un minore accompagnato da un adulto maltrattante. Inoltre, emerge l'importanza della figura del consulente etico, sottoutilizzata nel sistema sanitario italiano rispetto ai Paesi anglosassoni. Il consulente etico gioca infatti un ruolo cruciale nel dare voce al bambino e nel supportare il medico nell'affrontare i dilemmi etici inerenti al benessere del minore.

La consapevolezza di tali problematiche nella gestione dei sospetti casi di MSBP deve quindi essere il punto di partenza per la pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico del minore coinvolto, tramite un approccio strutturato che consenta di bilanciare i diritti in gioco sia da un punto di vista etico che normativo.

2 Definizione della MSBP e profilo del caregiver

2.1 I disturbi fittizi, la MS e la MSBP

Per disturbo fittizio si intende uno stato psichiatrico in cui un individuo si presenta con una patologia simulata o generata intenzionalmente. In generale, si stima che circa l'1% dei pazienti ospedalieri presenti manifestazioni che soddisfano i criteri per un disturbo fittizio. Secondo il DSM-V, i disordini fittizi comprendono un ampio spettro di comportamenti patologici, tra cui la sindrome di Münchhausen è considerata una delle forme più estreme, definita come “un disturbo fittizio provocato a sé”. I criteri clinici ¹ comprendono:

- una falsificazione accertata di segni e/o sintomi, fisici o psicologici, di un infortunio o di una malattia;
- la presentazione di sé agli altri come malato, menomato o ferito;
- la possibile esistenza della finzione anche senza secondi fini;
- l'assenza di una migliore spiegazione del comportamento attuato con un altro disturbo mentale.

Un sottotipo di sindrome di Münchhausen è la sindrome di Münchhausen per procura, quindi imposta ad un altro soggetto, che coinvolge un caregiver (spesso la madre), che millanta o provoca una malattia sintomatica in un'altra persona (spesso il bambino o talvolta un anziano di cui è legalmente responsabile).

Il termine “sindrome di Münchhausen” fu per la prima volta utilizzato nel 1951 dal dott. Asher, in un articolo pubblicato su *Lancet* ², in riferimento a fantasiose e poco credibili storie cliniche fornite dai suoi pazienti. Gli improbabili dettagli raccontati erano finalizzati a creare quadri di patologia dalla presunta complessa eziologia, che coinvolgessero diversi medici in svariati centri di cura, con esecuzione di molteplici accertamenti diagnostici, senza che si arrivasse poi a porre una diagnosi. Tale prima denominazione fa riferimento al barone Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen, soldato sassone che nell'Ottocento prese parte a diverse campagne

¹ American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.). (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.

² Asher R. (1951) Munchausen's syndrome. *Lancet*, 1(6650), 339-341.

militari russe, guadagnando a fine carriera il grado di capitano di cavalleria. Al ritorno presso la sua città natale, divenne noto per i mirabolanti racconti delle sue imprese militari, immortalate anche da sculture e dipinti, che includevano episodi quali una fuga da una battaglia su di una palla di cannone e un assedio a cavallo di un destriero tagliato a metà³. La prima definizione della Sindrome di Münchhausen by Proxy è stata formulata nel 1977 dal pediatra inglese Roy Meadow⁴ nei termini di una condizione medica in cui vengono creati o proiettati sintomi o segni inventati di malattia su un figlio a carico, da parte di un genitore o di un tutore. In questo caso è il bambino a diventare vittima del comportamento simulatorio patologico. Il termine “by proxy” va a porre l’enfasi sui ruoli del perpetratore e della vittima: l’adulto ha un bisogno patologico di ricercare l’attenzione degli operatori sanitari presentando un quadro clinico ingannevole circa le reali condizioni di salute del bambino, e il bambino diventa la vittima per procura.

Da allora vi sono stati diversi sviluppi circa la terminologia utilizzata, la definizione stessa della sindrome e la sua prevalenza e gestione. Il Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) ha adottato nel 2002 la terminologia di “Fabricated or Induced Illness by Carers” (FII) mettendo in particolare risalto l’importanza di una diagnosi e di un intervento più precoci anche senza la prova di una fabbricazione deliberata da parte del caregiver⁵. La più recente definizione è stata formulata dal “The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders” prodotto dalla American Psychiatric Association (DSM-V) con il nome di Factitious Disorder Imposed on Another (FDIoA).⁶ Secondo il DSM-V, l’esordio avviene generalmente nella prima età adulta, spesso successivamente al ricovero di un figlio o di un’altra persona dipendente dall’individuo, o successivamente all’esordio di un altro disturbo mentale. Il decorso è caratterizzato da episodi intermittenti e la diagnosi viene attribuita all’abusante, non alla vittima.

³ Cozzi G. (2014) Chi era il barone di Munchausen? *Medico e Bambino*; 8: 498

⁴ Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343-345.

⁵ Royal College of Paediatrics and Child Health (2002): Fabricated or Induced Illness by Carers. *RCPCH*, London.

⁶ DSM V, op. loc. cit.

In questo caso i criteri clinici sono:

- la presenza di inganno accertato, anche in assenza di scopi secondari;
- la falsificazione di segni e sintomi (fisici o psicologici);
- l'induzione di infortuni o malattie in un'altra persona;
- la presentazione di un'altra persona (vittima) agli altri come malata, menomata o ferita;
- il fatto che tale comportamento non sia meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Risulta fondamentale sottolineare come, sebbene l'intento di provocare un danno al bambino non sia necessariamente presente in questa sindrome, per definizione, il bambino subisca un danno in questo processo, e parte di questo danno sia inavvertitamente causato proprio dal coinvolgimento medico.

La varietà di terminologia utilizzata riflette l'incertezza nel porre il focus sul comportamento e le motivazioni del caregiver, o sul danno arrecato al bambino. La seconda posizione è stata sostenuta sia dal RCHPCH che dall'American Academy of Paediatrics "per porre l'enfasi sul bambino in quanto vittima... anziché sulla condizione mentale o la motivazione del caregiver che ha causato i segni o i sintomi"⁷ e risulta oggi quella maggiormente sostenuta. Si ribadisce infatti come la diagnosi di MSBP non sia solo una diagnosi di patologia psichiatrica dell'adulto, sebbene l'adulto coinvolto frequentemente presenti disturbi di questo tipo, ma un complesso scenario in cui la vittima è il minore che subisce il maltrattamento.

2.2 Maltrattamento infantile e patologia della cura

La MSBP si inserisce all'interno del più ampio tema del maltrattamento infantile, così definito nel 2002 dall'OMS: "L'abuso o il maltrattamento sull'infanzia è rappresentato da tutte le forme di cattivo trattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza,

⁷ Flaherty, E. G., MacMillan, H. L., Committee on Child Abuse and Neglect, Christian, C. W., Crawford-Jakubiak, J. E., & Sege, R. D. (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*, 132(3), 590-597.

allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere"⁸, affermando di poterlo definire come un vero e proprio "problema di salute pubblica". Tale fenomeno risulta spesso difficile da diagnosticare a causa dei processi culturali di negazione e minimizzazione della questione, in quanto si riscontra solitamente in ambito familiare, spesso mantenendosi inesplorato e invisibile.

In ambito medico, il maltrattamento infantile è definito come un'azione o l'assenza di un'azione da parte di un genitore o di un tutore (caregiver) che determini la morte, un danno, un abuso sessuale o un rischio imminente di danno. Tali quadri sono il risultato di una complessa interazione tra l'individuo, la famiglia e fattori di rischio sociale e possono causare problemi psichici, mentali e dello sviluppo già a breve termine e in casi estremi risultare fatali. Nell'ambito del maltrattamento si distinguono gli atteggiamenti "commissivi", come le violenze di ordine fisico, sessuale e psicologico, e quelli "omissivi", associati alla mancata assistenza emotiva e materiale da parte dei genitori.

La patologia delle cure fa invece riferimento a quelle che sono le modalità non consone con cui un genitore può occuparsi dello sviluppo del bambino o meglio "quelle condizioni in cui i genitori e le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e psichici in rapporto al momento evolutivo e all'età"⁹. Questa patologia si manifesta nelle aree riguardanti: salute, educazione, sviluppo affettivo, nutrizione, protezione e in generale quanto riguarda il garantire al bambino condizioni di vita sicure. La patologia della cura è quindi l'insieme dei comportamenti secondo cui i genitori o tutori legali del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e/o psichici, di crescita e di salute. Tra le cure patologiche si distinguono: l'incuria, ovvero l'inadeguata concessione di cure fisiche/psichiche, la discuria, ovvero quando le cure risultano distorte o inadeguate, e l'ipercura, ovvero la sproporzione delle cure

⁸ Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. Geneva. World Health Organization. (2002). *Violence and health: A report for World Health Day*.

⁹ Montecchi, F. (1998). *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini: Prevenzione e individuazione precoce*. Milano, Franco Angeli.

stesse¹⁰. L'ipercura è caratterizzata da cure eccedenti a quella che è la reale condizione fisica e psicologica del bambino, con una costante e deleteria medicalizzazione. La diagnosi non è semplice, in quanto è talvolta difficile delimitare il confine tra quella che è una normale preoccupazione per la salute del minore e quella che è una preoccupazione con carattere patologico. La forma più grave di ipercura è proprio la MSBP¹¹, in cui si verifica la costruzione fittizia di patologia in un bambino sano da parte di un adulto, solitamente il caregiver primario, attraverso la produzione di racconti non veritieri o talvolta anche di false prove.

La falsificazione della malattia viene attuata sia tramite la simulazione della patologia (imitazione del quadro sintomatologico della malattia, anamnesi non veritiera), sia per mezzo della fabbricazione della malattia (produzione della patologia nel bambino). In ogni caso, nel quadro di questa sindrome, la maggior parte dei danni causati al bambino è di tipo iatrogeno, dovuta quindi all'esecuzione di accertamenti diagnostici e all'avvio di terapie non necessarie in risposta al quadro presentato dal caregiver. Non si deve però dimenticare che un'altra grande componente di danno al bambino avviene nella forma di abuso emotivo e abbandono da parte del caregiver, in quello che si configura nei termini di una situazione di maltrattamento¹². Parte del danno è causato anche dal fatto che il comportamento del caregiver è principalmente orientato al continuare le indagini ed ottenere una diagnosi e non al fornire un supporto riabilitativo che ripristini la salute del bambino. Il bambino può inoltre diventare vittima di non necessarie restrizioni sulla base dei sintomi riportati, sebbene non vi siano oggettive evidenze mediche di malattia.

¹⁰ Boni, S. (2015). Minori e patologie delle cure. *Psico&Patologie*, 6(4).

¹¹ Trovato, A. (2008). Abuso infantile e Sindrome di Münchhausen per Procura. *Presentazione presso l'8° Corso di Formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense, organizzato dall'Associazione Italiana Psicologia Giuridica, Roma.*

¹² McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57-61.

Si possono quindi individuare i seguenti tipi di danno, sia che essi siano provocati direttamente dal caregiver o indirettamente tramite il coinvolgimento medico:

- *danni relativi alla salute del bambino*

Il bambino viene sottoposto a ripetuti e non necessari accertamenti diagnostici, procedure anche invasive e non esenti da rischi, trattamenti sanitari dotati di effetti collaterali non giustificabili da un potenziale beneficio clinico, spesso necessitando di ricovero presso le strutture ospedaliere. In questo contesto di patologizzazione, altre condizioni mediche reali potrebbero essere trascurate a causa delle ripetute presentazioni dei sintomi fittizi. Nel quadro di simulazione il bambino potrebbe essere privato dal caregiver di una corretta alimentazione o terapia farmacologica al fine di riprodurre una sintomatologia fittizia o di interferire con il risultato degli accertamenti diagnostici. Inoltre, nei casi più gravi, il bambino potrebbe essere vittima di un vero e proprio stato di malattia indotto dal caregiver con svariate modalità in seguito meglio esplicitate.

- *danni relativi alla vita quotidiana del bambino*

Il minore spesso viene costretto a una riduzione della frequenza scolastica e della partecipazione ad attività educative, oltre che ad una restrizione delle normali attività quotidiane. Talvolta viene costretto ad assumere il ruolo di malato anche tramite l'utilizzo di presidi sanitari (es. trasporto su sedia a rotelle).

- *danni relativi al benessere psicologico del bambino*

I minori coinvolti in questo quadro di maltrattamento rischiano maggiormente di sviluppare quadri di attaccamento insicuro, ansia, confusione e preoccupazione circa il proprio stato di salute e la propria vulnerabilità. Corrono il rischio di interiorizzare le credenze del genitore circa il proprio compromesso stato di salute, arrivando quindi anche a colludere con la presentazione dei sintomi. La sensazione di intrappolamento nel ciclo di fabbricazione può infatti condurre allo sviluppo di un disturbo somatoforme, ovvero ad un'inconscia e involontaria produzione di sintomi fisici, con associati alti livelli di ansia e angoscia.

2.3 Eziopatogenesi: le motivazioni del caregiver

Il fine principale nella diagnosi di questa patologia è sicuramente proteggere il bambino dalla situazione di maltrattamento ma, per una diagnosi precoce, risulta anche efficace comprendere approfonditamente le caratteristiche del perpetratore al fine di individuarlo precocemente, anziché focalizzarsi solamente sui singoli casi riguardanti le vittime.

La MSBP inevitabilmente coinvolge sia il caregiver che il bambino. Il caregiver primario maltrattante è nella maggior parte dei casi la madre¹³, mentre i padri o i caregiver maschi sono solo raramente coinvolti¹⁴ e in questi casi possono colludere o essere posti in secondo piano da parte della madre “esperta”, o essere più frequentemente assenti e ignari dell’abuso. Molto raramente sono coinvolti in questo quadro caregivers che non abbiano un legame parentale con il bambino. Dei 117 casi studiati da Rosenberg nella sua revisione della letteratura circa la MSBP¹⁵, sono descritti 97 abusatori, che nel 100% dei casi sono le madri, e all’interno di questi casi un 2% sono madri adottive e nell’1,5% si verifica una collusione paterna dopo la scoperta dell’inganno della madre. L’articolo di Yates e Bass¹⁶ indica invece un 95,58% di madri responsabili, seguito da un 1,77% di padri e un 2,65% indicato come “altro”. Risulta interessante anche il dato relativo all’età media degli adulti maltrattanti, che appare relativamente bassa, attestandosi all’incirca sui 27,6 anni.

Il 45,55% degli autori di questi abusi viene descritto come generalmente o specificamente coinvolto nell’ambito sanitario; nello studio di Rosenberg questo alto tasso di caregivers appartenenti alle professioni sanitarie è confermato dall’individuazione di un 27% di infermieri come soggetti abusanti. Alcuni studi affermano invece il contrario riguardo a questo genere di dati, ad esempio lo studio

¹³ Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Münchhausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.

¹⁴ Meadow, R. (1998). Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 210-216.

¹⁵ Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547-563..

¹⁶ Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Münchhausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, 72, 45–53.

“La Sindrome di Münchhausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza”¹⁷: nel questionario fornito ai professionisti sanitari delle Unità Operative del Pronto Soccorso di quattro ospedali nel sud Italia, alla domanda “se secondo loro le madri possedevano conoscenze mediche o infermieristiche” il 77,4% (24/31) ha risposto negativamente.

Per quanto riguarda le tipologie di adulti maltrattanti affetti da MSBP, è possibile identificarne due,¹⁸ ovvero: i caregiver simulatori, che ingannevolmente millantano o inscenano segni e/o sintomi di una patologia non presente, e i caregiver che attivamente causano sintomi e/o segni di una condizione patologica. Secondo studi come lo “Psychological Aspects of Factitious Disorder”¹⁹, la sfida nel trattare i pazienti con disturbo fittizio è data anche dal fatto che l'eziologia del disturbo rimane poco chiara. Alla base di questo disturbo si individuano: affetti disturbati durante l'infanzia, interruzione dei legami infantili, trasferimento intergenerazionale, conflitti d'identità personale, scarsa identità di sé, malattia somatica come forma di attività masochista, conflitti intrapsichici, difese intrapsichiche, il bisogno di attenzioni e cure, il senso di controllo derivante l'inganno. È inoltre accertato che l'abuso e la trascuratezza nell'infanzia aumentino le probabilità che il bambino diventi anch'esso un abusante. Un soggetto con storia di abusi, neglect e ambienti infantili instabili soffre di bassa autostima e non sviluppa un forte senso del sé. Sperimentare la mancanza di controllo da bambino può quindi portare a inventare poi la propria storia clinica o quella dei figli per ritrovare un senso di controllo.

Si possono dividere in due categorie i presupposti per cui il caregiver può aspirare al riconoscimento e trattamento del bambino come malato, o più malato e affetto da

¹⁷ Carriero, M. C., Lupo, R., Santoro, P., Simone, F., De Mitri, O., Calabrò, A., Ferramosca, F. M. P., Donadio, C., & Carvello, M. (2020). La Sindrome di Münchhausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza. *NSC Nursing*, 3(2), 23-55.

¹⁸ Hall, D. E., Eubanks, L., Meyyazhagan, L. S., Kenney, R. D., & Johnson, S. C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics*, 105(6), 1305-1312.

¹⁹ Jafferany, M., Khalid, Z., McDonald, K. A., & Shelley, A. J. (2018). Psychological aspects of factitious disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*, 20(1), 17nr02229.

disabilità di quanto lo sia realmente: i casi strumentali ad un guadagno del caregiver e i casi legati a convinzioni patologiche del caregiver stesso.

Nella prima categoria di casi, il bambino risulta strumentale al guadagno del caregiver in termini di:

- soddisfare la necessità di attenzioni del caregiver, per esempio nei disordini di personalità²⁰;
- garantire il possibile ottenimento di benefici materiali o finanziari (es. sussidi per la disabilità);
- sollevare il caregiver dall'essere responsabile per le difficoltà nell'educazione del bambino o per i problemi di comportamento di quest'ultimo, quindi come meccanismo di difesa intrapsichica;
- fornire l'opportunità di mantenere uno stretto rapporto di vicinanza con il bambino;
- giustificare con l'evidenza della presenza di una condizione medica i propri sentimenti di negatività/delusione verso il bambino che non riesce a soddisfare le aspettative in ambito familiare e sociale.

Nella seconda categoria di casi, il caregiver è detentore di convinzioni fallaci, sentimenti di ansia estremi e preoccupazioni riguardo allo stato di salute del bambino, fino ad arrivare a danneggiare il bambino stesso. Raramente tali convinzioni sono anche propriamente deliranti o associate a disordini dello spettro autistico nel caregiver²¹. In queste situazioni non è solitamente presente un inganno deliberato nei confronti dei professionisti sanitari.

In entrambi i contesti, sia la soddisfazione dei bisogni del caregiver che il mitigare le sue preoccupazioni per il bambino necessitano del coinvolgimento del medico. Tale coinvolgimento può riguardare il confermare le convinzioni del caregiver riguardo alla salute del bambino o l'avviare ulteriori indagini e trattamenti allo scopo di fornire rassicurazioni ai genitori e alleviare i sintomi riportati.

Quindi talvolta i comportamenti del caregiver sono causa diretta di danno al bambino, mentre altre volte causano un danno iatrogeno tramite il coinvolgimento

²⁰ Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *British Journal of Psychiatry*, 199, 113-118.

²¹ Bass, C., op. loc. cit.

medico. La MSBP è in ogni caso riconosciuta quando è presente l'evidenza che il bambino abbia subito un danno, causato dai comportamenti o dalle preoccupazioni del caregiver, a cui possono essere sottese le differenti motivazioni sovraesposte. Nei quadri di MSBP può essere presente o meno un deliberato inganno da parte del caregiver, ma dal punto di vista clinico e giuridico è fondamentale mettere in risalto come l'effetto dannoso sul bambino sia presente a prescindere da questo elemento.

2.4 Profilo psicologico del genitore maltrattante

In generale la letteratura scientifica riporta che nell'85% dei casi il caregiver coinvolto nel maltrattamento è la madre biologica della vittima²² mentre, in questo quadro patologico, il padre gioca solitamente un ruolo interamente passivo e non operante.

I report psichiatrici che esaminano la figura del caregiver coinvolto individuano un tipo di attaccamento insicuro nell'85% delle madri coinvolte²³. Nella review condotta da Bass et al ²⁴ vengono rilevati un disturbo somatoforme nel 57%, un disturbo fittizio nel 64% e una pseudologia fantastica nel 61%. Sono molto comuni tra i perpetratori anche i disordini di personalità, quali: antisociale, borderline, istrionico o narcisistico²⁵. Questo elemento si ritrova anche negli adulti stessi affetti da Sindrome di Münchhausen, peraltro nell'80% dei casi le madri maltrattanti nella MSBP hanno precedentemente fabbricato su loro stesse sintomi patologici in un precedente periodo della loro vita²⁶. Ancora per quanto riguarda la psicopatologia, nel 30,9% dei casi gli abusatori risultano affetti da MS, e a seguire vi è un 18,6%

²² Shaw, R. J., Dayal, S., Hartman, J. K., et al. (2008). Factitious disorder by proxy: Pediatric condition falsification. *Harvard Review of Psychiatry*, 16, 215-224.

²³ Adshead, G., & Blunglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behavior by proxy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 328-333.

²⁴ Bass. C., op. loc. cit.

²⁵ Meadow, R., op. loc. cit. ; Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 225-238.

²⁶ Morrell, B., & Tilley, D. S. (2012). The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 328-335.

con disturbo di personalità, un 16,3% con “altri disordini psichiatrici”, un 14,2% con depressione, un 14,2% che abusa di sostanze e/o alcol, un 9,2% con mitomania, un 8,6% in cui si è verificato autolesionismo e/o ideazione suicidaria, un 7,1% con somatizzazione. Ansia, depressione e psicosi risultano un fattore parentale nell’eziologia della MSBP²⁷. Nello studio di Rosemberg, in 12 dei 117 casi è stato descritto un tentato suicidio da parte del caregiver.

Un dato che assume fondamentale importanza è la storia clinica e personale. Dalla letteratura emerge infatti che un 30% di abusanti ha una storia di maltrattamento infantile e un 23,5% ha un passato di complicazioni ostetriche. Un altro dato che appare rilevante è che il 7,2% dei casi include un abuso relazionale e, in questo caso, l’abuso sul bambino può quindi comportare una ri-vittimizzazione in età adulta²⁸.

La dinamica psichica materna comprende alcuni strumenti difensivi, al contrario del mondo esterno percepito come rischioso e pericoloso, affiancati dalle finalità iperprotettive nei confronti del figlio. Quest’ultimo viene ritenuto fragile ed indifeso, inabile a proteggersi da solo e percepito in una sorta di simbiosi e di regressione che contrasta la sua separazione ed identificazione. Pertanto, questa iperprotettività si presenta ambigualmente: da una lato fa riferimento al legame sentimentale materno nei confronti del bambino, dall’altro vi è una percezione distorta del figlio che viene leso tramite l’induzione di una malattia e la protratta persecuzione terapeutica²⁹. Tale iperprotettività affonda inoltre le sue radici nella sensazione di inadeguatezza come persona e genitore, con sensazioni di rimorso e inferiorità che portano la madre a perseverare riguardo la patologia del figlio. L’insistenza volta a giungere ad un riscontro diagnostico, che in contesti normali potrebbe essere espressione di adeguata preoccupazione della madre per l’incolumità del figlio, si dimostra in questi casi un’eccessiva apprensione,

²⁷ Eminson, D. M., & Postlethwaite, R. J. (1992). Factitious illness: Recognition and management. *Archives of Disease in Childhood*, 67(12), 1510-1516.

²⁸ Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452-1471.

²⁹ Montecchi, F. (2005) Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. *Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, Milano, Franco Angeli.

accompagnata da continui e repentini spostamenti tra ospedali e specialisti. Le madri affette da MSBP sono infatti anche spesso caratterizzate dal fatto di essere “itineranti sanitarie”³⁰, per l’esigenza di ricercare progressivamente nuovi ambienti ospedalieri dove la loro storia clinica possa avere credibilità. Abbandonando raramente il letto del figlio, la madre o il caregiver appare particolarmente devoto, abnegante e compliante, pur essendo in realtà preoccupato più del rapporto con i medici che della malattia del figlio. Tale tipo di caregiver si trova a proprio agio nel setting ospedaliero, non dimostra perturbazione emotiva nemmeno nel ricevere diagnosi angoscianti. Si dimostra quasi entusiasta alla proposta di effettuare ulteriori esami diagnostici e descrive con trasporto la grave situazione del bambino e il proprio impegno a riguardo. Questa figura generalmente ricerca l’attenzione, l’empatia, il riconoscimento e l’ammirazione altrui. Secondo la letteratura, i perpetratori della MSBP hanno spesso un vero e proprio training in ambito sanitario o sono comunque fortemente interessati all’ambito medico. Solitamente sviluppano un buon rapporto, di cordialità e amicizia, con il personale sanitario, specialmente con i membri più giovani.

La caregiver maltrattante monitora in modo attento la malattia del figlio, assistendolo durante esami, visite mediche e ricoveri; il padre al contrario è tipicamente assente, emotivamente e fisicamente distante dalla famiglia, o presente solo in brevi sostituzioni della moglie e, per meccanismo di difesa personale, tende a disconoscere la possibilità di una situazione di abuso materno sul figlio. Si ritiene al contempo del tutto estraneo alla vicenda, specie per quanto riguarda la creazione del quadro patologico, a sua volta provocando ritardi nella diagnosi e finendo per divenire complice della finzione facilitando il comportamento della madre maltrattante³¹. Questa assenza del marito e le difficoltà relazionali potrebbero rientrare tra i moventi dell’azione maltrattante; è in ogni caso necessario coinvolgere il padre nelle operazioni mediche sul bambino, soprattutto qualora ci fosse incertezza sulla diagnosi. Infatti anche il padre gioca un ruolo nell’abuso, non praticando un’azione maltrattante, ma facilitandola dal momento che non ne riconosce il verificarsi e non si pone domande sullo stato di salute del figlio. Dopo

³⁰ Rossi, R., & Giberti, F. (1996). *Trattato di psichiatria*. Piccin Vallardi.

³¹ Morrell B., op. loc. cit.

la diagnosi, la maggior parte degli uomini comunque collabora e risponde bene alle terapie di supporto, e alcuni mantengono anche la custodia del figlio³².

2.5 Epidemiologia e fattori di rischio associati alla MSBP

L'incidenza della MSBP è difficilmente stimabile a causa della mancanza di studi epidemiologici aggiornati e affidabili. Le stime variano da uno 0.4/100'000, riportato da uno studio inglese dei primi anni '90³³ a un 2/100'000 riferito addirittura come sottostima da un successivo studio neozelandese³⁴. In Italia, uno studio epidemiologico condotto al Policlinico Gemelli tra il 2007 e il 2010 ha individuato 4 casi di MSBP su 751 ricoveri pediatrici urgenti, riportando quindi un'incidenza stimata dello 0.53%³⁵.

Un altro settore da analizzare riguarda i fattori di rischio, considerati come le situazioni che incrementano le probabilità che possa verificarsi l'evento abusante.

Non si identifica un genere principale tra le vittime, infatti maschi e femmine sono in egual misura abusati. Secondo i dati di Sheridan³⁶ e Rosemberg³⁷ emerge l'interessante fatto che, nei pochi casi in cui l'abusatore è il padre, le vittime sono perlopiù maschi. Per quanto riguarda l'età delle vittime, va in media dai 14 mesi ai 2,7 anni, e per la diagnosi sono mediamente necessari 48,6 mesi secondo Sheridan e 39,8 mesi secondo Rosemberg. L'etnia non viene generalmente considerata in questi studi ma, nei casi in cui sono disponibili tali informazioni nei dati esposti da Sheridan, le vittime risultano essere nel 78,79% dei casi caucasiche. Tale dato deve

³² Lacey, S. R., Cooper, C., Runyan, D. K., & Azizkhan, R. G. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Patterns of presentation to pediatric surgeons. *Journal of Pediatric Surgery*, 28(6), 827-832.

³³ McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57-61.

³⁴ Denny, S. J., Grant, C. C., & Pinnock, R. (2001). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 240-243.

³⁵ Ferrara, P., Vitelli, O., Bottaro, G., Gatto, A., Liberatore, P., Binetti, P., & Stabile, A. (2013). Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 366-374.

³⁶ Sheridan M. S. (2003), op. loc. cit.

³⁷ Rosenberg D. A. (1987), op. loc. cit.

però essere considerato anche alla luce del fatto che gli studi sono stati effettuati negli USA e in Europa. I bambini nati con problematiche quali prematurità, malformazioni congenite o disabilità risultano generalmente a più elevato rischio di abuso per via dei maggiori livelli di stress imposti sui genitori che se ne occupano³⁸.

Un altro dato rilevante è dato dal fatto che anche i fratelli delle vittime sono spesso maltrattati, nello studio “Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment”³⁹ si evidenzia come il 25% dei fratelli delle vittime sia deceduto e il 61,3% abbia avuto patologie simili a quelle simulate nei fratelli. Questo dovrebbe portare i pediatri a porre particolare attenzione ai casi in cui ad esempio ricorrono in famiglia episodi di morte infantile sospetta o identificati come SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), considerando che la possibilità che tale evento si verifichi addirittura due volte è di circa 1/1.000.000.

Per quanto riguarda il tasso di mortalità, Rosenberg nel suo lavoro individua un tasso di morbilità a breve termine del 100%, un tasso di morbilità a lungo termine dell’8% e un tasso di mortalità del 9%. Nella review di Sheridan i risultati emersi sono simili: il 6% delle vittime risulta morto e il 7,3% affetto da un danno a lungo termine o permanente. Tali dati ricevono un’importante conferma da parte dell’American Academy of Pediatrics (2013), che conferma un tasso di mortalità che va dal 6% al 9% e una stessa percentuale per quanto concerne le lesioni a lungo termine e/o permanenti. Un altro dato di notevole interesse nello studio condotto da Rosenberg è dato dal fatto che, nel 75% dei casi, la morbilità non è causata solamente dai caregiver responsabili, ma anche dal personale medico, mentre nel 25% dei casi è procurata solamente dal personale medico a causa delle non necessarie indagini e procedure messe in atto. Tutte le 10 morti riportate (9%) sono avvenute per mano delle madri: 4 delle 10 madri risultavano avere una formazione infermieristica, e una madre era un’assistente sociale. Per quanto riguarda gli abusi associati, nei 117 casi esaminati, è stato individuato un 1% di abusi sociali, un 1% di abusi fisici e un 14% di casi di mancato sviluppo, probabilmente dovuto dalla malattia cronica indotta dal caregiver. Alcune ricerche hanno evidenziato come,

³⁸ Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs.* 2004 Aug;9(8):332-8.

³⁹ Flaherty, E. G., op. loc. cit.

diverse volte, tali situazioni possano concludersi con la duplice morte sia della madre che del figlio. I motivi del suicidio possono essere correlati alle varie problematiche relative all'impossibilità di condurre con tenacia tale simulazione, alla sofferenza subentrata dopo la morte del figlio e alla consapevolezza nei riguardi della violenza.

Molti dei bambini vittime di questa sindrome sono, o sono stati affetti, da reali condizioni organiche. In ogni caso, la caratteristica rilevante dal punto di vista pediatrico è che il bambino viene presentato come malato o affetto da disabilità, ma la valutazione medica porta poi a concludere che non esiste un quadro di malattia o sindrome a regolare eziopatologia che possa spiegare tale presentazione clinica.

3 Metodi, sfide e complessità nella diagnosi clinica

3.1 I diversi quadri di MSBP

La MSBP può presentarsi con una grande variabilità di segni e sintomi di malattia, tanto che già nel 1993 erano descritte ben 105 diverse modalità cliniche di presentazione⁴⁰, lo spettro delle manifestazioni va da moderate a molto severe ed essenzialmente sono presenti due tipologie di situazioni, che saranno illustrate in questo capitolo: la simulazione di segni e sintomi di malattie non presenti o l'esagerazione degli stessi nel caso in cui la patologia sia presente, oppure l'induzione vera e propria del quadro patologico. Dopo la review del 2003 di Sheridan, che descriveva 451 casi di MSBP, ci sono stati moltissimi altri *case reports*. La maggior parte ha descritto casi con una presentazione clinica nuova o inusuale, sebbene non ci sia stata un'identificazione di nuovi pattern significativi.

Secondo il report di Sheridan su 451 casi, i metodi più comuni di produzione dei sintomi sono: soffocamento (74 casi), somministrazione di farmaci (43 casi) e avvelenamento (22 casi). L'apnea è il sintomo più comune riportato nelle vittime decedute. Invece, i sintomi più reiterati tra le vittime sono: apnea (26,8%), anoressia/problemi di alimentazione (24,6%), diarrea (20,0%), convulsioni (17,5%), cianosi (11,7%), disturbi del comportamento (10,4%), asma (9,5%), allergia (9,3%), febbre (8,6%) e dolore non altrimenti specificato (8,0%). Convulsioni, diarrea, apnea e febbre appaiono anche tra i più comuni sintomi nella prima review condotta da Rosemberg nel 1987.

L'abuso mediante falsificazione dei sintomi psicologici sembra invece essere considerevolmente più raro rispetto agli abusi fisici. In questi casi, le falsificazioni dei sintomi possiedono un potenziale fondamento di veridicità, però vengono portate all'esasperazione⁴¹. Altri casi coinvolgono anche false accuse di abusi

⁴⁰ Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: The case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 537-549.

⁴¹ Ayoub, C. C., Alexander, R., Beck, D., Bursch, B., Feldman, K. W., Libow, J., Sanders, M. J., Schreier, H. A., Yorker, B., & APSAC Taskforce on Munchausen by Proxy, Definitions Working Group. (2002). Position paper: Definitional issues in Munchausen by proxy. *Child Maltreatment*, 7(2), 105-111.

sessuali su minori, da parte delle madri affette da MS, sempre con l'obiettivo di ricercare attenzione e ottenere un riconoscimento da parte delle figure in ambito sanitario.

La diagnosi di MCA è spesso difficile, con un tempo medio dall'esordio dei sintomi alla diagnosi di 21,8 mesi riportato nella più ampia revisione della letteratura⁴². La disponibilità di molteplici test e procedure mediche, il "doctor shopping", i sintomi soggettivi resistenti al trattamento e il desiderio della professione medica di escludere tutte le potenziali cause mediche sono alcune delle ragioni che provocano il ritardo diagnostico. Questo ritardo può comportare una significativa morbilità e, come prima esposto, fino al 6% dei casi, la morte.

I comportamenti dannosi del caregiver sono direttamente o indirettamente finalizzati a persuadere i dottori a sottoporre il bambino a indagini diagnostiche e trattamenti che portino a una diagnosi che confermi l'ipotesi e la posizione del caregiver stesso. Queste azioni si esplicano in una delle seguenti modalità⁴³:

- "Esagerazione dei sintomi"

Nel quadro più frequente di MSBP, il caregiver mistifica (volontariamente o non volontariamente) quanto viene riferito circa l'anamnesi, i sintomi e i segni, talvolta coinvolgendo anche il bambino in tale racconto. Il racconto può includere esagerazioni, fraintendimento di sintomi reali ma non patologici nel bambino, sintomi inventati, alterazioni dei nessi di causa ed effetto. Molti di questi casi nascono da un iniziale reale problema medico, per cui il bambino potrebbe avere una diagnosi. Con il tempo poi, si sviluppano sintomi insoliti o inspiegabili che persistono o evolvono nonostante un ragionevole percorso diagnostico e terapeutico, creando l'impressione che stia sfuggendo qualcosa nell'inquadramento della condizione medica patologica. Solitamente vengono riportati sintomi quali: comportamenti appartenenti allo spettro autistico, dolore, allergie, crisi epilettiche, problematiche gastrointestinali quali difficoltà di alimentazione, dolore addominale

⁴² Sheridan M. S. (2003), op. loc. cit.

⁴³ Squires, J. E., & Squires, R. H. (2013). A review of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Annals*, 42(4), 67-71.

e stipsi. Il caregiver potrebbe anche insistere sul nome di una diagnosi anche se questa non è ancora stata confermata da un medico; questo accade spesso per sindromi di difficile o lunga diagnosi quali alcune mitocondriopatie o malattie del collagene. Tipicamente il caregiver insiste per ottenere una diagnosi e, sulla base del presupposto di malattia, potrebbe limitare le attività quotidiane del bambino inclusa la frequenza scolastica. Il focus parentale sulla condizione di malattia del bambino ha un inevitabile riflesso sul bambino stesso, che potrebbe progressivamente sviluppare un pensiero ansioso al riguardo o convincersi del proprio stato di malattia. In questo senso il genitore perpetra un danno diretto a carico del bambino nella forma di abuso emozionale, e un danno indiretto tramite il coinvolgimento medico. Infatti il medico stesso è portato ad effettuare ulteriori accertamenti con un'escalation terapeutica che risulta dannosa per il bambino, motivo per cui questa specifica forma di MSBP viene anche definita Medical Child Abuse (MCA) inteso come: "cure mediche non necessarie e dannose, o potenzialmente dannose, attuate per iniziativa del caregiver"⁴⁴.

- "Collusione diretta"

Nei quadri più gravi e più rari, il caregiver collude direttamente con le indagini diagnostiche contaminando i campioni biologici raccolti, alterando lo svolgimento degli accertamenti diagnostici, falsificando i documenti clinico-sanitari o evitando di somministrare cibo e farmaci⁴⁵ e in questo caso si parla di "fabbricazione e falsificazione", o ancora provocando direttamente segni e sintomi di malattia nel bambino ad esempio somministrando agenti esogeni, e in questo caso si parla di "lesioni occulte". Tali azioni sono finalizzate a rafforzare le posizioni del caregiver circa lo stato di malattia del bambino. La malattia non viene indotta nel bambino con l'obiettivo primario di danneggiarlo, ma finisce inevitabilmente per danneggiare il suo stato di benessere in modo indiretto o diretto e in tutte queste azioni è sottinteso un inganno. Nei quadri di intervento diretto del caregiver

⁴⁴ Roesler, T., & Jenny, C. (2008). Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy. *American Academy of Pediatrics*.

⁴⁵ Gray, J., & Bentovim, A. (1996). Illness induction syndrome: Paper I--a series of 41 children from 37 families identified at The Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 655-673.

nell'indurre la malattia con lesioni occulte, una delle modalità di abuso più frequenti è data dalla somministrazione sottocute o endovena di agenti esogeni quali: insulina, warfarin, mercurio, sale, alimemazina, idrossido di sodio⁴⁶, ma anche lassativi per simulare diarrea o sostanze irritanti poste sulle ferite per provocarne suppurazione o reazioni da corpo estraneo. Negli ultimi decenni si è registrato un aumento dei casi di avvelenamento segnalati dalla letteratura, che forse si può però spiegare anche alla luce degli avanzamenti nel campo delle analisi tossicologiche. Anche lesioni tipo bruciatura o livido possono essere provocate al fine di simulare disordini della coagulazione o stati di immunodeficienza. Un'altra frequente modalità prevede l'inserzione di corpi estranei nell'uretra o attraverso le fontanelle del lattante⁴⁷. Sono invece diminuite le segnalazioni dei casi in cui emergevano crisi epilettiche, apnee e sanguinamenti gastrointestinali. Un altro esempio fin troppo comune è dato dai casi di somministrazione esogena di insulina, con la conseguente produzione nel bambino di un quadro di ipoglicemie persistenti che si presentano con: cefalea, pallore, sudorazione, nausea e offuscamento del campo visivo, senza che siano presenti alterazioni neurologiche o malattie sistemiche⁴⁸. Per questo motivo nei casi di ipoglicemia di non chiara eziologia risulta fondamentale il dosaggio del peptide C, che risulta basso nei casi in cui l'iperinsulinismo sia dovuto a iniezione esogena. Nel caso della fabbricazione e falsificazione dei sintomi, di frequente, si riscontra anche la contaminazione di campioni biologici, ad esempio i campioni di raccolta di urine o feci che vengono contaminati con coloranti o sangue al fine di simulare condizioni quali ematuria o ematochezia. Sebbene inizialmente questa condizione non compaia nella diagnosi differenziale che il medico effettua, il sospetto dovrebbe emergere nel caso in cui l'anamnesi non risulti compatibile con i reperti oggettivi (ad es. se vengono riferiti molteplici pannolini pieni di sangue senza che ci sia nessuna alterazione nell'ematocrito o nei parametri vitali). Per

⁴⁶ Davis, P., Murtagh, U., & Glaser, D. (2019). 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. *Archives of Disease in Childhood*, 104(2), 110-114.

⁴⁷ Davis P., op. loc. cit.

⁴⁸ Loke, K. Y., Ng, N. B. H., Sng, A. A., Teo, Y. M., & Lin, J. B. (2021). An unexpected revelation in a child with recurrent severe headaches. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(9), 1510-1512.

valutare questi casi di collusione diretta è necessario ricercare una grande quantità di tossine e sostanze e l'uso della videosorveglianza può assistere la diagnosi.

Lo psichiatra Bools⁴⁹ nella sua trattazione elenca alcuni dei metodi impiegati dall'adulto maltrattante, ovvero:

- rendiconti di episodi di apnea o crisi epilettiche testimoniati dal genitore;
- simulazione o induzione di allergie, episodi di emorragia, infezioni gastrointestinali;
- alterazione dei campioni da esaminare o dei documenti clinici;
- intossicazione, mediante l'uso di sostanze che in cronico risultano nocive, quali: lassativi, antidolorifici, farmaci ipnotici o anti-depressivi, farmaci per diabetici, sale da cucina, veleni non farmaceutici;
- induzione dei sintomi mediante somministrazione di sostanze nocive (quali sale, urine, feci) per via endovenosa;
- induzione dei sintomi mediante la privazione di nutrimento alimentare e di farmaci.

Per quanto riguarda l'approccio al bambino malato, o apparentemente tale, è necessario tenere conto anche degli aspetti ambientali che lo circoscrivono, i quali hanno una funzione apparentemente secondaria nelle analisi e nella diagnosi susseguente⁵⁰. Pertanto, la validità e l'efficacia degli esami che il medico sceglie di effettuare nel sospetto di MSBP dipendono proprio dalla prospettiva di vita e dai legami che sussistono nello specifico con i genitori. Proprio per questo motivo, le analisi cliniche o psicologiche che non includono la valutazione della coppia genitoriale nei vari aspetti relazionali e comportamentali, forniscono limitate percezioni del caso, oppure conclusioni superficiali, travisate e fraintendibili. La caratterizzazione stessa della MSBP come patologia che vede al fulcro la figura materna, esorta l'ulteriore approfondimento analitico della situazione e delle dinamiche familiari. L'indagine diagnostica volta a riscontrare la presenza della sindrome non si compone quindi solo di un percorso composto da accertamenti

⁴⁹ Bools, C., Neale, B., & Meadow, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 773-788.

⁵⁰ Zangardi T., Da Dalt L., (2008) *Il triage pediatrico*. Padova: Piccin editore.

medici basati su indagini radiologiche o esami ematochimici e microbiologici, ma include anche un lavoro volto a comprendere la metodologia di pensiero e di condotta dei caregivers e del bambino. Non si tratta solamente di verificare la validità della sintomatologia riferita e la presenza della patologia stessa, ma anche quelli che sono i riscontri emotivi nel bambino e nei suoi genitori. Soprattutto qualora non si rilevi, tramite le indagini diagnostiche, una compatibilità con le sintomatologie riferite, diventa fondamentale indagare gli aspetti di disagio psicologico che potrebbero essere indicativi di tale sindrome.

3.2 Segni e sintomi

Nella Sindrome di Münchhausen per Procura si possono inquadrare svariate tipologie di sintomi e segni, che difficilmente il medico curante è in grado di identificare e classificare. Nel bambino vittima di questo tipo di maltrattamento possono essere identificati sia sintomi prevalentemente “non tipici”, che altri con una specifica peculiarità⁵¹.

Tra i sintomi “non tipici” si riscontrano alcuni disturbi psicologici, che contribuiscono a loro volta alla diagnosi, ovvero: sintomi depressivi, irascibilità, patologie di natura psicosomatica, difficoltà nel linguaggio e più in generale ritardo dello sviluppo psicomotorio, passività e svogliatezza, abuso di sostanze narcotiche, condotte devianti o antisociali e difficoltà ad integrarsi nella società.

Per quanto riguarda, invece, la sintomatologia specifica, questa include innumerevoli manifestazioni o segni, talvolta piuttosto gravi, rilevanti sia per il figlio che per il caregiver. Nel bambino vittima di MSBP sono molto comuni⁵²:

- sviluppo di disturbi cognitivi e di concentrazione;
- disregolazione emotiva e sintomatologia ansiosa correlata alla presenza della patologia e alle incertezze diagnostiche. Il bambino sviluppa la preoccupazione che qualcosa di negativo possa accadere in qualsiasi

⁵¹ Montecchi, F. (2001). *Gli abusi all'infanzia: Dalla ricerca all'intervento clinico*. Carocci.

⁵² Merzagora Betsos, I. (2003). *Demoni del focolare: mogli e madri che uccidono*. Torino: Centro Scientifico Editore.

momento e nutre l'esigenza di certezze o dimostrazioni circa le proprie sensazioni sul suo stato di salute, vi è il possibile successivo sviluppo di sintomi relativi al disturbo post-traumatico e aggressività;

- difficoltà nella percezione delle proprie sensazioni, con fatica a distinguere la propria percezione del corpo da quella suscitata dalla madre stessa;
- senso di inadeguatezza, svogliatezza e depressione in relazione alla percezione dei limiti del proprio corpo imposti dalla presunta malattia. Il ripetersi di visite di controllo e accertamenti clinici incrementa e rafforza nel bambino la sensazione di disfunzione organica;
- gravi difficoltà di connessione con il genitore: il bambino nutre timore di turbare il genitore, di deluderlo qualora non manifestasse la sintomatologia patologica. Avvertendo l'esigenza della madre di avere un figlio malato, il piccolo può adattarsi e "cospirare" con la madre, in quanto intuisce di essere fragile e del tutto dipendente da lei⁵³. La malattia diventa in quest'ottica un modo per superare la paura dell'abbandono o del rifiuto materno;
- sensazioni di solitudine ed esclusione conseguenti alle molteplici degenze ospedaliere, che determinano periodi di distacco dalla scuola e dalla vita sociale. Il bambino non può condividere alcune esperienze con i coetanei a cause delle restrizioni psico-fisiche causate dall'ipotetica malattia.

Inoltre, alcuni altri aspetti che potrebbero indirizzare alla diagnosi di tale disturbo⁵⁴, sono:

- il minore, apparentemente affetto da gravi problemi di salute, non risponde alle cure o sta effettuando un percorso costante ma incongruente;
- esiti di laboratorio molto inusuali che non rispecchiano la clinica del bambino;
- sintomatologia di breve durata, che tende a interrompersi ogni qualvolta il caregiver si allontani dal bambino;

⁵³ Sartori, P., & Scalari, P. (1994). Il bambino trasparente: Percorsi di prevenzione al disagio. Franco Angeli. (*Politiche e Servizi Sociali*, 10).

⁵⁴ Agosti, S., Gentilomo, A., & Merzagora Betsos, I. (2000). La sindrome di Munchausen per procura: un'indagine empirica. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(1), 5-36.

- caregiver che, dinanzi alla comunicazione di possibili gravi conseguenze sulla salute del minore, appare particolarmente tranquillo;
- la sintomatologia compare in contesti in cui l'adulto dimostri di possedere qualche conoscenza in ambito medico, o instauri legami fin troppo cordiali con i medici;
- trascorsi di patologie inconsuete o decessi anomali degli altri membri della famiglia.

3.3 Protocolli per la diagnosi e utilizzo della videosorveglianza

3.3.1 Complessità e sfide nella diagnosi

Nonostante in ambito scientifico globale la MSBP sia riconosciuta come patologia, la sua diagnosi viene ancora attribuita con difficoltà data la complessità del quadro diagnostico. Secondo l'autore canadese Mian⁵⁵, esistono vari aspetti che possono alterare la regolare gestione e identificazione della MSBP, tra questi si segnalano: la limitata conoscenza del disturbo tra gli specialisti e l'impossibilità di predisporre tra loro un'adeguata comunicazione, l'insistente dissimulazione del genitore interessato e il suo apparentemente buon andamento sociale e personale.

Il pediatra curante si ritrova a cercare delle possibili spiegazioni scientifiche che giustificano un corteo di segni e sintomi apparentemente non plausibile. Nella ricerca diagnostica si rende quindi involontario partecipante dell'azione maltrattante: il tentativo di fornire delle risposte dal punto di vista clinico si estrinseca attraverso una serie di accertamenti diagnostici inconcludenti, che gratificano il desiderio di cura distorto del caregiver maltrattante. Tale percorso diagnostico potrebbe anzi indurre il caregiver a peggiorare i sintomi del bambino per attirare ulteriormente l'attenzione medica. Inoltre, i perpetratori di MSBP tendono ad attuare il comportamento noto come "doctor shopping", ricercando ripetute consultazioni di differenti professionisti sanitari e scegliendo i medici che raccomandano di ripetere test e procedure invasive, allontanando invece i loro figli

⁵⁵ Mian, L. (2001). Un approccio multidisciplinare. In A. Levin & L. Sheridan (Eds.), *La sindrome di Munchausen per procura*. Torino: Centro Scientifico Editore.

dalle cure di quei medici che rifiutano di intensificare il trattamento⁵⁶. Questa discontinuità nel percorso diagnostico-terapeutico rende più difficile l'insorgenza del sospetto di MSBP in quanto vi è frammentazione dell'informazione clinica e incompletezza del quadro diagnostico. Peraltro, un altro problema è costituito dalla compilazione delle cartelle cliniche elettroniche e dalle limitazioni nella possibilità di accesso alle stesse. Le cartelle cliniche spesso contengono una grande quantità di dati, specie nel caso di malattie croniche, poi riassunti in modo sintetico senza magari evidenziare alcuni dettagli utili. Inoltre, l'accesso alle cartelle cliniche di altri ospedali è possibile solo con il consenso dei genitori, che può essere bypassato solo nel caso in cui sia già partita un'indagine giudiziaria per sospetto di abuso. Questo complica il quadro diagnostico in quanto diversi studi in letteratura⁵⁷ concordano nel sostenere che l'esaminare a fondo la cartella clinica e lo storico degli accessi in Pronto Soccorso, contattando gli altri ospedali e dottori precedentemente coinvolti, per ottenere maggiori informazioni sul paziente, sia fondamentale per confermare o anche ridurre il sospetto abuso. Spesso invece i vari pediatri si trovano a lavorare da soli senza poter accedere a tali dati e così viene persa la completezza del quadro. A queste difficoltà si aggiunge il fatto che talvolta viene impedita l'osservazione diretta del bambino da parte del medico o la comunicazione con quest'ultimo al di fuori del canale offerto dal genitore, che può riferire informazioni erranee circa quanto altri medici avrebbero detto.

Il caregiver coinvolto potrebbe anche ricercare supporto emotivo e materiale da parte della famiglia o addirittura di altre persone tramite i social media. Un esempio di clamoroso caso di estrema rilevanza mediatica è stato quello di Kathleen Bush negli anni Novanta⁵⁸. La signora Bush ha per anni deliberatamente avvelenato la figlia iniettandole materiale fecale, portandola ad un totale di 200 ricoveri e 40 procedure chirurgiche, indicando al contempo una campagna mediatica che l'ha portata al fianco di Hillary Clinton per chiedere l'assistenza medica alle famiglie sprovviste, ottenendo cospicue donazioni pubbliche e private. In un simile quadro

⁵⁶ Feldman, M. D., Light, M. J., Lasher, L. J., & Sheridan, M. S. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 120(5), 1217-1218.

⁵⁷ Rosenberg D. A. (1987), op. loc. cit. ; Ferrara P., op. loc. cit

⁵⁸ Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: The case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 537-549.

di supporto, il sospetto di MSBP era difficilmente stato incluso nella diagnosi differenziale.

Meadow⁵⁹ ha anche suggerito che i medici tendano a voler pensare il meglio delle loro famiglie di pazienti e possano anche essere riluttanti ad accettare il fatto che, attraverso test e trattamenti non necessari, possano aver causato una significativa morbilità ai loro pazienti. Donald e Jureidini⁶⁰ arrivano a dichiarare che il nostro sistema medico si rende complice della nostra incapacità di diagnosticare la MSBP; anche quando i medici si confrontano con uno o più segnali che indicano che un bambino potrebbe aver subito abusi, possono essere riluttanti a segnalarlo ai servizi per l'infanzia.⁶¹ Avere una soglia più bassa per includere la MSBP nella diagnosi differenziale, con una consultazione precoce con un altro pediatra o un team multidisciplinare, potrebbe limitare le procedure mediche non necessarie e diminuire il rischio di morbilità e mortalità. Inoltre, includere abitualmente la MSBP nella diagnosi differenziale pediatrica potrebbe contribuire a diminuire il ben documentato ritardo diagnostico.

Dalla letteratura emerge come, per un approccio e una gestione ottimali dei quadri di MSBP, sia di fondamentale importanza la presenza di un team interdisciplinare con consapevolezza della possibilità di questa diagnosi. Si tratta infatti di una diagnosi medica, ma, come già esposto, il pediatra ha bisogno di aiuto nell'indagare anche gli aspetti sociali specifici della relazione familiare.

Nello studio di Ferrara et al.⁶² tale équipe interdisciplinare include pediatri, neuropsichiatri infantili, infermieri, servizi di protezione dell'infanzia, assistenti sociali e l'ufficio legale dell'ospedale, ed è diretta da un medico specializzato in MSBP. Gli autori evidenziano come il primo passo per una diagnosi precoce sia

⁵⁹ Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 385-393.

⁶⁰ Donald, T., & Jureidini, J. (1996). Munchausen syndrome by proxy: Child abuse in the medical system. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(7), 753-758.

⁶¹ Jones, R., Flaherty, E. G., Binns, H. J., et al.; Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. (2008). Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*, 122(2), 259-266.

⁶² Ferrara P., op. loc. cit.

non negare la possibilità che i sintomi del bambino possano essere provocati dalla madre. Avere un team istruito sulla gestione di questi quadri sicuramente permette di prevenire maggiormente ulteriori episodi di malattia fittizia e aumentare la sicurezza del bambino tramite uno specifico monitoraggio. Gran parte della letteratura di ricerca riconosce quindi la difficoltà diagnostica e raccomanda l'impiego di una équipe multidisciplinare per la presa in carico dei sospetti casi di MSBP⁶³. Il personale sanitario dovrebbe disporre di una certa esperienza nel campo dell'abuso infantile e, nei quadri di sospetta MSBP, lo staff medico-sanitario suggerito, dovrebbe quindi essere composto da:

- specialista: un pediatra, con esperienza relativa ai bambini e alle loro patologie. Inoltre, ogni manifestazione, segno o sintomo, deve essere valutato da uno specialista esperto in quello specifico campo, al fine di stabilire i limiti convenzionali del disturbo in questione. Al contempo si devono verificare le possibili divergenze nella documentazione presentata, nelle analisi cliniche e nella condotta del caregiver;
- assistente sociale: figura abile nell'ottenere informazioni riguardanti sia i vari problemi psicologici derivanti dal legame madre/padre-figlio, sia quelli emotivi insorti tra gli specialisti del settore medico-sanitario;
- amministratore dell'ospedale: la Direzione Medica deve contattare l'Autorità Giudiziaria per predisporre l'indagine sul paziente ricoverato, mediante, ad esempio, l'utilizzo delle telecamere di videosorveglianza;
- agente di sicurezza in ospedale: laddove sia messa a repentaglio la salvaguardia del minore e del genitore, gli agenti addetti alla sicurezza dell'ospedale possono mantenere l'ordine senza dover implicare la polizia stessa.

Anche lo screening sistematico dei bambini ospedalizzati che presentano sintomi cronici potrebbe portare all'identificazione precoce delle potenziali vittime della MSBP e ad una più rapida mobilitazione delle risorse per il paziente e la famiglia. Tuttavia, attualmente non esistono strumenti ampiamente disponibili progettati per

⁶³ Wood, H. N., Brown, J., & Wood, P. (2001). Differing approaches to the identification of Munchausen by Proxy Syndrome (MBPS): A case of professional training or role of experiential exposure. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 8(3), 140-150. ; Kelly, C.P., & Loader, P.J. (1997). Factitious Disorder By Proxy: The Role of Child Mental Health Professionals. *Child and Adolescent Mental Health*, 2, 116-124.

essere utilizzati da pediatri o ospedali per lo screening della MSBP. Greiner et al.⁶⁴ hanno sviluppato uno strumento di screening preliminare per la MSBP composto da 15 domande per i pazienti, riportando una sensibilità dello 0.947 e una specificità dello 0.956 per l'identificazione di questi quadri di abuso. Questo strumento permette di differenziare i bambini a rischio di MSBP rispetto ai bambini altrimenti normali ricoverati in ospedale per la valutazione di tre condizioni pediatriche comuni (apnea, vomito/diarrea e convulsioni), che rendono conto di circa il 70% delle diagnosi di MSBP⁶⁵. Gli elementi dello screening sono scelti in base alle caratteristiche riportate in letteratura della MSBP, comprese le informazioni sul caregiver, sul paziente e sulla malattia, e ad ogni item dello strumento viene assegnato 1 punto se positivo. Questo strumento è stato testato esaminando le cartelle cliniche dei pazienti con MSBP confermata dai servizi di protezione dell'infanzia e confrontando i risultati con le cartelle di bambini con ricoveri per apnea, vomito/diarrea e convulsioni a cui non era stata diagnosticata la MSBP. Tale strumento di screening applicato alla revisione delle cartelle ha quindi identificato delle differenze, nelle caratteristiche dei bambini e della malattia durante il ricovero, che possono consentire un rilevamento precoce della MSBP e il rinvio per un'ulteriore valutazione da parte del team multidisciplinare.

Un altro problema è dato proprio dagli accertamenti diagnostici stessi effettuati che, nel caso non siano realmente motivati dalla clinica, possono fornire risultati aspecifici con ritrovamenti di alterazioni casuali di alcuni parametri che però concorrono a confondere il quadro diagnostico e possono far supporre l'esistenza di ulteriori condizioni mediche in realtà assenti.⁶⁶

3.3.2 L'utilizzo della videosorveglianza

Il bambino vittima di MSBP non può essere considerato al sicuro nemmeno all'interno dell'ospedale, a meno che non sia sotto sorveglianza. Infatti, secondo Yates e Bass⁶⁷, nel 54,4% dei casi l'abuso prosegue anche dopo il ricovero. A

⁶⁴ Greiner, M. V., Palusci, V. J., Keeshin, B. R., Kearns, S. C., & Sinal, S. H. (2013). A preliminary screening instrument for early detection of medical child abuse. *Hospital Pediatrics*, 3(1), 39-44.

⁶⁵ Sheridan M. S. (2003), op. loc. cit.

⁶⁶ Nanji, A. A. (1984). Misleading biochemical laboratory test results. *Canadian Medical Association Journal*, 130(11), 1435-1441.

⁶⁷ Yates, G., & Bass, C., op. loc. cit.

conferma di questo dato, nello studio di Rosemberg del 1987, viene riportato che: nel 25% dei casi le malattie erano simulate e, nel 72% di questi casi, gli abusi avvenivano all'interno dell'ospedale; nel 50% dei casi vi era la produzione di malattia e, in questi casi, il 95% veniva perpetrato in ospedale; infine, nel restante 25% dei casi, si verificavano sia la produzione che la simulazione di malattia e, di questi, l'84% avveniva in ospedale.

Dalla letteratura emerge come il *gold standard* della conferma diagnostica di MSBP sia l'allontanamento del caregiver⁶⁸. Immediatamente dopo, in ordine di importanza, si trova la sorveglianza stretta della vittima⁶⁹.

Nel momento in cui, a seguito della separazione, si verifichi la risoluzione dei sintomi e della condizione patologica, è ragionevole sospettare che il caregiver sia l'abusatore. In questo caso risulta però fondamentale avere chiaro il quadro clinico completo e considerare come i cambiamenti terapeutici, durante il periodo della separazione, possano a loro volta influenzare i sintomi nel bambino, al fine di aver chiari cause ed effetti. Vi potrebbe ad esempio essere un miglioramento clinico nella condizione del bambino erroneamente associato al cambiamento di terapia anziché all'allontanamento dell'abusatore. Nel caso di vittime con condizioni mediche preesistenti, inoltre, potrebbe esserci una risoluzione solo di alcuni problemi o solo un cambiamento nel livello della gravità dei sintomi. Si deve anche considerare che la vittima potrebbe avere problematiche iatrogene più o meno risolvibili dopo la separazione.

Per quanto riguarda l'uso della videosorveglianza nascosta in ambito ospedaliero, tale questione è stata ampiamente dibattuta nella letteratura inglese e nord-americana. Negli UK è stato messo in atto l'impiego di sistemi di videosorveglianza nascosta all'interno degli ospedali per monitorare i pazienti sospettati di MSBP⁷⁰ e la maggior parte degli studi relativi all'impiego di questo

⁶⁸ Sheridan M.S. (2003) op. loc. cit. ; Yates, G., & Bass, C., op. loc. cit. ; Kelly C, op. loc. cit.

⁶⁹ Southall, D. P., Plunkett, M. C., Banks, M. W., Falkov, A. F., & Samuels, M. P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics*, 100(5), 735-760.

⁷⁰ Bauer, K. A. (2004). Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: The British experience and alternative approaches. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25(4), 311-327.

metodo sono stati infatti condotti in Inghilterra. Un esempio è fornito dallo studio del Dr. Southall⁷¹, condotto su 39 bambini in cui si erano verificati ALTEs (Apparent Life-Threatening Events) con episodi di apnea o cianosi. L'uso del sistema centralizzato di videosorveglianza ospedaliera ha permesso di identificare episodi di abuso da parte del caregiver in 33 su 39 di questi casi. Nel modello inglese, l'applicazione di tale protocollo viene discussa dal medico che per primo sospetta il quadro di MSBP in un meeting multi-disciplinare volto a valutare l'esistenza del rischio e l'applicazione della videosorveglianza ospedaliera, poi eventualmente avviata senza informare i caregivers sospettati. In letteratura vari autori hanno esposto argomenti a favore e contro l'utilizzo di questo sistema⁷².

Tra gli argomenti contrari a questa pratica troviamo:

- l'assenza di consenso informato da parte dei caregivers, atto fondamentale legato al principio di autonomia e alla pratica etica della medicina;
- la possibile rivelazione di informazioni sensibili non rilevanti per il caso;
- la possibile scoperta da parte del caregiver di questa violazione della propria privacy con conseguente perdita di fiducia nei medici e rifiuto di partecipare a ulteriori accertamenti;
- il problema etico nell'usare il bambino come esca esponendolo al rischio di ulteriori abusi. Da questo punto di vista, se i medici hanno un sospetto così forte di MSBP da giustificare la videosorveglianza, la migliore strategia di protezione sembrerebbe essere data dalla sottrazione del minore al caregiver maltrattante.

A favore della videosorveglianza viene sostenuto che:

- il medico ha come principale responsabilità la protezione del migliore interesse del bambino, incarico attribuito anche dai genitori stessi che a lui si rivolgono, e la videosorveglianza rientrerebbe in questa categoria di

⁷¹ Southall, D. P., op. loc. cit.

⁷² Bauer, K. A., op. loc. cit. ; Lewis, W. (2005). Detecting fabricated or induced illness in children: covert video surveillance can protect children and parents if rules are clear. *BMJ*, 331(7525), 1144.; Vaught W. Parents, lies, and videotape: covert video surveillance in pediatric care. *J Clin Ethics*. 2004 Summer;15(2):161-72.

azioni, soprattutto considerando che la relazione di fiducia genitori-medico si forma appunto con il fine ultimo di garantire la migliore tutela della salute del bambino, ma i primi a violare tale relazione di fiducia sono i genitori che agiscono contro il migliore interesse del bambino maltrattandolo;

- la videosorveglianza fornisce una prova inconfutabile dell'azione maltrattante e il conseguente rischio sulla salute del bambino è molto più basso che se l'evento avesse luogo a casa, in quanto è possibile un tempestivo intervento medico. Il bambino può essere prontamente messo in sicurezza, minimizzando i conseguenti rischi di morbilità e mortalità.

L'uso della videosorveglianza ospedaliera sembra quindi porre un conflitto tra i principi morali di autonomia e consenso informato e il principio del migliore interesse del bambino. Tale dilemma etico sarà esplicitato nel prossimo capitolo, ponendolo poi in relazione con lo specifico quadro legislativo italiano.

Altre strade alternative all'uso della videosorveglianza nascosta presentate in letteratura⁷³, sono:

1. Spiegare ai genitori sospettati di MSBP che la loro unica opzione è quella di coinvolgere i servizi sociali, dimostrando di lavorare assieme a loro e non contro di loro per mantenere la custodia del bambino, conservando così la loro fiducia e minimizzando le possibilità di ulteriori episodi di maltrattamento. Quindi, effettuare un periodo di prova di separazione dai genitori per monitorare le variazioni nello status clinico del bambino. In questo modo non viene violato nessun principio, l'integrità del medico non viene compromessa e il bambino non viene esposto ad un ulteriore rischio di maltrattamento. Le limitazioni di questo approccio sono costituite dal fatto che non si ottengono prove certe e dal distress che il bambino potrebbe provare per la separazione dal caregiver.
2. In alternativa, si potrebbe informare la famiglia dell'avvio del protocollo di videosorveglianza e del coinvolgimento dei servizi sociali. Oltre a non violare nessun principio, in questo caso non si pone nemmeno il problema della separazione dai genitori. In questo modo però i genitori potrebbero

⁷³ Bauer, K. A., op. loc. cit.

evitare di ripetere l'abuso durante il ricovero ospedaliero, ma ripeterlo subito dopo il rientro a domicilio, o ancora potrebbero sottrarre il bambino al ricovero.

Esistono in letteratura numerosi *case reports* di diagnosi di MSBP ottenute grazie alla videosorveglianza nascosta, come nel caso di una madre infermiera che ripetutamente estubava il figlio, durante il ricovero in terapia intensiva pediatrica per problemi legati al suo status di prematurità, al fine di simulare episodi critici⁷⁴. Dopo alcuni sospetti sul malposizionamento dell'intubazione tracheale a seguito di questi episodi, è stato organizzato un programma di videosorveglianza nascosta e la diagnosi si è resa possibile solo dopo aver ripreso la madre durante l'azione. Anche uno studio condotto tra il 1993 e il 1997 dal Children's Healthcare di Atlanta presso lo Scottish Rite ha adottato la videosorveglianza segreta ospedaliera nel monitoraggio di 41 sospetti casi di MSBP, al fine di valutarne l'utilità diagnostica⁷⁵. La diagnosi di MSBP è stata fatta in 23 (56.1%) di questi casi, mentre in 4 pazienti la videosorveglianza ha aiutato a stabilire l'innocenza dei caregivers. Altri dati emersi dallo studio confermano quelli presenti in letteratura circa la maggiore prevalenza della sindrome nei pazienti caucasici e la presenza di un background sanitario per più della metà delle madri coinvolte. La videosorveglianza segreta ospedaliera si conferma quindi come un potente mezzo per effettuare una tempestiva e definitiva diagnosi di MSBP nella maggior parte dei casi e tutti gli ospedali pediatrici di livello terziario dovrebbero sviluppare strutture per poterla applicare nei casi sospetti.

3.3.3 Criteri diagnostici

Lo studio "Factitious disorders and Münchhausen syndrome: The tip of the iceberg"⁷⁶ utilizza come criteri per la diagnosi i seguenti criteri diagnostici elaborati

⁷⁴ Kamerling, L. B., Black, X. A., & Fiser, R. T. (2002). Munchausen syndrome by proxy in the pediatric intensive care unit: An unusual mechanism. *Pediatric Critical Care Medicine*, 3(3), 305-307.

⁷⁵ Hall, D. E., Eubanks, L., Meyyazhagan, L. S., Kenney, R. D., & Johnson, S. C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics*, 105(6), 1305-1312.

⁷⁶ Ferrara P., op. loc. cit.

da Rosenberg, che permettono di ottenere una diagnosi per inclusione o per esclusione:

Criteri per inclusione:

1. il bambino è stato ripetutamente presentato per cure mediche;
2. nel risultato del test diagnostico o nell'evento patologico imputato è possibile rilevare una manomissione dello stato di salute del bambino;
3. il risultato del test diagnostico o l'evento patologico imputato non è credibilmente il risultato di: un errore del test, un'interpretazione errata, un'errata comunicazione o una cattiva gestione dello strumento;
4. nessuna spiegazione è possibile, dal punto di vista medico, per il risultato del test/l'evento patologico intercorso se non la falsificazione della malattia;
5. nessun risultato esclude credibilmente la falsificazione della malattia.

Criteri per esclusione:

1. il bambino è stato presentato ripetutamente per cure mediche;
2. tutte le diagnosi diverse dalla falsificazione della malattia sono state eliminate in modo credibile, in modo che:
 - a) se il bambino è vivo, le diagnosi concorrenti sono quelle che tengono conto dei principali reperti medici del bambino e della totalità della sua presentazione
 - o
 - b) se il bambino è vivo, la separazione del minore dal presunto autore del reato determina la risoluzione dei problemi medici reversibili del minore, in base al loro grado e alla velocità di reversibilità. Nessuna variabile diversa dalla separazione può spiegare logicamente e pienamente il miglioramento del minore
 - o
 - c) se il bambino è morto, l'esame autoptico non rivela una causa di morte credibile come accidentale, naturale o suicida;
3. nessun risultato esclude in modo credibile la falsificazione della malattia.

Altri studi presenti in letteratura⁷⁷ hanno creato una lista contenente dati anamnestici e sintomi clinici di MSBP per corroborare i criteri diagnostici:

- malattia persistente o ricorrente per la quale non si riesce a trovare una causa;
- discrepanze tra l'anamnesi e i risultati clinici;
- sintomi presenti e sintomi che non si manifestano quando il bambino è lontano dalla madre;
- sintomi o decorso ospedaliero insoliti che non hanno senso clinico;
- una diagnosi differenziale composta da disturbi meno comuni della sindrome di Münchhausen per procura;
- mancata tolleranza o risposta alla terapia medica da parte del bambino senza una chiara causa;
- un genitore meno preoccupato del medico;
- ripetuti ricoveri in ospedale e valutazioni mediche approfondite della madre o del bambino senza una diagnosi definitiva;
- un genitore che è costantemente al capezzale del bambino, che elogia eccessivamente il personale, che si fa coinvolgere in modo eccessivo nella cura di altri pazienti;
- un genitore che accoglie con favore le indagini mediche sul figlio, anche se dolorose;
- un caregiver che soffre della sindrome di Münchhausen.

Le linee guida dell'American Professional Society on the Abuse of Children⁷⁸ affermano che interviste cliniche e test psicologici non possono essere utilizzate come prova di abusi e negligenze presenti o avvenute, in quanto l'adulto maltrattante, nel corso del colloquio, potrebbe apparire come una persona del tutto normale. Tuttavia, la valutazione della salute mentale del caregiver sospettato di maltrattamento può aiutare a capire le cause del suo comportamento, ad esempio nel caso di un sospetto abusatore che presenti chiari segni di ansia estrema o di

⁷⁷ Marcus, A., Ammermann, C., Klein, M., & Schmidt, M. H. (1995). Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: Symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(4), 229-236.

⁷⁸ American Professional Society on the Abuse of Children. (2017). Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. <https://pubhtml5.com/hday/neiz/basic/>

pensiero psicotico. Tali elementi risultano quindi utili nell'indirizzare le indagini diagnostiche nei quadri di sospetta MSBP.

3.4 Il ruolo del pediatra nella diagnosi e nel trattamento

I comportamenti e le azioni del caregiver causano un danno diretto al bambino attraverso l'abuso, sia che questo sia propriamente fisico o solo emotivo, ma in questo quadro è centrale anche il coinvolgimento del pediatra implicato nel danno iatrogeno. Il medico, sebbene inavvertitamente, mette infatti in atto o convalida le pratiche che causano sofferenza al bambino. Gli accertamenti diagnostici e le terapie attuate sono infatti in genere la causa principale del danno che viene causato al minore. In queste circostanze, il pediatra curante si trova ad essere da un lato ignaro ed involontario artefice del quadro di maltrattamento, e dall'altro lato è al contempo colui che è deputato ad individuare e diagnosticare la situazione patologica ponendo termine all'abuso a danno del minore. Solo acquisendo consapevolezza del suo ruolo in questa tipologia di contesto, il pediatra potrà sviluppare un corretto operato sia in senso preventivo, che terapeutico. Uno dei compiti più importanti appartenenti ai professionisti sanitari coinvolti nella cura dei bambini consiste nell'identificare le situazioni di abuso il prima possibile; come in tutte le forme di maltrattamento minorile, appena la MSBP viene sospettata, è necessario inquadrare subito la situazione. Il tempestivo riconoscimento del sospetto e la diagnosi precoce sono essenziali per prevenire le conseguenze di tale quadro di maltrattamento, legate sia alla prosecuzione dell'abuso stesso sia ai probabili effetti collaterali degli accertamenti e delle procedure diagnostiche. L'affidarsi a quanto viene riportato dal caregiver circa l'anamnesi e la diagnosi, accettandolo come fonte di informazione su cui basare l'atto medico, avviene spesso di *default* seguendo l'assunzione che il genitore sia la fonte più veritiera e affidabile in ambito pediatrico. Questo può portare a ripetere indagini e trattamenti non necessari. Alcuni di questi possono essere considerati essenziali dal pediatra, mentre altri potrebbero essere condotti principalmente per rassicurare il genitore, anche se risultano un *over treatment* non sempre ben tollerato dal bambino. I medici potrebbero anche avallare una restrizione nelle attività sportive o nella frequenza scolastica.

Questi atteggiamenti si basano sui presupposti che:

- il pediatra non vuole perdere la possibilità di curare una condizione medica nel bambino, per quanto questa sia rara e di difficile diagnosi;
- vi è la tendenza alla delega e all'evitare di prendersi la responsabilità di negare per iscritto la presenza di una malattia;
- spesso si ha una visione iper specialistica delle patologie e si ricorre alle consulenze di molteplici figure professionali senza però stabilire una collaborativa visione d'insieme;
- si teme di "perdere" il bambino o la collaborazione dei genitori;
- vi è preoccupazione circa le lamentele e le problematiche che possono essere sollevate dal caregiver;
- una volta che viene espresso un sospetto di maltrattamento vi è una grande ripercussione in termini di coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria.

Sarebbe quindi necessario uno specifico training dei professionisti sanitari, volto all'inquadramento precoce dei sintomi di allarme per la MSBP e all'individuazione di un protocollo diagnostico-terapeutico univoco che preveda un lavoro di équipe per l'esaminazione attenta e completa dal punto di vista fisico e psicosociale.

Anche lo staff infermieristico gioca un importante ruolo nella diagnosi di MSBP, essendo a stretto contatto per molto tempo con il bambino e la famiglia. In letteratura diversi articoli evidenziano la presenza di ostacoli nel segnalare i casi di abuso da parte degli infermieri⁷⁹, essenzialmente dovuti alla mancata istruzione a riconoscere segni e sintomi di abuso, alla mancata esperienza e scarsa documentazione, allo scarso rapporto di collaborazione con i servizi sociali, al timore delle conseguenze e alla mancanza di supporto psicologico. I programmi educazionali volti ad aumentare la consapevolezza nel riconoscimento e nel *report*

⁷⁹ Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93-100.

dei casi di sospetto maltrattamento infantile si sono a tal proposito dimostrati efficaci⁸⁰.

Dopo aver valutato il quadro di MSBP dal punto di vista della presentazione clinica e delle sfide poste nel percorso diagnostico, nel prossimo capitolo saranno affrontati i dilemmi etici relativi alla corretta realizzazione di quest'ultimo e verrà discusso lo specifico inquadramento legislativo italiano.

⁸⁰ Flaherty, E. G., Sege, R., Binns, H. J., Mattson, C. L., & Christoffel, K. K. (2000). Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(5), 489-493.

4 Implicazioni Etiche e Medico-Legali nella diagnosi e nell'intervento

4.1 Applicazione dei principi di etica medica in ambito pediatrico: problematiche relativi ai principi di autonomia e beneficenza

Nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) vengono individuati quattro principi generali, trasversali a tutti i principi espressi: il principio di non discriminazione, il principio del migliore interesse del minore (*best interest* inteso come diritto di tutela alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo) e il principio di partecipazione e di rispetto per l'opinione del minore, prendendo in considerazione la sua posizione circa il proprio migliore interesse, in misura appropriata rispetto all'età. In ambito di etica medica abitualmente si applicano i principi di riferimento enunciati da Beauchamp e Childress⁸¹, ovvero i principi di: autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia; in letteratura è stata discussa l'applicabilità di questi principi, formulati in relazione al paziente adulto, anche per quanto riguarda i bambini⁸², in particolare nelle situazioni di conflitto etico, evidenziando la presenza di diverse criticità. I diritti tutelati dalla CRC precedentemente citati costituiscono un utile riferimento normativo nell'analisi dell'applicabilità di questi quattro principi nel campo della tutela della salute dei minori. Tale protezione dei diritti dei minori enunciata nella CRC correla infatti strettamente con i principi bioetici di riferimento declinati in rapporto alla popolazione pediatrica: il principio di non discriminazione può essere correlato al rispetto del principio di giustizia; la tutela del migliore interesse del minore può essere assimilata al principio di beneficenza; il diritto alla sopravvivenza ed allo sviluppo può trovare una corrispondenza nel principio di non maleficenza; infine il

⁸¹ Beauchamp, T.L. and Childress, J.F. (2001) Principles of biomedical ethics. 5th Edition, *Oxford University Press*, Oxford, 59.

⁸² Baines, P. (2008). Medical ethics for children: Applying the four principles to pediatrics. *Journal of Medical Ethics*, 34(3), 141-145.

diritto dei minori ad essere ascoltati e presi in considerazione ricorda invece il principio di autonomia⁸³.

Relativamente al quadro di maltrattamento che si configura nella MSBP, i principi etici che creano situazioni conflittuali per il medico sono specialmente il principio di autonomia, essendo il consenso informato delegato proprio al genitore maltrattante, e il principio di beneficenza, che dovrebbe guidare l'azione medica ma si scontra con le volontà dei caregivers e il principio di autorità genitoriale.

Il professionista sanitario si trova a compiere delle scelte operative a tutela della salute di un bambino potenzialmente vittima di maltrattamento e, da un lato è tenuto a perseguire il migliore interesse del minore e, dall'altro, si deve confrontare con l'opportunità di aggiornare i genitori riguardo all'iter diagnostico-terapeutico intrapreso.

4.1.1 Il principio di autonomia e il consenso informato

Per quanto riguarda il principio di autonomia in campo medico, questo presuppone che sia presente un valido consenso informato, espresso volontariamente da un soggetto in grado di comprendere l'atto sanitario in questione. In campo pediatrico emerge una criticità relativa all'incapacità del bambino di prendere consapevolmente delle decisioni relative al proprio stato di salute per cui, di conseguenza, l'espressione del consenso è delegata al caregiver che ne detiene la responsabilità genitoriale, e teoricamente persegue il suo migliore interesse.⁸⁴ Nella quotidiana pratica clinica il principio di autonomia ha una grande rilevanza, infatti è comunemente accettato che il paziente possa consapevolmente scegliere circa il proprio stato di salute, in rapporto alla personale percezione di sé e dei propri valori. Quando tali scelte e posizioni personali riguardano però la salute di un soggetto minore, bisognoso di una particolare protezione in quanto non in condizione di poter comprendere informazioni complesse e quindi scegliere secondo la tutela del

⁸³ Tozzo, P. (2016). La tutela dei minori in biomedicina: Nuove sfide per l'etica clinica. *Tesi di dottorato, Università degli Studi dell'Insubria*.

⁸⁴ Committee on Bioethics. (2016). Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*, 138.

proprio bene, non si può applicare il principio di autonomia come tradizionalmente inteso.

L'interrogativo che si pone riguarda principalmente due questioni⁸⁵: un primo problema si pone nello stabilire il peso e la rilevanza delle preferenze genitoriali, soprattutto qualora fossero in conflitto con le indicazioni poste dai medici che seguono il minore dal punto di vista clinico o non comportassero la tutela del suo migliore interesse; il secondo interrogativo si pone invece circa la progressiva maggiore capacità del minore di esprimere una valida opinione circa il proprio stato di salute.

Si deve inoltre considerare come l'acquisizione del consenso sia un processo variabile sulla base della specifica situazione relazionale che viene a crearsi tra professionista sanitario e paziente e sulla base della storia individuale del soggetto che riceve l'informazione e partecipa al colloquio. Nella *best medical practice*, le decisioni relative alla tutela della salute dei minori dovrebbero essere il risultato di un percorso di comunicazione e condivisione tra il medico, i genitori e il minore, ricercando un punto d'incontro tra diversi valori morali al fine di garantire il migliore interesse del bambino. Sono tuttavia sempre più numerosi i casi in cui si creano conflitti di posizione tra i genitori e il medico circa il percorso clinico di un paziente che sia minore. In tale tipo di conflitti, dopo la spiegazione medica scientifica del percorso diagnostico appropriato per il minore, un valido strumento per la mediazione con le posizioni parentali può essere fornito dalla consulenza di etica clinica, anche nel caso in cui i genitori siano sospettati di MSBP. Il ruolo del consulente etico, in seguito discusso, consiste infatti nell'individuare le problematiche emerse per trovare una via di integrazione delle differenti prospettive morali, permettendo quindi una comunicazione tra le parti coinvolte e la definizione di un percorso terapeutico appropriato dal punto di vista medico-deontologico, etico e giuridico.

⁸⁵ Miller, R. B. (2005). Role responsibility in pediatrics: Appeasing or transforming parental demands? In L. R. Frankel, A. Goldworth, M. V. Rorty, & W. A. Silverman (Eds.), *Ethical Dilemmas in Pediatrics* (pp. 21-29). *Cambridge University Press*.

4.1.2 Il principio di beneficenza: *best interest* vs *harm threshold*

Il principio di beneficenza teoricamente consiste nel prendere decisioni finalizzate ad ottenere il migliore interesse del paziente, sebbene sia difficile definire universalmente cosa ne promuova maggiormente il benessere, sia per quanto riguarda la qualità della vita, che per la prognosi clinica. Questo risulta ancora più complesso quando si considera l'applicabilità di tale principio ai pazienti pediatrici, in quanto è ancora più difficile definire il migliore interesse di un altro soggetto, peraltro vulnerabile. In quest'ottica risulta utile intendere gli interessi dell'individuo come ciò che, al di là di abitudini e credenze personali, è importante per il suo benessere, ed è necessario stabilire degli standard di riferimento che garantiscano il massimo bene possibile del bambino.

Nel loro "Principi di bioetica medica"⁸⁶ Beauchamp e Childress indicano lo standard del *best interest*, ovvero del migliore interesse, come quello preferibile nei casi di decisioni riguardanti bambini e adulti incompetenti per i quali non è possibile un giudizio sostitutivo e così lo descrivono: "Secondo lo standard del *best interest*, un decisore surrogato deve determinare il beneficio netto più elevato tra le opzioni disponibili, assegnando pesi diversi agli interessi che il paziente ha in ciascuna opzione e addizionando o sottraendo i rischi o i costi inerenti. Il termine *best* viene utilizzato perché l'obbligo del surrogato è quello di massimizzare il beneficio attraverso una valutazione comparativa che individui il beneficio netto più elevato". Tale concetto è molto dibattuto in letteratura⁸⁷, in quanto la definizione di *best interest* non è chiara e appare spesso impropriamente definita e invocata. Risulta inoltre complesso non solo cercare di stabilire quale sia il migliore interesse del bambino, considerando che non è possibile farlo in maniera del tutto oggettiva, ma anche riconoscere come questo standard di *best interest* si applichi all'interno degli specifici equilibri familiari, in una prospettiva quindi relazionale e non solo relativa al singolo. Bisogna quindi bilanciare il teorico massimo beneficio per il bambino con gli interessi, le possibilità e la realtà della famiglia in cui è inserito e che rappresenta per lui un valore altrettanto importante. Si può affermare che la

⁸⁶ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F., op. loc. cit.

⁸⁷ Salter, E. K. (2012). Deciding for a child: A comprehensive analysis of the best interest standard. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33(3), 179-198.

tutela del migliore interesse possibile prevede quindi un complesso processo decisionale, relativo ad una particolare situazione e ad un determinato paziente, dopo aver preso atto delle specifiche risorse disponibili in quella precisa circostanza⁸⁸. In particolare, nel caso del minore maltrattato in un quadro di MSBP, una volta che si ha la certezza di diagnosi, è chiaro che il migliore interesse per il bambino consista nella protezione da ulteriori abusi, e quindi si traduca in una protezione dal caregiver maltrattante. Risulta invece più complesso determinare il migliore interesse per il bambino quando ancora non c'è certezza diagnostica, ma si è nelle prime fasi dell'ospedalizzazione o del contatto medico, e sussiste un sospetto che necessita di ulteriori accertamenti diagnostici. Il pediatra si trova a dover bilanciare gli interessi clinici, personali, familiari, culturali e giuridici⁸⁹, stabilendo quale sia il bene che maggiormente deve essere tutelato in tale dialettica. Il dovere primario del medico coinvolto è sempre nei confronti della salute del bambino, il quale vive in un contesto familiare che teoricamente rappresenta per lui un interesse primario, ma nei casi di MSBP si pone il dubbio se la permanenza in quel nucleo familiare, in cui i caregiver sono sospettati di maltrattamento, rappresenti il suo migliore interesse. Risulta necessario bilanciare le complesse interazioni presenti nello specifico nucleo familiare coinvolto, per massimizzare i benefici e minimizzare i danni sul bambino, necessariamente interrompendo l'azione maltrattante, ma non sempre sottraendo il minore dalla famiglia. Talvolta infatti non viene impedito il rapporto con l'altro caregiver e può esserci un percorso di affiancamento familiare da parte dei servizi socio-sanitari. John Lantos a proposito sostiene che “Gli interessi dei bambini non sono né assoluti né inequivocabili; sono sempre intrecciati con gli interessi degli altri, e spesso devono essere soppesati rispetto a questi altri interessi all'interno (e all'esterno) della famiglia in modi che richiedono ai genitori di bilanciare l'importanza degli interessi concorrenti, a volte sottomettendo gli interessi di uno o più figli⁹⁰.”

⁸⁸ Buchanan, A., & Brock, D. W. (1986). Deciding for others. *Milbank Quarterly*, 64(Suppl. 2), 17-94. ; Hester, D. Micah (2012). Ethical issues in pediatrics. In D. Micah Hester & Toby Schonfeld (eds.), *Guidance for Healthcare Ethics Committees*. Cambridge University Press. pp. 114.

⁸⁹ Baines P., op. loc. cit.

⁹⁰ Leikin, S. (1989). A proposal concerning decisions to forgo life-sustaining treatment for young people. *The Journal of Pediatrics*, 115(1), 17-22.

Concettualmente, isolare un bambino dal contesto familiare semplicemente sopprimerebbe altri interessi legittimi.

Le problematiche nel definire e applicare il concetto di *best interest standard* hanno portato diversi autori a suggerire uno standard di riferimento basato su una soglia: il principio della soglia di danno detta *harm threshold*.⁹¹ L'operato medico dovrebbe infatti essere guidato dal cercare di realizzare quanto sia meglio per il paziente, ma il dibattito si apre proprio sulla definizione di cosa rappresenti la "beneficenza" nei casi di conflitto etico riguardanti i minori. Dal momento che i genitori detengono la responsabilità genitoriale sulle cure mediche dei figli, l'utilizzo di un principio di danno tenta di stabilire dei parametri entro cui si esercita l'azione decisionale dei genitori, cercando di definire non quello che i genitori dovrebbero mirare ad ottenere tramite le loro decisioni, ma piuttosto quando altri dovrebbero intervenire escludendo i genitori dal processo decisionale. In questa prospettiva la domanda non è quindi relativa a cosa sia meglio per il minore, ma a come si possano identificare le situazioni in cui le decisioni da prendere eccedano il principio della responsabilità genitoriale. Deville e Kopelman sostengono che: "L'interferenza coercitiva dello Stato con le prerogative dei genitori, per il bene dello Stato e il bene del bambino, è giustificata quando c'è "evidenza chiara e convincente" che le azioni o le decisioni dei genitori rappresentano un probabile e grave danno per il bambino."⁹² Dal momento che lo Stato interviene solo in condizioni di segnalazione medica di abuso o maltrattamento, il principio di danno spiega che solo queste decisioni che porterebbero a danneggiare il minore sarebbero tolte dalla potestà genitoriale⁹³. Il principio di danno si pone quindi primariamente come un principio etico di protezione e non di sostegno degli interessi del bambino, definendo l'*harm threshold* come base etica e giuridica per l'intervento Statale. L'intervento dello Stato è giustificato non quando il rifiuto dei genitori è contrario all'interesse superiore del minore, ma quando il rifiuto dei genitori espone il minore a un rischio significativo di gravi danni prevenibili. Dopo

⁹¹ Diekema, D. S. (2004). Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25(4), 243-264.

⁹² DeVille, K. A., & Kopelman, L. M. (1999). Fetal protection in Wisconsin's revised child abuse law: Right goal, wrong remedy. *Journal of Law, Medicine, and Ethics*, 27, 335.

⁹³ Hester D. M., op. loc. cit.

aver individuato il principio dell'*harm threshold* come base per l'azione dello Stato, il passo successivo è dato dal definire ulteriormente la soglia del danno, identificando il livello di danno da tollerare nelle decisioni dei genitori. Lainie Ross modifica la promozione del *best interest* con la promozione degli interessi di base e ha suggerito quello che lei chiama un modello di “autonomia genitoriale limitata”, che consente ai genitori di barattare gli interessi di un figlio con gli interessi familiari purché i bisogni fondamentali di ogni bambino nella famiglia siano garantiti: abuso, negligenza e sfruttamento sono vietati, e ai bambini devono essere forniti i beni, le competenze, le libertà e le opportunità necessarie per diventare adulti autonomi, capaci di ideare e attuare i propri progetti di vita⁹⁴. Anche l'*harm threshold* soffre però di un problema di indeterminatezza⁹⁵, sebbene negli specifici casi di maltrattamento risulti forse più facile determinare secondo tale standard di riferimento la presenza di un danno al minore e le relative conseguenze legali, piuttosto che il “migliore interesse”.

Nelle decisioni etiche conflittuali riguardanti i minori, si dovrebbe quindi sia cercare di perseguire l'ideale del *best interest*, sia lasciarsi guidare nell'azione dal principio di *harm threshold*. Si sottolinea comunque come entrambi questi concetti soffrano di indeterminatezza e dovrebbero essere definiti in modo più chiaro, per porre una solida base etica alle decisioni legali.

4.1.3 La consulenza di etica clinica

Risulta evidente come sia impossibile stabilire, a priori e in modo universale, quali siano i confini dell'autonomia dei minori e come debba essere per loro perseguito il migliore interesse, rendendo necessario di caso in caso un diverso bilanciamento tra il rispetto dei principi di autonomia e beneficenza e il perseguimento di un adeguato percorso diagnostico-terapeutico. L'etica clinica si occupa precisamente di queste situazioni conflittuali. Il medico pediatra ha il dovere morale di promuovere e proteggere gli interessi dei minori, ricercando il migliore beneficio possibile in termini di questioni di salute. La peculiarità nel rapporto con il paziente

⁹⁴ Ross, L. F. (2002). *Children, Families, and Health Care Decision Making*. Clarendon Press. Chapter 3.

⁹⁵ Birchley, G. (2016). Harm is all you need? Best interests and disputes about parental decision-making. *Journal of Medical Ethics*, 42(2), 111-115.

è data anche dalla costante presenza dei genitori, incaricati di proteggere il migliore interesse del bambino non solo sul piano morale, ma anche dal punto di vista giuridico. La consulenza di etica clinica può fornire un supporto ai medici grazie al suo approccio analitico (quindi finalizzato all'identificazione e all'analisi della natura delle incertezze e dei conflitti morali sottesi alla consulenza) e deliberativo (quindi orientato ad una risoluzione dei conflitti considerando interessi, diritti e responsabilità di tutti i soggetti coinvolti).⁹⁶ La figura professionale del consulente di etica clinica in ambito sanitario fornisce una consulenza definita come “un servizio svolto da un individuo o un gruppo per rispondere alle domande poste da pazienti, familiari, tutori, operatori sanitari o altre persone coinvolte nell'assistenza, in ordine a incertezze o conflitti tra valori che emergono nella pratica clinica”.⁹⁷ La consulenza si basa sulla conoscenza professionale di concetti di bioetica, sistemi e strategie sanitari, codici etici e deontologici, leggi in ambito sanitario e culture e fedi dei soggetti coinvolti.

L'analisi etico clinica dei conflitti che possono emergere in ambito pediatrico, può strutturarsi secondo il modello enunciato da Jonsen et al.⁹⁸ in:

1. individuazione del problema etico-clinico;
2. raccolta delle caratteristiche cliniche (diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche) relative al caso e delle posizioni scientifiche dei professionisti coinvolti;
3. valutazione del livello di consapevolezza delle proprie condizioni e delle aspirazioni del paziente e della famiglia;
4. analisi degli aspetti contestuali dal punto di vista relazionale, organizzativo e legale;

⁹⁶ Agich, G. J. (2005). What kind of doing is clinical ethics? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26(1), 7-24.

⁹⁷ Engelhardt, H. T. Jr. (2011). Core competencies for health care ethics consultants: In search of professional status in a post-modern world. *HEC Forum*, 23(3), 129-145.

⁹⁸ Jonsen A.R., & Siegler M., & Winslade W.J. (2006). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 6e. McGraw-Hill Education.

5. eventuale considerazione di ulteriori questioni di natura etico-clinica pertinenti, con individuazione dei principi bioetici applicabili al caso e relativa analisi.

Nella pratica pediatrica, la figura del consulente etico può facilitare la risoluzione dei conflitti in un clima di rispetto e attenzione per gli interessi, i diritti e le responsabilità dei soggetti coinvolti, tutelando le relazioni tra le parti e la mediazione, dando una soluzione persuasiva a casi concreti. Nelle definizioni OMS e internazionali sull'ascolto del minore viene inoltre sottolineato come il bambino portato dal genitore accudente parli attraverso il genitore, mentre il bambino portato dal genitore maltrattante parli solo attraverso l'ascolto del medico. In questo secondo caso viene quindi meno la mediazione dell'adulto e, mentre i maltrattamenti quali "battered child" o "shaken baby syndrome" sono più facilmente inquadrabili, questo è più difficile nella MSBP, perché il caregiver sembra invece un bravo genitore accudente e in buon rapporto di relazione con il personale sanitario. Risulta quindi fondamentale che il professionista che prende in carico il bambino sia in grado di dargli voce, proprio perché il caregiver è in questo caso il soggetto maltrattante. E' necessario comprendere preferenze, valori, desideri e volontà del bambino, tenendo conto delle problematiche relative alla differenza tra i valori del medico e quelli del bambino e all'ambiguità dell'interpretazione, per questo la mediazione fornita dagli assistenti sociali in collaborazione con un esperto di etica clinica può essere fondamentale.

4.2 Il dilemma etico del medico nella diagnosi di MSBP: riflessioni sull'equilibrio tra interessi e protezione del minore ed il principio di responsabilità genitoriale

Nel caso del minore, il rispetto dei principi di autonomia e beneficenza viene commisurato all'esercizio dell'autorità genitoriale, in quanto viene riconosciuto il principio giuridico della responsabilità genitoriale. Dal punto di vista etico si suppone che le decisioni prese dai genitori tutelino gli interessi del bambino e, in quest'ottica, il rispetto dell'autorità genitoriale coincide con il rispetto del principio di beneficenza per il minore. L'autorità genitoriale è anche moralmente giustificata

dal presupposto che i genitori prendano delle decisioni in merito alla salute del minore attraverso un percorso di riflessione che tenga conto anche delle sue preferenze, per quanto possibile secondo età, garantendo quindi il rispetto del principio di autonomia. Il principio dell'autorità genitoriale quindi, sia legittima le decisioni prese dai caregivers sul piano giuridico, sia può trovare una giustificazione sul piano etico in rapporto al rispetto dei principi di autonomia e beneficenza, in quanto finalizzato alla tutela del miglior interesse del minore. Se invece tale autorità non fosse finalizzata all'interesse del minore, ma a quello dei genitori, e anzi determinasse un danno sul bambino, inteso come effetto lesivo o sproporzionato rispetto al beneficio terapeutico, tale autorità genitoriale non sarebbe più legittimata sul piano morale. Si discuterà inoltre in seguito come tale situazione venga interpretata sul piano giuridico.

Dal punto di vista etico risulta complesso per il pediatra gestire il percorso diagnostico-terapeutico volto ad accertare la presenza di un quadro di MSBP nel momento in cui, sulla base del sospetto di maltrattamento, vi sia un dubbio sulla legittimità morale del principio di responsabilità genitoriale, ma persista la necessità di rispettarla comunque dal punto di vista legale. In simili contesti, i professionisti sanitari si trovano di fronte a una serie di dilemmi etici, specialmente per quanto riguarda l'aspetto relazionale del rapporto di fiducia medico-paziente e il consenso genitoriale⁹⁹.

La relazione minore-genitori-professionisti sanitari

Innanzitutto, si presenta un problema nella gestione della relazione tra le parti coinvolte nel quadro di MSBP. Risulta necessaria una comunicazione chiara ed efficiente tra i professionisti sanitari circa gli accertamenti svolti, specialmente nelle iniziali fasi in cui il maltrattamento è solo sospettato e difficilmente dimostrabile. Di frequente infatti purtroppo l'abuso rimane solo un sospetto e non riesce ad essere provato, e occuparsi dei casi di sospetta MSBP può portare i pediatri a mettere in dubbio la propria abilità nel giudicare in modo critico circa i racconti dei genitori riguardo all'anamnesi del bambino, vedendo le apparentemente amorevoli dinamiche relazionali genitore-figlio. In questi casi può risultare difficile

⁹⁹ Tozzo, P., Picozzi, M., & Caenazzo, L. (2015). La protezione dei diritti del minore nella Sindrome di Münchhausen per procura: Una riflessione etica. *Medicina e Morale*, vol 64 no 2.

proteggere i diritti dei bambini maltrattati, proprio perché, contrariamente agli altri scenari di maltrattamento minorile, i perpetratori della MSBP, specialmente le madri, sviluppano un'ottima interazione con il personale medico e appaiono in pubblico come accidentati e attente caregivers. Risulta quindi particolarmente difficile per il pediatra stabilire quale sia il migliore interesse per il minore circa il mantenimento della relazione con il caregiver.

Il consenso informato genitoriale

Il preponderante dilemma etico del professionista sanitario si pone tra l'effettuare accertamenti diagnostici - talvolta invasivi, dolorosi, e non privi di rischi per la salute del minore - senza mettere a conoscenza di tutto ciò i genitori, al fine di verificare la natura organica o fittizia del quadro patologico, e lo svolgere solamente gli accertamenti per cui i genitori hanno fornito il consenso, sebbene potenzialmente inutili e con il rischio di gratificare la volontà del genitore maltrattante prolungando l'abuso a carico del minore. Durante quindi tutti i procedimenti diagnostici, a prescindere dalla loro natura, limite o possibilità di ottenere prove del maltrattamento, si pone un problema etico di immediata importanza pratica circa i diritti dei genitori/caregivers.

La responsabilità genitoriale, sia dal punto di vista etico che giuridico, prevede che i genitori compiano delle scelte orientate a migliorare lo stato di salute dei figli, possibilmente arrecando un danno temporaneo al bambino solo in caso questo sia comunque bilanciato dall'ottenimento, a lungo termine, di un beneficio¹⁰⁰. Nel caso di sospetta MSBP, la passiva accettazione della responsabilità genitoriale come unica fonte di legittimazione dell'operato medico comporta il rischio che, qualora il caregiver sia effettivamente maltrattante, si compiano delle scelte che possono arrecare più danno che beneficio al minore.

Nella gestione medica del paziente, il rispetto del principio di autonomia, tramite la comunicazione adeguata delle informazioni e l'espressione di un valido consenso, è fondamentale in quanto permette anche di tutelare una serie di rilevanti valori morali quali fiducia, onestà e rispetto della vita privata, che concorrono a tutelare il

¹⁰⁰ Birchley, G., & Huxtable, R. (2016). Critical decisions for critically ill infants: Principles, processes, problems. In C. Stanton, S. Devaney, A. M. Farrell, & A. Mullock (Eds.), *Pioneering Healthcare Law: Essays in honour of Margaret Brazier* (Chapter 10). New York: Routledge.

migliore interesse del paziente stesso. Il ricercare e fornire un consenso informato in un normale contesto sanitario incoraggia quindi e favorisce l'autonomia e la beneficenza del paziente e della sua famiglia. Baines¹⁰¹ evidenzia come la responsabilità genitoriale non abbia però lo stesso peso sul piano morale del rispetto per l'autonomia del minore, e non sia quindi opportuno un trasferimento diretto dell'autonomia del minore ai suoi genitori. Nei casi di maltrattamento come la MSBP, il diritto all'autonomia del minore potrebbe inoltre essere rispettato anche interpretandolo come diritto alla protezione nello sviluppo che permetterà al bambino di acquisire una capacità decisionale tale da esercitare poi la propria autonomia. In questi termini il rispetto del principio di autonomia si esprimerebbe nella protezione dall'azione maltrattante, evitando che la responsabilità genitoriale prevalga sullo sviluppo dell'autonomia del bambino.

I casi che pongono la maggiore difficoltà, sia dal punto di vista pratico che etico-clinico, sono quelli in cui ancora vi è incertezza nella diagnosi e quindi anche sull'azione operativa. Gli elementi da tenere in considerazione sono¹⁰²:

- la necessità di eseguire ulteriori accertamenti diagnostici o di avvalersi della videosorveglianza per indagare l'azione maltrattante, sempre considerando in questi procedimenti il rapporto rischio/beneficio e il principio di non maleficenza;
- la valutazione del contesto familiare che circonda il minore sia a casa che nel momento del ricovero; il bambino necessita infatti del rapporto con i propri caregivers sospettati di maltrattamento e si deve quindi bilanciare tale necessità con la protezione da ulteriori maltrattamenti, cercando di far prevalere il suo migliore interesse;
- la considerazione che il caregiver, se maltrattante, è affetto da una patologia psichiatrica/disagio psicologico e ha quindi una capacità decisionale parziale o limitata. Questo implica che il suo consenso potrebbe non essere del tutto valido e che la sua autonomia, relativamente alle decisioni sul minore, potrebbe non essere garantita.

¹⁰¹ Baines P., op. loc. cit.

¹⁰² Tozzo P. (2016), op. loc. cit.

Dal momento che risulta difficile effettuare una diagnosi inequivocabile di MSBP, i medici devono spesso avvalersi di molteplici accertamenti per aiutarsi ad effettuare la diagnosi. L'esecuzione di tali procedure in assenza del permesso del caregiver violerebbe i principi di autonomia e consenso informato. I genitori sospettati di maltrattamento potrebbero d'altro canto, se informati, arrivare ad allontanare il bambino da quell'ambiente ospedaliero, con conseguente procrastinazione della diagnosi e nuovo inizio dello stesso ciclo lesivo di accertamenti presso altri professionisti sanitari.

Un esempio di problematico ottenimento del consenso potrebbe essere dato ad esempio dai casi in cui è necessario analizzare campioni biologici, che apparentemente presentino tracce di sangue, al fine di verificare se questo sia effettivamente presente e appartenente al bambino. In questo caso si va a determinare il profilo genetico del bambino da un campione di riferimento, ottenuto tramite campionamento salivare o ematico, e si confronta con il profilo genetico ottenuto dal campione biologico apparentemente contaminato dal caregiver. In tale situazione diviene chiaramente problematico ottenere il consenso genitoriale al prelievo e all'analisi del profilo genetico del bambino. Tale tipologia di test forense ha già permesso in altri casi di identificare quadri di MSBP, come nel caso di due sorelle di 15 e 13 anni che avevano per due anni presentato ematuria macroscopica, con sospetto di due diverse malattie renali mai diagnosticate. Tale ematuria si è poi scoperta essere fittizia grazie all'analisi delle sequenze microsatelliti del DNA. Queste sono sequenze brevi e ripetitive di DNA, solitamente lunghe da 3 a 7 paia di basi, e la variazione nel numero di ripetizioni in ciascun luogo in cui c'è una sequenza microsatellite è ciò che distingue un individuo da un altro; proprio così il sangue presente nelle urine è stato identificato come appartenente alla madre delle ragazze¹⁰³.

Nei quadri di sospetta MSBP, il diritto del minore ad essere tutelato e protetto dal maltrattamento deve quindi essere bilanciato con il diritto all'autonomia delle parti coinvolte e il diritto genitoriale all'informazione e al coinvolgimento nel percorso

¹⁰³ Tsai, H. L., Yang, L. Y., Chin, T. W., Chen, P. H., Yen, H. J., Liu, C. S., Chang, J. W. (2012). Child abuse in medical setting presenting as gross hematuria: Diagnosis by DNA short tandem repeats. *Pediatrics*, 130(1), e224-e229.

diagnostico-terapeutico. Dal punto di vista etico il pediatra si trova a chiedersi quale tra questi diritti prevalga: moralmente il danno arrecato al bambino dal perpetuarsi della situazione di abuso risulta inaccettabile e di conseguenza sembra pesare maggiormente rispetto al suo diritto all'autonomia, in quanto esso si realizzerebbe attraverso il coinvolgimento decisionale dei genitori maltrattanti.

Secondo l'American Association of Paediatrics (2010) quando vi è un ragionevole sospetto che il bambino "sia stato o possa essere soggetto a violenza domestica, abuso o abbandono da parte del genitore o tutore legale" o "non sia nel migliore interesse del bambino trattare l'adulto come il suo tutore legale", il pediatra non è obbligato a fornire informazioni, accesso o controllo sulle informazioni riservate circa lo stato di salute del bambino al suo tutore legale. Il pediatra non è quindi tenuto a fornire informazioni relative al bambino ad un genitore che potrebbe essere un sospetto soggetto abusante o protettore di un soggetto abusante, in quanto ciò andrebbe contro il migliore interesse del bambino. Si potrebbero individuare due giustificazioni sul piano etico per la decisione di non fornire informazioni ai caregivers relativamente ad accertamenti da effettuare per supportare la diagnosi di MSBP :

- la mancata informazione dei genitori è giustificabile sulla base della loro posizione di inadeguatezza a prendere decisioni consapevoli per il bambino, in quanto potenzialmente affetti da una patologia psichiatrica che inficia quindi un corretto esercizio dell'autorità genitoriale;
- l'informazione dei genitori potrebbe arrecare un ulteriore danno al paziente. Infatti, se il caregiver fosse completamente informato si porrebbe il rischio di scatenare comportamenti che mascherino la situazione o di spingere il perpetratore a sottrarre il bambino dal setting ospedaliero, danneggiando quindi potenzialmente la vittima e ritardando la diagnosi. A questo riguardo si sottolinea che spesso il genitore maltrattante nella MSBP ha una discreta cultura medico-scientifica ed è un soggetto attento e ben documentato sul piano tecnico, abile quindi ad individuare situazioni di sospetto.

Le ragioni pratiche e morali per non informare i sospetti autori di abusi sui minori sono quindi giustificabili dal fatto che ciò massimizza il miglior interesse del bambino, minimizzando i possibili danni attuali e futuri a carico del bambino

stesso, anche a scapito del diritto dei caregivers di essere pienamente informati sul percorso diagnostico-terapeutico in atto. Si potrebbe quindi argomentare che, considerando come fine il bene del minore, risulta giustificabile sul piano etico effettuare accertamenti medici senza il consenso informato dei caregivers sospettati di maltrattamento nel momento in cui si fa prevalere il principio di beneficenza su quello di autonomia, considerato in questo caso di rilievo attenuato, essendo i genitori abusanti ad esercitarlo e considerando il diritto allo sviluppo lontano dall'azione maltrattante come un'espressione del principio di autonomia stesso.

Le considerazioni a carattere etico effettuate non possono però essere considerate estranee alle scelte che effettivamente possono essere compiute in ambito medico-legale, in particolare per quanto riguarda il dovere di informativa all'Autorità Giudiziaria ed il *timing* con cui è opportuno che tale dovere trovi realizzazione.

4.3 Quadro legislativo relativo alla denuncia e alla protezione del minore vittima di MSBP

A norma dell'impianto legislativo italiano, il professionista sanitario che viene a conoscenza di un caso di sospetto maltrattamento, ha obbligo di segnalazione all'Autorità Giudiziaria, che avvia poi le forme di tutela del minore previste dall'ordinamento, sia in ambito civile che in ambito penale.

Gli oneri di segnalazione posti a carico del professionista sanitario da parte del legislatore sono individuabili agli artt. 331 c.p.p. e 334 c.p.p. L'articolo 331 del Codice di Procedura Penale tratta specificatamente della denuncia. Si tratta di un atto che deve essere fatto per iscritto dal medico che si trova a rivestire il ruolo di Pubblico Ufficiale / Incaricato di pubblico servizio e che, durante l'esercizio della professione, abbia notizia di un reato perseguibile d'ufficio, e quindi rientrante in una categoria di delitti tutelati dallo Stato per la loro gravità, quale appunto una situazione familiare riconducibile alla fattispecie di cui all'art. 572 c.p. rubricato "Maltrattamenti contro familiari o conviventi". La denuncia deve essere tempestivamente presentata o trasmessa al Pubblico Ministero o a un Ufficiale di Polizia Giudiziaria. Nella segnalazione, il medico deve indicare gli elementi oggettivi di sospetto, senza valutazioni personali sulla situazione o le persone

coinvolte. Nel caso dei reati perseguibili d'ufficio non è quindi necessaria la querela della persona offesa quale condizione di procedibilità, lo Stato procede autonomamente nei confronti del responsabile del reato. L'articolo 334 del Codice di Procedura Penale tratta invece del referto, in cui deve essere indicata la persona a cui si presta assistenza, le generalità per identificarla e tempo, luogo e circostanze dell'intervento. Si forniscono anche informazioni su circostanze e mezzi del fatto ed effetti da esso causati. Tale referto deve essere inviato entro 48 ore al Pubblico Ministero o a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

Segnalazione e referto vengono quindi inoltrati a:

- Procura della Repubblica del Tribunale Ordinario: per l'individuazione del colpevole e l'accertamento delle responsabilità penali;
- Procura della Repubblica del Tribunale per i Minorenni: per tutelare l'interesse del minore, adottando le decisioni più idonee a garantirne protezione e tutela. Il Tribunale per i Minorenni può quindi disporre indagini per chiarire quanto evidenziato nella segnalazione e dettare disposizioni che la famiglia è tenuta ad adottare; nei casi più gravi può stabilire l'allontanamento del minore dal nucleo familiare. In queste situazioni i Servizi Sociali intervengono, su disposizione del Tribunale per i minorenni, per valutare l'assetto familiare nei casi di sospette situazioni di abuso o trascuratezza.

Il compito del medico quindi non si riduce solo alla denuncia del reato all'Autorità Giudiziaria, ma predispone l'inizio di un percorso investigativo e assistenziale. Se da un lato per il medico non è previsto un ruolo nelle indagini, dall'altro vi è uno specifico compito ad adempiere alle esigenze assistenziali del minore vittima del maltrattamento. La segnalazione e il referto risultano quindi parte fondamentale dell'attività assistenziale del pediatra. La posizione del medico tenuto a segnalare non è sicuramente scevra da elementi di conflittualità personale, in quanto spesso il professionista sanitario è disincentivato per via della paura delle eventuali conseguenze nei confronti dei minori e delle loro famiglie, tuttavia è necessario ribadire che si tratta di un obbligo di legge.

La tutela fornita al minore dal sistema penale è quindi di tipo indiretto e si realizza attraverso l'individuazione e la sanzione dell'autore della condotta illecita. Va inoltre segnalato il disposto dell'art. 34 c.p. che prevede quale pena accessoria la

sospensione della responsabilità genitoriale per coloro i quali abbiano commesso un delitto con abuso di tale responsabilità.

Per quanto riguarda, invece, il sistema civile-amministrativo, la tutela si realizza attraverso i provvedimenti del Tribunale per i Minorenni e l'intervento dei servizi sociali.

La regolamentazione della tutela del sistema civile-amministrativo è fornita dagli articoli 330 c.c. (Decadenza della responsabilità genitoriale sui figli), 333 c.c. (Condotta del genitore pregiudizievole ai figli) oltre che dalla Legge n. 184/83 (Disciplina dell'affido familiare e dell'adozione) e successive modifiche. Il Tribunale per i Minorenni, costituito, oltre che da magistrati, da giudici onorari, rappresentanti di diverse professionalità attinenti alle problematiche minorili, ha appunto funzioni di tutela del minore e può quindi disporre indagini per chiarire i contenuti della segnalazione e dettare prescrizioni alla famiglia, con possibilità, nei casi più gravi, di decidere l'allontanamento del minore dal nucleo familiare. In particolare, il suddetto giudice potrà anche valutare lo stato di abbandono del minore, che si realizza qualora il minore sia "privo di assistenza materiale e morale"¹⁰⁴. Tale status va interpretato in senso lato, attenendo a tutte quelle fattispecie nelle quali il bambino si trovi in situazioni che, sebbene non determinate da fatti per i quali sia ipotizzabile un reato, comunque comportino rischi per la sua vita o la sua salute, ai quali i genitori non appaiano in grado di far fronte¹⁰⁵. Tali considerazioni assumono rilievo se si vanno ad esaminare quadri come quello della MSBP, in cui i genitori stessi simulano o producono una condizione patologica nel minore pregiudicandone il normale sviluppo psico-fisico.

¹⁰⁴ L'art. 8 della l. 4 maggio 1983, n. 184 riconduce, infatti, ad una situazione di abbandono quei minori che siano "privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi".

¹⁰⁵ In questo senso Cass., sez. 1, n. 1838/2011: "La situazione di abbandono (...) è configurabile non solo nei casi di materiale abbandono del minore, ma ogniqualvolta si accerti l'inadeguatezza dei genitori naturali a garantirgli il normale sviluppo psico-fisico, così da fare considerare la rescissione del legame familiare come strumento necessario per evitare al minore un più grave pregiudizio ed assicurargli assistenza e stabilità affettiva, dovendosi considerare "situazione di abbandono", oltre al rifiuto intenzionale e irrevocabile dell'adempimento dei doveri genitoriali, anche una situazione di fatto obiettiva del minore, che a prescindere dagli intendimenti dei genitori, impedisca o ponga in pericolo il suo corretto sviluppo psicofisico, per il non transitorio difetto di quell'assistenza materiale e morale necessaria a tal fine". (Cfr. anche Cass. 31 marzo 2010, n. 7959; 1 febbraio 2005, n. 1996; 7 febbraio 2002, n. 1674)

Nel caso della MSBP si pongono anche delle specifiche problematiche relative all'esecuzione di accertamenti diagnostici con o senza il consenso dei genitori e all'eventuale impiego nel protocollo dell'utilizzo della videosorveglianza nascosta.

A tale proposito è rilevante la Legge n. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) in quanto all'articolo 3 tratta del consenso/dissenso informato nel caso dei minori, stabilendo che la loro volontà risulta validamente manifestata rimettendo la decisione ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale. Essi, in quanto tutori legali, hanno il diritto di esprimere il proprio consenso/dissenso ai determinati trattamenti sanitari nell'interesse esclusivo del minore, valorizzandone la volontà in misura proporzionale al suo grado di maturazione. Al comma 5 si affrontano i casi di contrasto tra genitori e medici: "nel caso in cui il rappresentante legale del minore rifiuti le cure proposte ed il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al Giudice tutelare". Tradizionalmente, in caso di contrasto tra medici e genitori circa le cure sanitarie da somministrare a un minore, il professionista sanitario era solito adire il Pubblico Ministero presso il Tribunale per i Minorenni per ottenere una pronuncia giurisdizionale in sostituzione del mancato consenso genitoriale. Tale pronuncia poteva accompagnarsi con un provvedimento di sospensione della responsabilità genitoriale. Questo iter è stato modificato con la Legge n. 219/2017, che, in caso di contrasto, rimette la decisione al Giudice Tutelare su ricorso del medico; quindi il solo dissenso da parte dei genitori ad un trattamento sanitario proposto dai medici nell'interesse del minore non legittima l'apertura di un procedimento dinanzi al Tribunale per i Minorenni ed una pronuncia limitativa circa la responsabilità genitoriale. Rimangono però di competenza del Tribunale per i Minorenni le fattispecie di contrasto medico-genitoriale sui trattamenti sanitari da effettuare su un minore, nel caso in cui il dissenso ad una terapia/trattamento a tutela del minore sia indice di una situazione di incuria/abbandono in cui versa il minore oppure di inadeguatezza genitoriale nel far fronte agli interessi del figlio. Per la Cassazione infatti (Cassazione civile sez. I, 13/07/2021, n. 19946), lo stato di abbandono del minore può venire a configurarsi anche in ragione dell'assenza di idoneità genitoriale della madre, in seguito a maltrattamenti subiti dal bambino, e della sostanziale assenza di rapporti tra madre e figlio. Questo scenario, riferibile anche ai quadri di MSBP, trascende la

problematica del consenso ai trattamenti sanitari, incidendo sull'idoneità genitoriale stessa. A questo punto il Giudice Tutelare deve segnalare eventuali condotte pregiudizievoli e, in questo caso, è giustificata l'adozione di provvedimenti che incidono sulla responsabilità genitoriale da parte del Giudice minorile, a salvaguardia dell'interesse del minore.

La completa deroga al principio generale del consenso informato è applicabile invece solo nel caso di trattamenti terapeutici urgenti e indifferibili che salvaguardino la vita del paziente, qualora non vi sia possibilità alcuna di attendere il provvedimento urgente del giudice competente. Non c'è infatti in questi casi il tempo per adire previamente il Giudice per dirimere il contrasto medici-genitori, l'intervento salva-vita è giustificato quindi dallo stato di necessità come previsto dall'art. 54 c.p. e corrisponde al migliore interesse del minore a prescindere dal consenso. Questa causa di non punibilità non può tuttavia giustificare l'agire in mancanza del consenso genitoriale nel caso in cui il pediatra voglia sottoporre un minore a determinati accertamenti diagnostici al fine di verificare un quadro di MSBP: in una simile situazione, il medico dovrà richiedere il consenso ai genitori e, nel caso di un loro ingiustificato rifiuto, potrà rivolgersi al Giudice Tutelare ovvero al Tribunale per i Minorenni qualora la situazione possa integrare gli estremi del reato di maltrattamenti, ovvero dello stato di abbandono del minore, per ottenere una pronuncia circa i trattamenti sanitari ed eventualmente circa la limitazione della responsabilità genitoriale.

Così come per gli altri accertamenti diagnostici che il medico si propone di effettuare nel sospetto di MSBP, nel caso dell'utilizzo della videosorveglianza, nel contesto italiano la decisione di procedere o meno all'acquisizione delle prove del maltrattamento attraverso tale strumento è di pertinenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria. Tale mezzo di prova può quindi essere utilizzato solamente in una fase in cui è già giunta la notizia di reato da parte dei professionisti sanitari e la diagnosi è altamente probabile. La decisione di sottoporre, senza il consenso, a videosorveglianza il paziente minore ed i suoi genitori non spetta quindi al medico.

Generalmente, parallelamente alle indagini giudiziarie, viene introdotto un supporto psicoterapeutico, volto a riequilibrare lo status mentale del bambino e a garantirgli adeguate figure genitoriali. Quando, nei casi meno gravi, viene tentato

un percorso terapeutico di guarigione e riavvicinamento genitoriale, il percorso diviene molto complesso. Le operazioni di supporto e di sorveglianza possono fornire rilevanti e vantaggiose certezze, ma non è possibile prevenire totalmente i possibili rischi. Il rischio più consistente è dato dalla possibilità che la MSBP persista in maniera incessante, nonostante sia stata già diagnosticata, se non sono state approvate disposizioni orientate alla tutela del minore¹⁰⁶.

Dal punto di vista giuridico appare quindi chiaro che, sebbene sul piano etico sembri giustificabile far prevalere il principio di non maleficenza e, nelle fasi iniziali di incertezza diagnostica non informare i genitori su tale iter e utilizzare sistemi di videosorveglianza nascosta, prescindendo dal coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria, questo non è possibile in Italia dal punto di vista legale. Tale approccio permetterebbe forse di tutelare il migliore interesse del minore, conservando fino al momento della eventuale diagnosi la sua relazione familiare, e consentirebbe di preservare la fiducia dei caregivers verso i pediatri curanti permettendo di ottenere delle prove certe, ma non risulta giustificabile sul piano giuridico. Sarà quindi necessario coinvolgere prima il Tribunale per i Minorenni affinché il Giudice decida sulla situazione specifica e sulla responsabilità genitoriale.

Anche il Codice Deontologico presenta degli articoli che riguardano la protezione del minore. Secondo l'articolo 32 del Codice Deontologico, *Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili*: "Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psicofisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale". Il pediatra deve quindi informare tempestivamente l'Autorità Giudiziaria qualora abbia il sospetto, ragionevolmente fondato, di trovarsi dinanzi ad un bambino vittima di abuso o maltrattamento. Nei casi in cui gli elementi a disposizione risultino troppo vaghi e/o contraddittori, il medico deve comunque farsi carico dell'approfondimento diagnostico, cercando la soluzione più congrua e ricercando un confronto delle proprie osservazioni in un contesto pluridisciplinare.

¹⁰⁶ Meadow R., (1998), op. loc. cit.

Esempio di caso giuridico noto relativo alla sindrome di Münchhausen by Proxy

Un esempio di caso giuridico di MSBP è dato dalla Sent., 22/02/2023, n.293. del Tribunale di Torino con cui l'imputata N.L. è stata condannata in primo grado per delitto di maltrattamenti in famiglia nei confronti della figlia D.M., minorenni.

La giurisprudenza ha più volte definito la condotta tipica del delitto di maltrattamenti in famiglia come “una serie di atti lesivi dell'integrità fisica, della libertà e del decoro del soggetto passivo nei confronti del quale viene posta in essere una condotta di sopraffazione sistematica e programmata - espressione di un atteggiamento di normale prevaricazione da parte del soggetto attivo del reato - tale da rendere la stessa convivenza particolarmente dolorosa” (cfr. ex multis Cass., n. 4752/1998; Cass., n. 2042/1993).

Nel caso di specie il sospetto di MSBP era stato segnalato da una pediatra, in relazione a delle ripetute sospette crisi convulsive con desaturazione avvenute nella piccola vittima, sempre senza che fossero presenti testimoni ulteriori rispetto alla madre e senza un'apparente causa organica. Le crisi non erano mai state registrate nemmeno durante i numerosi video EEG (eseguiti con videosorveglianza di cui la madre era consapevole) e l'approfondimento psicologico sulla madre aveva rilevato che la stessa soffriva di un “disturbo depressivo maggiore con sintomi psicotici”. Era stata quindi svolta una riunione multidisciplinare tra diversi pediatri, un medico legale e un'assistente sociale che evidenziava un dubbio di MSBP per cui N. veniva quindi tratta a giudizio. La Questura aveva affidato in via d'urgenza la minore alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale in cui era ricoverata, a questo era seguito il ricorso urgente della Procura presso il Tribunale per i Minorenni “per l'apertura di un procedimento di volontaria giurisdizione volto a: convalidare il collocamento della minore, disporre la presa in carico del nucleo familiare da parte dei servizi sociali, disporre sul collocamento della minore, valutando le capacità genitoriali del padre e vietando la coabitazione con la madre, nominare un curatore speciale e dichiarare la decadenza della madre dalla responsabilità genitoriale”. Il Tribunale per i Minorenni aveva successivamente confermato il collocamento della minore in protezione e disposto, dopo la dimissione, il suo collocamento presso una famiglia affidataria con successiva adozione, incaricando i Servizi Sociali degli opportuni

interventi finalizzati alla valutazione delle condizioni psico-fisiche della piccola e della madre. Venivano quindi svolti ulteriori accertamenti a carico della madre, a cui veniva contestato il reato di cui all'art. 572 c.p., disponendo anche che venisse eseguita una perizia medico-legale sulla stessa e sulla figlia. Dopo che anche il padre veniva sospeso dalla responsabilità genitoriale nei confronti della figlia, veniva confermata la nomina de potestate dell'Avvocato della piccola come curatore speciale. La madre, secondo la perizia, risultava affetta da "una disabilità cognitiva di tipo moderato sec. DSM-V in codiagnosi con tratti di carattere istrionici che sono di base ad una MSBP" e si confermava la presenza di tutti i criteri previsti dalla letteratura per porre una diagnosi di MSBP. Inoltre: gli episodi di apnea e cianosi non si erano più verificati dal giorno dell'allontanamento della madre dalla figlia e veniva definitivamente escluso che gli episodi fossero riconducibili a cause organiche.

Potendo ricondurre la condotta posta in essere da N.L., affetta da sindrome di MSBP, alla fattispecie di maltrattamenti prevista dal Codice Penale, essa è stata quindi condannata alla reclusione, al pagamento delle spese processuali, al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali nei confronti della costituita parte civile D.M. e al pagamento, in favore dello Stato, delle spese di costituzione, rappresentanza e assistenza in giudizio della parte civile costituita.

5 Strumenti e protocolli per la prevenzione e l'intervento

Per quanto riguarda la prevenzione dell'instaurarsi di quadri di MSBP, secondo un recente studio¹⁰⁷ gli interventi dovrebbero partire a livello sociale e sanitario su base preventiva. Dal punto di vista sociale, sarebbe necessario sostenere meglio le famiglie, la genitorialità e le madri nel periodo delicato del postparto, e avere un piano d'azione sulla tutela dei diritti fondamentali dei minori condiviso su base nazionale. A livello sanitario sarebbe invece necessario formare maggiormente il personale che si trova a diretto contatto con i minori, semplificando i protocolli d'intervento ed effettuando importanti investimenti anche nella ricerca relativa alle forme di maltrattamento più rare e difficilmente diagnosticabili quali la MSBP.

Per quanto riguarda l'intervento stesso nei confronti del genitore maltrattante, secondo vari autori le strategie di confronto dovrebbero essere non conflittuali e non punitive. In un articolo del 1991, Christensen¹⁰⁸ esplicita come bisognerebbe spiegare quanto e in che modo il quadro clinico non sembri corrispondere ai risultati dei test diagnostici, mentre in un articolo del 2008 Eastwood e Bisson¹⁰⁹ propongono una combinazione di interventi psichiatrici, fisioterapia e terapia occupazionale. Inoltre se, dopo la separazione dal bambino, il sospetto caregiver maltrattante dovesse chiedere direttamente se è sospettato di falsificazione di malattie e sintomi, secondo le linee guida APSAC¹¹⁰ si dovrebbe fornire una risposta onesta, specificando che lo scopo della valutazione consiste nell'aiutare la famiglia indipendentemente dalla causa.

¹⁰⁷ Carriero, M. C., Lupo, R., Santoro, P., Simone, F., De Mitri, O., Calabrò, A., Ferramosca, F. M. P., Donadio, C., & Carvello, M. (2020). La Sindrome di Münchausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza. *NSC Nursing*, 3(2), 23-55.

¹⁰⁸ Christensen, R. C., & Szlabowicz, J. W. (1991). Factitious status epilepticus as a particular form of Munchausen's syndrome. *Neurology*, 41(12), 2009-2010.

¹⁰⁹ Eastwood, S., & Bisson, J. I. (2008). Management of Factitious Disorders: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*, 77(4), 209-218.

¹¹⁰ Randell, A., Ayoub, C., Bursch, B., Feldman, K., Hamilton, J., Kelly, M., & Mohr, B. (2017). Practice guidelines, Munchausen by proxy. *American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)*.

Nella sua trattazione, Rosenberg¹¹¹ fornisce delle raccomandazioni pratiche per l'approccio medico nei casi di sospetta MSBP:

- durante l'esecuzione degli esami diagnostici per confermare la malattia, adottare misure di protezione nei confronti del bambino e quindi ridurre al minimo i test e i trattamenti invasivi;
- riconoscere che esistono metodi illimitati per simulare o provocare malattie e che nulla deve essere considerato ridicolo o irrealistico;
- pianificare una strategia e coordinarla con tutto il personale infermieristico e ausiliario coinvolto;
- se il bambino è in grado di parlare, intervistarlo individualmente e cercare di ottenere il maggior numero possibile di informazioni e dettagli su alimenti, farmaci e simili;
- tenere presente che i bambini più grandi con "malattie" croniche potrebbero non essere in grado di distinguere sensazioni reali da quelle indotte dal caregiver;
- verificare personalmente le dichiarazioni della madre tramite testimonianze esterne, come baby-sitter, nonni o insegnanti;
- controllare l'anamnesi familiare attraverso altre fonti mediche, non limitandosi alle informazioni fornite dalla famiglia;
- prestare particolare attenzione ai campioni di laboratorio.

Le linee guida pratiche APSAC redatte in collaborazione con The New York Founding¹¹² confermano queste indicazioni di Rosenberg, ma aggiungono:

- esaminare l'attività online sui social media e nei blog del sospetto abusatore, dato confermato anche da un altro studio del 2013¹¹³;
- i medici e gli infermieri non devono lasciarsi convincere ad effettuare trattamenti che non risultano strettamente necessari;

¹¹¹ Rosenberg D. A. (1987), op. loc. cit.

¹¹² Randell A. et al., APSAC (2017), op. loc. cit.

¹¹³ Brown, A. N., Gonzalez, G. R., Wiester, R. T., Kelley, M. C., & Feldman, K. W. (2014). Caretaker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 488–497.

- fornire ai caregivers un'educazione sullo sviluppo normale e sulle funzioni corporee, registrando il loro apprendimento e le loro reazioni;
- avvisare altri medici della scarsa attendibilità dei resoconti da parte del caregiver;
- consultare un esperto;
- raccogliere tutte le cartelle cliniche passate e presenti;
- comunicare regolarmente con entrambi i genitori del bambino, decidendo caso per caso, in quanto potrebbero esserci partner non consapevoli di quello che sta accadendo;
- segnalare il ragionevole sospetto di abuso e negligenza alle autorità.

Rosemberg nella sua trattazione del 1987 suggerisce anche delle regole per la comunicazione vera e propria della diagnosi di MSBP alla famiglia, una volta che il sospetto è stato confermato:

- esporre il caso in maniera chiara e semplice;
- essere consapevoli che le madri potrebbero reagire in maniera diversa: negazione, aggressione, accusando i medici di inventarsi tutto;
- non essere accusatori;
- non lasciarsi sviare dalle domande minuziose dell'abusatore o dai riferimenti alle poche malattie reali che esistono;
- comunicare che il caso è stato presentato alle autorità competenti in ottemperanza all'obbligo professionale;
- essere pronti a proteggere il bambino;
- comunicare che l'obiettivo è proteggere il bambino e aiutare la madre;
- non avere come obiettivo la persuasione o ammissione di colpa da parte della madre.

A seguito della comunicazione della diagnosi, la madre ed il padre devono ricevere supporto psichiatrico e psicologico in quanto si viene a creare una situazione di crisi familiare e vi è un alto rischio di suicidio materno. Dopo la separazione tra vittima e abusante, il bambino deve essere sottoposto ad una valutazione psichiatrica e psicologica, al fine di affrontare le conseguenze della relazione abusiva¹¹⁴.

¹¹⁴ Rosemberg D.A. (1987), op. loc. cit ; Kelly & Loader (1997), op. loc. cit.

Sicuramente, la terapia fondamentale, al termine della diagnosi, è data dal supporto psicologico e psicoterapeutico, volto a lenire gli effetti devastanti che tale maltrattamento ha generato nel minore. Il trattamento psicologico cognitivo-comportamentale risulta molto complesso, in quanto le vittime potrebbero non avere coscienza del fatto di essere tali e il loro senso di realtà potrebbe essere compromesso¹¹⁵, ma risulta fondamentale per il bambino al fine di aiutarlo ad individuare e respingere gli atteggiamenti problematici definiti come “comportamenti disadattivi o pensieri distorti”. La fondamentale importanza del lavoro terapeutico con i bambini abusati è data non solo dall’aiuto fornito alla vittima sofferente, ma anche dalla sua funzione di tutela sociale, in quanto può fermare l’eventuale ciclicità dell’abuso. Se il caregiver abusante ammette le sue colpe e fornisce una spiegazione in maniera tempestiva, questo può essere utile dal punto di vista terapeutico. Se questo non dovesse accadere, il terapeuta è in grado di aiutare maggiormente il bambino solo dopo i 10 anni di età circa, limite entro cui si sviluppa il pensiero astratto¹¹⁶. Inoltre, è necessario prestare attenzione al possibile sviluppo, da parte del bambino, di: disturbi dell’attaccamento, sintomi da trauma iatrogeno, disturbi somatizzati, falsificazione di condizioni collusive e ansia. Infatti, secondo la letteratura¹¹⁷ accade non di rado che le vittime, soprattutto in età adolescenziale, sviluppino sintomi di conversione e comportamenti collusivi con la figura materna per ottenere cure e attenzioni. In questi casi la malattia diviene un modo di superare la paura dell’abbandono o del rifiuto, in quanto la madre proteggerà il figlio fino a che mostrerà i sintomi. Come osserva Rezza¹¹⁸: “in tali casi sembra crearsi tra i due un rapporto nel quale tutte le energie e le attenzioni del figlio sono tese a dare un senso alla vita della madre, a sostenere il tenue equilibrio e a fornirle le gratificazioni di cui ha bisogno”.

Dopo la separazione, alla madre dovrebbe essere concesso di vedere il figlio durante visite supervisionate da personale qualificato, in quanto tali colloqui devono essere

¹¹⁵ Libow, J. A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1131-1142.

¹¹⁶ Randell, A., et al., APSAC (2017), op. loc. cit.

¹¹⁷ Merzagora B. I., op. loc. cit.

¹¹⁸ Rezza, E., (1983). Sindrome da maltrattamento dei bambini - 20 anni dopo la descrizione. *Medicina-Rivista della enciclopedia Medica Italiana*, 3 (2), 133-140.

assolutamente sicuri e con attenzione ai possibili messaggi che l'adulto maltrattante potrebbe trasmettere alla vittima. I tutori nominati devono avere consapevolezza dell'impatto che il caregiver maltrattante ha sullo sviluppo, sull'identità e sull'immagine di sé della vittima. Esistono diversi indicatori di un trattamento efficace: l'ammissione dell'abuso da parte del caregiver, il fatto che l'adulto maltrattante cominci a provare empatia per la vittima, lo sviluppo da parte del caregiver di strategie volte all'identificazione e alla gestione dei suoi bisogni e il mantenimento di queste caratteristiche per un periodo di tempo significativo. Nel caso dei caregiver maltrattanti nella MSBP, si pone però frequentemente anche il problema della comorbidità con disturbi della personalità, per cui il trattamento risulta spesso inefficace. Peraltro, le ricerche e le analisi relative alle cure psicoterapeutiche delle madri affette da MSBP, risultano molto rare. Il ricongiungimento non è generalmente consigliato in caso non ci siano progressi entro sei mesi dalla somministrazione di un'adeguata terapia. Tale ricongiungimento risulta in ogni caso molto pericoloso e, nel caso in cui venisse tentato, questo deve avvenire dopo un considerevole periodo di tempo, accompagnato da un protocollo di supporto e di monitoraggio a lungo termine. Da questo punto di vista è fondamentale una frequente comunicazione tra pediatra, terapisti e scuola. Solamente nel corso degli anni è poi possibile dimostrare la capacità del genitore di astenersi dal maltrattamento e di garantire il *best interest* del figlio.

6 Conclusioni

Le problematiche cliniche, etiche e legali, che emergono nei casi di sospetta MSBP, sono rilevanti nella pratica pediatrica ed appaiono paradigmatiche delle criticità che possono venire a crearsi nella relazione tra professionisti sanitari e genitori / caregivers del minore. Il riconoscimento precoce dei fattori di rischio nei quadri di sospetto clinico di MSBP e la tempestiva interruzione dell'azione maltrattante, peraltro in parte costituita dall'inconsapevole inappropriata prescrizione di indagini diagnostiche, può proteggere il minore da ulteriori e più gravi conseguenze.

Uno degli ostacoli principali nell'effettuare una diagnosi accurata di sindrome di Münchhausen by proxy consiste nella necessità di evidenziare comportamenti maltrattanti che siano comprovabili attraverso prove scientifiche inconfutabili. Ad esempio, ciò potrebbe implicare l'analisi clinica per individuare l'assunzione di farmaci non prescritti dal personale medico, oppure l'utilizzo di registrazioni audio e video per documentare i comportamenti criminali dell'abusante. In situazioni particolarmente complesse, potrebbe diventare necessario separare il bambino dalla famiglia o mantenere il bambino ricoverato per condurre approfondite valutazioni sui genitori e colloqui individuali con il bambino stesso. Tutte queste procedure dovrebbero essere condotte seguendo un rigoroso protocollo ed un piano di intervento coordinato tra pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e assistenti sociali all'interno di un team multidisciplinare.

L'approccio diagnostico e terapeutico adottato dovrebbe tenere conto del complesso dibattito in corso sui diritti e doveri dei genitori, dei medici e dello Stato, con l'obiettivo di garantire il benessere del minore e l'adeguato trattamento degli abusi subiti. Numerosi dilemmi etici nel campo degli abusi sui minori creano sfide nel prendere decisioni che siano nel migliore interesse del bambino. Il medico dovrebbe avere la padronanza di queste questioni etiche per offrire al bambino il servizio più appropriato e compassionevole ed eventualmente avvalersi dell'aiuto di un consulente etico per bilanciare i principi in gioco. Le ragioni etiche alla base della decisione di non informare i genitori nel caso di sospetta MSBP possono essere individuate nella necessità di massimizzare la tutela dell'interesse superiore del bambino e di minimizzare il danno attuale e futuro sul minore, a scapito del diritto

dei genitori ad essere pienamente informati sul processo diagnostico e sanitario, ma è stato esposto come questo non sia tuttavia giustificabile dal punto di vista legale. Per garantire la tutela del minore è necessario, oltre che obbligatorio, effettuare segnalazione e referto e coinvolgere il Tribunale per i Minorenni affinché il Giudice decida sulla situazione specifica, sull'eventuale utilizzo di strategie diagnostiche come la videosorveglianza o lo svolgimento di particolari esami, e sulla responsabilità genitoriale.

In conclusione, emerge chiaramente la necessità di un'attenzione più approfondita e di una più ampia diffusione delle conoscenze riguardanti la sindrome di Münchhausen by proxy, sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista della gestione sul piano etico e giuridico. Dal punto di vista della pratica clinica pediatrica infatti, non vi è ancora un corpus di ricerca consolidato e nemmeno una procedura sistematica condivisa per l'identificazione di tale patologia. A livello internazionale dal punto di vista scientifico, la MSBP è universalmente riconosciuta, tuttavia, nel contesto italiano, tale fenomeno si configura ancora come insufficientemente valutato e difficilmente diagnosticabile. Anche sul piano etico sono numerosi i dilemmi relativi all'applicazione in campo pediatrico dei principi di autonomia e beneficenza, specie nel caso dei minori maltrattati, e a come questi si rapportino con il nostro sistema legislativo. Come afferma l'AGIA (Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza) “La situazione italiana per ciò che riguarda la prevenzione, cura e presa in carico del maltrattamento e l'abuso sui minorenni [...] è attualmente caratterizzata da notevole discontinuità. Accanto a leggi di buon livello ed alla presenza di buone pratiche per la tutela [...], spesso ci si confronta con una situazione caratterizzata dal difetto di misure atte a garantire sufficientemente l'attuazione di tali normative e ad assicurare [...] l'esecuzione delle misure e il lavoro terapeutico e di sostegno necessario per curare le conseguenze psicologiche ed eventualmente psicopatologiche che i traumi e le esperienze sfavorevoli determinano.”¹¹⁹

¹¹⁹ Terre des Hommes Italia & Cismai & Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. (2015). Indagine sul Maltrattamento dei Bambini e degli Adolescenti in Italia. <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>

La consapevolezza della gravità e della complessità della condizione in cui si trova il minore vittima di sindrome di Münchhausen by proxy rappresenta un punto di partenza cruciale per sviluppare strategie preventive e terapeutiche efficaci nel contesto del maltrattamento infantile.

Bibliografia

Adshead, G., & Blunglass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behavior by proxy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 328-333.

Agich, G. J. (2005). What kind of doing is clinical ethics? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26(1), 7-24.

Agosti, S., Gentilomo, A., & Merzagora Betsos, I. (2000). La sindrome di Munchausen per procura: un'indagine empirica. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(1), 5-36.

American Professional Society on the Abuse of Children. (2017). Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. <https://pubhtml5.com/hday/neiz/basic/>

American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.). (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asher, R. (1951). Munchausen's syndrome. *Lancet*, 1(6650), 339-341.

Ayoub, C. C., Alexander, R., Beck, D., Bursch, B., Feldman, K. W., Libow, J., Sanders, M. J., Schreier, H. A., Yorker, B., & APSAC Taskforce on Munchausen by Proxy, Definitions Working Group. (2002). Position paper: Definitional issues in Munchausen by proxy. *Child Maltreatment*, 7(2), 105-111.

Baines, P. (2008). Medical ethics for children: Applying the four principles to pediatrics. *Journal of Medical Ethics*, 34(3), 141-145.

Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *British Journal of Psychiatry*, 199, 113-118.

Bauer, K. A. (2004). Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: The British experience and alternative approaches. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25(4), 311-327.

Beauchamp, T.L. and Childress, J.F. (2001) Principles of biomedical ethics. 5th Edition, *Oxford University Press*, Oxford, 59.

Birchley, G. (2016). Harm is all you need? Best interests and disputes about parental decision-making. *Journal of Medical Ethics*, 42(2), 111-115.

Birchley, G., & Huxtable, R. (2016). Critical decisions for critically ill infants: Principles, processes, problems. In C. Stanton, S. Devaney, A. M. Farrell, & A. Mullock (Eds.), *Pioneering Healthcare Law: Essays in honour of Margaret Brazier* (Chapter 10). New York: Routledge.

Boni, S. (2015). Minori e patologie delle cure. *Psico&Patologie*, 6(4).

Bools, C., Neale, B., & Meadow, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 773-788.

Brown, A. N., Gonzalez, G. R., Wiester, R. T., Kelley, M. C., & Feldman, K. W. (2014). Caretaker blogs in caregiver fabricated illness in a child: A window on the caretaker's thinking? *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 488-497

Buchanan, A., & Brock, D. W. (1986). Deciding for others. *Milbank Quarterly*, 64(Suppl. 2), 17-94.

- Carriero, M. C., Lupo, R., Santoro, P., Simone, F., De Mitri, O., Calabrò, A., Ferramosca, F. M. P., Donadio, C., & Carvello, M. (2020). La Sindrome di Münchhausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza. *NSC Nursing*, 3(2), 23-55.
- Christensen, R. C., & Szlabowicz, J. W. (1991). Factitious status epilepticus as a particular form of Munchausen's syndrome. *Neurology*, 41(12), 2009-2010.
- Committee on Bioethics. (2016). Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*, 138.
- Connelly, R. (2003). Ethical issues in the use of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: the Atlanta study--an ethical challenge for medicine. *HEC Forum*, 15(1), 21-41.
- Cozzi, G. (2014). Chi era il barone di Munchausen? *Medico e Bambino*, 8, 498.
- Davis, P., Murtagh, U., & Glaser, D. (2019). 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. *Archives of Disease in Childhood*, 104(2), 110-114.
- Denny, S. J., Grant, C. C., & Pinnock, R. (2001). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 240-243.
- DeVile, K. A., & Kopelman, L. M. (1999). Fetal protection in Wisconsin's revised child abuse law: Right goal, wrong remedy. *Journal of Law, Medicine, and Ethics*, 27, 335.
- Diekema, D. S. (2004). Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 25(4), 243-264.
- Donald, T., & Jureidini, J. (1996). Munchausen syndrome by proxy: Child abuse in the medical system. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(7), 753-758.
- Eastwood, S., & Bisson, J. I. (2008). Management of Factitious Disorders: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*, 77(4), 209-218.
- Eminson, D. M., & Postlethwaite, R. J. (1992). Factitious illness: Recognition and management. *Archives of Disease in Childhood*, 67(12), 1510-1516.
- Engelhardt, H. T. Jr. (2011). Core competencies for health care ethics consultants: In search of professional status in a post-modern world. *HEC Forum*, 23(3), 129-145.
- Feldman, M. D., Light, M. J., Lasher, L. J., & Sheridan, M. S. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 120(5), 1217-1218.
- Ferrara, P., Vitelli, O., Bottaro, G., Gatto, A., Liberatore, P., Binetti, P., & Stabile, A. (2013). Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 366-374.
- Flaherty, E. G., MacMillan, H. L., Committee on Child Abuse and Neglect, Christian, C. W., Crawford-Jakubiak, J. E., & Sege, R. D. (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*, 132(3), 590-597.
- Flaherty, E. G., Sege, R., Binns, H. J., Mattson, C. L., & Christoffel, K. K. (2000). Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(5), 489-493.

- Gray, J., & Bentovim, A. (1996). Illness induction syndrome: Paper I--a series of 41 children from 37 families identified at The Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 655-673.
- Greiner, M. V., Palusci, V. J., Keeshin, B. R., Kearns, S. C., & Sinal, S. H. (2013). A preliminary screening instrument for early detection of medical child abuse. *Hospital Pediatrics*, 3(1), 39-44.
- Hall, D. E., Eubanks, L., Meyyazhagan, L. S., Kenney, R. D., & Johnson, S. C. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics*, 105(6), 1305-1312.
- Hester, D. Micah (2012). Ethical issues in pediatrics. In D. Micah Hester & Toby Schonfeld (eds.), *Guidance for Healthcare Ethics Committees*. Cambridge University Press. pp. 114.
- Jafferany, M., Khalid, Z., McDonald, K. A., & Shelley, A. J. (2018). Psychological aspects of factitious disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*, 20(1), 17nr02229.
- Jones, J. G., Butler, H. L., Hamilton, B., Perdue, J. D., Stern, H. P., & Woody, R. C. (1986). Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 10(1), 33-40.
- Jones, R., Flaherty, E. G., Binns, H. J., et al.; Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. (2008). Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*, 122(2), 259-266.
- Jonsen A.R., & Siegler M, & Winslade W.J. (2006). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 6e. McGraw-Hill Education.
- Kamerling, L. B., Black, X. A., & Fiser, R. T. (2002). Munchausen syndrome by proxy in the pediatric intensive care unit: An unusual mechanism. *Pediatric Critical Care Medicine*, 3(3), 305-307.
- Kelly, C.P., & Loader, P.J. (1997). Factitious Disorder By Proxy: The Role of Child Mental Health Professionals. *Child and Adolescent Mental Health*, 2, 116-124.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. Geneva. World Health Organization. (2002). Violence and health: A report for World Health Day.
- Lacey, S. R., Cooper, C., Runyan, D. K., & Azizkhan, R. G. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Patterns of presentation to pediatric surgeons. *Journal of Pediatric Surgery*, 28(6), 827-832.
- Leikin, S. (1989). A proposal concerning decisions to forgo life-sustaining treatment for young people. *The Journal of Pediatrics*, 115(1), 17-22.
- Lewis, W. (2005). Detecting fabricated or induced illness in children: covert video surveillance can protect children and parents if rules are clear. *BMJ*, 331(7525), 1144.
- Libow, J. A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: A first look. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1131-1142.
- Loke, K. Y., Ng, N. B. H., Sng, A. A., Teo, Y. M., & Lin, J. B. (2021). An unexpected revelation in a child with recurrent severe headaches. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(9), 1510-1512.

- Marcus, A., Ammermann, C., Klein, M., & Schmidt, M. H. (1995). Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: Symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(4), 229-236.
- McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1), 57-61.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343-345.
- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 385-393.
- Meadow, R. (1998). Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 210-216.
- Merzagora Betsos, I. (2003). *Demoni del focolare: mogli e madri che uccidono*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Mian, L. (2001). Un approccio multidisciplinare. In A. Levin & L. Sheridan (Eds.), *La sindrome di Munchausen per procura*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Miller, R. B. (2005). Role responsibility in pediatrics: Appeasing or transforming parental demands? In L. R. Frankel, A. Goldworth, M. V. Rorty, & W. A. Silverman (Eds.), *Ethical Dilemmas in Pediatrics* (pp. 21-29). *Cambridge University Press*.
- Montecchi, F. (1998). *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini: Prevenzione e individuazione precoce*. Milano, Franco Angeli.
- Montecchi, F. (2001). *Gli abusi all'infanzia: Dalla ricerca all'intervento clinico*. Carocci.
- Montecchi, F. (2005) Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. *Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, Milano, Franco Angeli.
- Morrell, B., & Tilley, D. S. (2012). The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 328-335.
- Nanji, A. A. (1984). Misleading biochemical laboratory test results. *Canadian Medical Association Journal*, 130(11), 1435-1441.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452-1471.
- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 93-100.
- Randell, A., Ayoub, C., Bursch, B., Feldman, K., Hamilton, J., Kelly, M., & Mohr, B. (2017). Practice guidelines, Munchausen by proxy. *American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)*.
- Rezza, E., (1983). Sindrome da maltrattamento dei bambini - 20 anni dopo la descrizione. *Medicina-Rivista della enciclopedia Medica Italiana*, 3 (2), 133-140.

- Roesler, T., & Jenny, C. (2008). Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy. *American Academy of Pediatrics*.
- Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 225-238.
- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547-563.
- Ross, L. F. (2002). Children, Families, and Health Care Decision Making. *Clarendon Press*. Chapter 3.
- Rossi, R., & Giberti, F. (1996). *Trattato di psichiatria*. Piccin Vallardi.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2002): Fabricated or Induced Illness by Carers. *RCPCH*, London.
- Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs*. 2004 Aug;9(8):332-8.
- Salter, E. K. (2012). Deciding for a child: A comprehensive analysis of the best interest standard. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33(3), 179-198.
- Sartori, P., & Sculari, P. (1994). Il bambino trasparente: Percorsi di prevenzione al disagio. Franco Angeli. (*Politiche e Servizi Sociali*, 10).
- Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: The case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 537-549.
- Schreier, H. A., & Libow, J. A. (1993). *Hurting for Love: Munchausen by Proxy Syndrome* (pp. 203-204). New York: The Guilford Press.
- Sege, R., Flaherty, E., Jones, R., Price, L. L., Harris, D., Slora, E., Wasserman, R.; Child Abuse Recognition and Experience Study (CARES) Study Team. (2011). To report or not to report: Examination of the initial primary care management of suspicious childhood injuries. *Academic Pediatrics*, 11(6), 460-466.
- Shaw, R. J., Dayal, S., Hartman, J. K., et al. (2008). Factitious disorder by proxy: Pediatric condition falsification. *Harvard Review of Psychiatry*, 16, 215-224.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Münchhausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.
- Southall, D. P., Plunkett, M. C., Banks, M. W., Falkov, A. F., & Samuels, M. P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics*, 100(5), 735-760.
- Squires, J. E., & Squires, R. H. (2013). A review of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Annals*, 42(4), 67-71.
- Terre des Hommes Italia & Cismai & Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. (2015). Indagine sul Maltrattamento dei Bambini e degli Adolescenti in Italia. <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>
- Tozzo, P. (2016). La tutela dei minori in biomedicina: Nuove sfide per l'etica clinica. *Tesi di dottorato, Università degli Studi dell'Insubria*.

Tozzo, P., Picozzi, M., & Caenazzo, L. (2015). La protezione dei diritti del minore nella Sindrome di Münchhausen per procura: Una riflessione etica. *Medicina e Morale*, vol 64 no 2.

Trovato, A. (2008). Abuso infantile e Sindrome di Münchhausen per Procura. *Presentazione presso l'8° Corso di Formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense, organizzato dall'Associazione Italiana Psicologia Giuridica, Roma.*

Tsai, H. L., Yang, L. Y., Chin, T. W., Chen, P. H., Yen, H. J., Liu, C. S., Chang, J. W. (2012). Child abuse in medical setting presenting as gross hematuria: Diagnosis by DNA short tandem repeats. *Pediatrics*, 130(1), e224-e229.

Vaught W. Parents, lies, and videotape: covert video surveillance in pediatric care. *J Clin Ethics*. 2004 Summer;15(2):161-72.

Wood, H. N., Brown, J., & Wood, P. (2001). Differing approaches to the identification of Munchausen by Proxy Syndrome (MBPS): A case of professional training or role of experiential exposure. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 8(3), 140-150.

Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Münchhausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, 72, 45–53.

Zangardi T., Da Dalt L., (2008) *Il triage pediatrico*. Padova: Piccin editore.