

La sindrome di Münchausen by proxy

Dal dire al fare attraverso i casi

ZEMIRA CANNIOTO¹, FEDERICO MARCHETTI¹, EVA DA DALT¹, SANDRA BRUSA², ALESSANDRO VENTURA¹

¹Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste

²Reparto di Pediatria, Ospedale S. Maria della Scaletta, Imola (Bologna)

La sindrome di Münchausen by proxy è forse la forma più odiosa di abuso. Si dice odiosa, ma si dovrebbe dire penosa, perché l'abuso è fatto dalla madre su un figlio, ma è (quasi) come se fosse fatto su se stessa (come nella Münchausen senza proxy). Sembra un problema raro, e nella sua concezione estrema lo è, ma non va pensato e visto come tale. È comune un problema distruttivo, coinvolgente, disperante, che trova (spesso) i medici come complici. O come incapaci di opporsi, o come omertosi evitanti, o come Don Chisciotte. È doveroso, per tutti, essere preparati a questa difficile prova.

La sindrome di Münchausen by proxy (MBPs) identifica un disturbo mentale che affligge per lo più donne madri e le spinge a simulare o addirittura ad arrecare direttamente un danno fisico al figlio/a per attirare l'attenzione su di sé. La madre, preoccupandosi della salute del proprio figlio, gode così della stima e dell'affetto delle altre persone.

Questa condizione costituisce una forma di abuso all'infanzia, la cui specificità consiste appunto nel fatto di necessitare di un contesto medico sanitario per essere attuato.

La diagnosi di MBPs risulta molto lunga e complessa in quanto può presentarsi con i più svariati segni e sintomi, che risulteranno poi essere inventati o indotti (di solito solo dopo numerosi accertamenti, spesso anche invasivi). Inoltre, quasi sempre l'idea che il malessere del bambino sia procurato dalla madre risulta insospettabile, in quanto queste madri sono sollecite, premurose, costantemente presenti e attente nel prendersi cura della salute dei figli; non di rado, infatti, vengono descritte come "madri modello"^{1,2}.

Nonostante si ritenga una sindrome

MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY (Medico e Bambino 2009;28:309-318)

Key words

Münchausen syndrome by proxy, Child abuse, Factitious illness

Summary

Münchausen by proxy syndrome (MBPs) is a form of child abuse in which a parent (especially the mother) fabricates or directly produces illness in a dependent child. It represents an insidious type of child abuse that occurs in a medical setting. An active interaction between the caregiver-perpetrator and the medical professional is required for the syndrome to occur. Throughout the description of few cases we especially want to underline the factors that could help physicians in recognizing this syndrome and also the medical attitudes that could allow for the development of this insidious type of child abuse.

rara, rifacendosi ai risultati di uno studio di popolazione condotto in Inghilterra, la reale incidenza del quadro si aggirerebbe attorno a 1,2/100.000 nuovi casi in tutta l'età pediatrica, elevandosi fino a quasi 3/100.000 sotto l'anno di vita. Questa stima di incidenza fa riferimento alle due modalità di presentazione più comuni, il soffocamento e la somministrazione di sostanze³. Il tempo medio per arrivare alla diagnosi è di circa 6 mesi, con un'età media delle vittime di 20 mesi. Il tasso di mortalità riportato è di circa il 10%^{4,5}.

CHE COSA È LA SINDROME DI MÜNCHAUSEN

Nel 1951 per la prima volta Asher introduce la definizione di **sindrome di Münchausen**⁶ (Box 1) per descrivere una complessa patologia fittizia, caratterizzata dal ripetuto verificarsi di ricoveri ospedalieri per la cura di malattie in cui il paziente, adulto, riferiva una storia e una causa plausibili, ma che si rivelavano poi in realtà false.

Circa 25 anni più tardi il pediatra inglese Robert Meadow, riprendendo in

Box 1 - MÜNCHAUSEN: CHI ERA COSTUI?

Il barone di Münchhausen, il cui vero nome era Karl Friedrich Hieronymus, è stato un militare tedesco (1720-1797). Dopo anni di servizio nella cavalleria, ormai in ritiro nelle sue terre, amava distrarre gli amici con racconti in cui si attribuiva straordinarie prodezze, tra le quali si ricordano in particolare un viaggio sulla luna, un viaggio a cavallo di una palla di cannone e il suo uscire incolume dalle sabbie mobili tirandosi fuori per i suoi stessi capelli. Rudolf Erich Raspe ne fece il protagonista dell'omonimo romanzo *Le avventure del barone di Münchhausen* (1785).

parte la definizione di Asher, introduce il quadro di **sindrome di Münchhausen by proxy** (per procura) per descrivere quelle situazioni in cui i genitori, più spesso la madre, inventano o procurano segni e sintomi di malattia nei propri figli esponendoli a una serie di accertamenti, esami invasivi e/o interventi che possono danneggiare gravemente l'incolumità fisica e psicologica della vittima-figlio, fino a causarne anche la morte⁷.

LE DEFINIZIONI: DAL DSM-IV ALLE NUOVE LINEE GUIDA

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) indica la MBPs come **disturbo fittizio per procura**, sottolineando che *“la caratteristica essenziale è la produzione deliberata o simulazione di segni e sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto. Tipicamente la vittima è un bambino piccolo e il responsabile è la madre del bambino. La motivazione di tale comportamento viene ritenuta essere il bisogno psicologico di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato”*⁸.

Lo stesso Meadow, però, sottolinea come nel tempo il termine di MBPs abbia perso di specificità⁹.

Da qui l'esigenza di ridefinire con precisione la terminologia, ricorrendo a una *task force* multidisciplinare che ha recentemente emanato le nuove linee guida di definizione diagnostica della MBPs¹⁰. Secondo tali indicazioni, quindi, nella MBPs vanno identificate due distinte componenti:

1. **Pediatric condition falsification (falsificazione nel bambino)**

È la forma di abuso sul bambino in

cui l'adulto falsifica (inventando, amplificando o provocando) segni e sintomi di malattia nella vittima-bambino, facendolo credere o rendendolo malato. La presenza nel bambino di una reale patologia non va considerata come un dato che preclude l'esagerazione o la falsificazione.

2. **Factitious disorder by proxy (disturbo fittizio per procura)**

Questa diagnosi viene riferita all'adulto-carnefice che intenzionalmente inventa o provoca la malattia nel figlio in risposta al proprio bisogno psicologico di “assumere, per interposta persona, il ruolo di malato”. Eminson e Postlethwaite, analizzando i vari tipi di disturbi fittizi, hanno sottolineato proprio come le forme più serie di abuso tendano a configurarsi quando l'adulto accudente diviene incapace di distinguere i propri bisogni da quelli del bambino¹¹.

COME SI PRESENTA CLINICAMENTE LA MBPs

Può presentarsi con i più svariati segni e sintomi di malattia. Questi più spesso possono apparire bizzarri e incongrui rispetto a quadri patologici noti. Altre volte, però, le manifestazioni cliniche falsificate o indotte riproducono con precisione quadri di malattie realmente esistenti e note all'abusatore stesso.

Le situazioni riconoscibili sono tre:

1. Simulazione di segni e sintomi di malattie di varia natura (allergie, ematuria, problemi respiratori, sanguinamenti, vomito, affezioni gastrointestinali), riportati dal genitore-abusatore. Vengono sempre minuziosamente descritti, ma non sup-

portati da alcun tipo di prova, neanche dalla conferma di un testimone.

2. Amplificazione di sintomi di una malattia fisica vera: viene considerata come una variante di MBPs e si caratterizza per l'esaltazione dei sintomi di una malattia di cui il bambino è realmente affetto.

3. Induzione di segni e sintomi di malattia: rappresenta la forma più estrema di MBPs, in cui il genitore carnefice procura direttamente la malattia sul bambino-vittima.

Tra i casi più eclatanti che la letteratura ci propone ricordiamo, come esempio di patologia indotta, il caso di Kathy Bush (*Box 2*), sottolineando, nella storia drammatica di questo caso, alcuni elementi tipici che vanno considerati come indizi di sospetto di una possibile MBPs, primo fra tutti il fatto che un quadro clinico simile non è descritto in letteratura né sui libri di testo.

Già nel 1993 erano stati pubblicati una serie di casi di MBPs che complessivamente descrivevano 105 diverse modalità cliniche di presentazione⁵.

I metodi impiegati dall'adulto-abusatore sono molteplici e così ben congegnati che si rende estremamente difficile, da parte del personale medico, individuare la natura fittizia del problema. Le modalità usate per generare i sintomi nel bambino-vittima possono essere innumerevoli e a volte anche molto crudeli. In questo senso la presenza di accessi vascolari o drenaggi di ferite viene spesso “sfruttata” dal genitore-carnefice per perpetuare l'abuso¹².

Molteplici sono anche i casi di avvelenamento condotti mediante somministrazione di veleno per animali, purganti, arsenico, insulina (le crisi ipoglicemiche sono tra le più frequenti manifestazioni indotte), alimenti in polvere, acqua e farmaci.

Una tecnica indiretta messa in atto dal genitore-abusatore può consistere nel falsificare le analisi di laboratorio introducendo elementi estranei nei campioni, alterando i veri risultati delle analisi o sostituendoli con campioni di altri pazienti realmente malati.

Infine, tra le modalità certamente più crudeli rientrano i maltrattamenti fisici. Sono descritti casi di punture di

Box 2 - LA STORIA DI KATHY BUSH COME ESEMPIO ECLATANTE DI INDUZIONE DI MALATTIA: LA CRONACA DEGLI EVENTI E GLI INDIZI SOSPETTI

AVVELENATA DALLA MADRE: le iniettava materiale fecale nella fleboclisi

Una bambina di 9 anni è stata deliberatamente avvelenata per anni dalla madre che voleva attirare su di sé l'attenzione dei medici e dei mass media. Kathy Bush, madre della piccola, è stata arrestata e incriminata per gravi maltrattamenti ai minori dal Tribunale della Florida, dopo che aveva fatto ricoverare 200 volte la figlia Jennifer. Per anni ha iniettato materiale fecale alla figlia, indicendo al contempo una campagna per chiedere l'assistenza medica per le famiglie che ne sono prive.

Tale campagna ha portato Kathy Bush sulle prime pagine dei giornali e perfino a essere fotografata accanto a Hillary Clinton. Per la verità, gli infermieri che avevano avuto a che fare con Kathy Bush e la figlia Jennifer sostengono di aver sospettato per anni che quella bambina non avesse nulla di grave. Ma la madre, dice il Pubblico Ministero che l'ha fatta arrestare, era esperta di cose mediche, parlava da pari a pari con i dottori, finendo ogni volta per convincerli che la bambina era gravemente malata. Per anni a Jennifer sono state diagnosticate una serie di malattie: da una debolezza del sistema immunitario a malattie dell'intestino e dell'apparato urinario.

Jennifer era stata operata per ben 40 volte e le erano stati posizionati più volte cateteri venosi. Attraverso tali accessi, hanno testimoniato gli infermieri, la madre iniettava qualcosa di strano ogni volta che visitava la bambina. Se ne erano accorti perché dopo la visita della mamma, ogni volta, le condizioni di Jennifer peggioravano. Articoli sulla lotta eroica della madre e della bambina erano usciti su *Usa-Today*. Nel frattempo alla famiglia sono arrivate donazioni pubbliche e private con cui hanno fatto costruire una piscina da ventimila dollari, si sono comprati automobili e hanno fatto vacanze lussuose. Ma i vicini non credono ai risultati delle indagini. "Kathy è una madre meravigliosa" sostengono. "Jennifer non sarebbe viva se non si fosse data tanto da fare".

Da *Il Giornale*, 18 aprile 1996

La storia

- Ricoverata 200 volte, 40 interventi chirurgici, numerosi cateteri venosi
- Per anni sono state diagnosticate una serie di malattie...
- Marcata attenzione da parte dei media
- La madre, Kathy Bush, aveva indetto una campagna per chiedere l'assistenza medica per le famiglie che ne sono prive

Indizi sospetti

- Gli infermieri sospettavano da anni che la bambina non avesse nulla di grave
- La madre era esperta di medicina, parlava da pari a pari con i dottori, finendo ogni volta per convincerli che la bambina era gravemente malata
- Ma i vicini non credono ai risultati delle indagini: "Kathy è una madre meravigliosa"
- Non è noto in letteratura, né descritto sui libri di testo, un quadro clinico simile ("Non c'è sul *Nelson*" - Regola del *Nelson* o di Panizon)

spillo, bruciature, traumi causati con oggetti contundenti e soffocamento.

A riguardo, è emblematica la storia raccontata direttamente da una ex bambina vittima di MBPs che da adulta descrive con lucida drammaticità gli abusi subiti per 8 anni. La madre le provocava volontariamente con un martello ripetute fratture che poi stentavano a guarire per reiterate suppurazioni, procurate sempre dalla madre mediante iniezione di svariate sostanze (polvere di caffè, farina ecc.) nelle ferite chirurgiche¹³.

Con particolare riferimento alle manifestazioni gastroenterologiche, la *Tabella I* descrive i sintomi, le malattie e i possibili meccanismi di simulazione raccolti da un gruppo di gastroenterologi pediatri¹⁴.

In tutti questi bambini la sintomatologia simulata o provocata ha condizionato l'esecuzione spesso ripetuta di indagini e terapie anche estremamente invasive. Tra i casi più eclatanti va ricordato quello di una bambina che è stata sottoposta a colectomia e poi anche a trapianto di intestino per una dia-

gnosi di pseudostruzione i cui sintomi, però, sono poi risultati essere stati ripetutamente procurati dalla madre¹⁵.

A questo proposito possiamo ricordare il caso, vissuto in diretta, di una bambina di 4 anni che, secondo la mamma, sembrava presentare una storia di vomito e rifiuto dei pasti fin dall'anno di vita. In questa storia, accanto all'immenso corredo di ricoveri, esami effettuati, specialisti consultati e altrettante terapie somministrate, tutte inesorabilmente inutili... spiccavano i seguenti elementi di palese incongruenza e pertanto sospetti di MBPs:

- Sospetta diagnosi di pseudostruzione cronica intestinale in assenza di una documentazione chiara di episodi di impatto od occlusione intestinale.
- Posizionamento di una PEG a 3 anni in seguito al ripetersi di gravi "crisi" ai pasti, viste esclusivamente dalla mamma.
- La mamma descrive un'alimentazione orale della piccola tutto sommato buona fino a un massimo di 200 g a pasto... "dopo, però, non ce la fa più e devo completare il pasto attraverso la PEG" (!?!).
- E soprattutto, in tutto ciò, la bambina presentava una crescita costante e parallela al 75° centile....
- In questo caso, la madre, ritenuta da tutti amorevole ed eccezionalmente brava nell'accudire la figliolletta malata, fu riconosciuta affetta da grave psicopatologia e fu oggetto di cure psichiatriche coatte.

TRE ATTORI E UN PERCHÉ

Nel complesso scenario della MBPs possiamo delineare tre coprotagonisti (il bambino, il genitore e il medico) e una motivazione che condiziona e giustifica la messa in scena del "dramma" stesso.

Il bambino-vittima

Le conseguenze prodotte sulle vittime sono certamente molteplici e di varia entità e coinvolgono sia l'aspetto della fisicità del bambino che la sua integrità psicologica.

VARIE PATOLOGIE GASTROENTEROLOGICHE RIFERITE O INDOTTE E MODALITÀ DI FALSIFICAZIONE NEI CASI DI MBP_s

Sintomi o malattia	Meccanismi di simulazione
Diarrea cronica	Lassativi, sciroppi, diluizione delle feci, clisteri, somministrazione di alimenti verso cui il bambino era notoriamente intollerante
Scarsa crescita	Sottrazione o diluizione del cibo, simulazione di allergia multipla agli alimenti
Vomito/dolori addominali	Riferiti episodi di vomito inesistente; somministrazione di emetici, NaCl, arsenico; cattiva nutrizione in bambini affetti da reflusso gastroesofageo
Ematemesi	Introduzione di un piccolo corpo estraneo in orofaringe, aggiunta di pigmento al guanciaie
Erosioni gastriche	Somministrazione ripetuta di emetici
Ematochezia	Introduzione di un corpo estraneo nell'ano, aggiunta di sangue alle feci
Stipsi	Riferire sintomi suggestivi di pseudo-ostruzione
Fibrosi cistica	Influenzare il test al sudore, il dosaggio dei grassi fecali, raccogliere saliva di pazienti affetti da fibrosi cistica
Complicazioni da catetere centrale	Rottura, foratura, dislocazione, iniezione di materiale non sterile, sottrazione di sangue
Altro	Provocare ulcere aftoidi della bocca con sigarette, far ingerire corpi estranei

Tabella I

Bambino-vittima fisica. In primo luogo, le malattie indotte e i modi di provarle direttamente da parte del genitore-abusante possono essere anche particolarmente cruenti e talora causare essi stessi il decesso del bambino. In particolare, a questo proposito, va ricordato come la SIDS (o meglio una SIDS "innaturale") potrebbe rappresentare una manifestazione di MBP_s^{16,17} e non va dimenticato che la mortalità dei bambini oggetto di MBP_s è comunque dell'ordine del 10%.

Ricordando la possibilità di un Münchhausen seriale, particolare attenzione va posta quindi ai casi in cui ricorrano in famiglia altri episodi di morte infantile sospetta o precedentemente identificati come SIDS (considerando che un bambino entro il primo anno di vita ha una probabilità di morire improvvisamente per "cause naturali" dell'ordine di 1/1000, la probabilità che tale evento si ripeta in due fratelli sarebbe di 1/1.000.000!!!).

Inoltre, anche nei casi in cui la sintomatologia viene soltanto inventata, il ripetuto ricorso ad accertamenti diagnostici e terapeutici, talvolta anche molto invasivi, può procurare danni fisici al bambino-vittima.

Bambino-vittima psicologica. Nei bambini vittime della sindrome si possono presentare, anche dopo alcuni anni, problemi quali difficoltà di apprendimento e di concentrazione, problemi comportamentali, assenza di relazioni sociali, problemi a livello emotivo, incubi notturni, sindrome ipercinetica, sintomi propri del "disturbo post-traumatico da stress" e, nei casi più gravi, anche una patologia psichiatrica maggiore (depressione)¹⁸.

Soprattutto se la sindrome coinvolge gli adolescenti, non è raro che questi sviluppino sintomi di conversione, fino a comportamenti di vera e propria **collusione** con il genitore-abusante in una sorta di *folie à deux*. Il bambino tende a colludere con il genitore, si-

mulando egli stesso la malattia, amplificando i sintomi riferiti o accettando passivamente lo stato di malattia indotta (vedi Box 3). Tale condizione può riconoscere diverse cause:

- Impossibilità di trovare una via di fuga dal quadro patologico costruito;
- Sviluppo di una percezione corporea distorta (in cui, cioè, non è più in grado di distinguere se i sintomi sono reali, immaginati o indotti);
- Necessità di garantirsi cure e attenzioni da parte del genitore-abusante. La malattia diventa per il bambino la modalità elettiva per superare la paura dell'abbandono o del rifiuto, in quanto il genitore continuerà a occuparsi di lui soltanto finché presenterà la sintomatologia.

Il genitore-abusatore

Il genitore-abusatore viene pressoché sempre a essere identificato nella madre. Le casistiche, infatti, riportano che la **figura materna ricorre tra il 93% e il 98% dei genitori "Münchhausen"**⁹. Solitamente, la madre affetta da disturbo fittizio per procura è una donna abbastanza colta, in grado di esprimersi con proprietà di linguaggio e con conoscenze mediche che possono provenire da studi nel campo, riviste, enciclopedie mediche, serie televisive di ambientazione ospedaliera. Durante il ricovero del figlio, la mamma "Münchhausen" instaura un buon rapporto con il personale sanitario, si dimostra collaborante e ascolta con attenzione, ha un atteggiamento riconoscitore ed è gratificata dalle attenzioni rivolte al figlio; appare, quindi, come una madre affettuosa e amorevole (Tabella II).

La maggior parte degli Autori ritiene che le madri protagoniste di MBP_s non presentino quadri patologici psichiatrici maggiori. Si riscontra però frequentemente in queste mamme un disturbo di personalità. In particolare, gli aspetti patologici più comuni sono riferibili a reazioni paranoide (che si concretizzano nella convinzione maniacale che il figlio sia malato) e a una personalità sociopatica (adottano uno stile subdolo e impostore per sfruttare gli altri, violando le norme sociali e mo-

Box 3 - UN CASO DI AMPLIFICAZIONE COLLUSIVA

Una ragazzina che collude con la madre nell'amplificare un sintomo verosimilmente reale all'esordio di malattia, ma che si trascina nel tempo esponendola a ripetute indagini invasive e che la condiziona pesantemente nella vita quotidiana.

- Da 1 anno e mezzo riferita storia di dolori addominali in un contesto di alvo stitico
- All'esordio del quadro: ricovero per dolori addominali con evidenza alla diretta adome di impatto fecale, risolto con clismi evacuativi
- Da allora, però, per la persistenza del dolore e il peggioramento della stipsi, è stata sottoposta ad appendicectomia, laparoscopia esplorativa, due EGDS, una TAC, una manometria ano-rettale, due clisma opachi, un tempo di transito intestinale, due colonscopie... ed è stata ricoverata 7 volte in 5 ospedali diversi
... e non ha più frequentato la scuola in modo continuativo!

Durante il ricovero abbiamo potuto constatare:

- Continua ricerca di aiuto, nonostante le rassicurazioni dei medici
- Amplificazione da parte della madre del sintomo dolore, anche mentre la ragazzina faceva i compiti a letto
- Teatralità della ragazzina nel rappresentare il sintomo dolore
- Atteggiamento della madre molto (troppo) amichevole con il personale medico
- Accettazione (e richiesta) di indagini invasive e del prolungamento del ricovero
- Abitus depresso della ragazzina
- Riferita mancanza di evacuazione dopo somministrazione di 3,5 litri di *Isocolan*

Cosa abbiamo fatto dal punto di vista pratico:

- Avviati colloqui con un neuropsichiatra
- Esplicitata alla mamma l'ipotesi della natura funzionale dei disturbi
- Allertato ospedale di riferimento e pediatria di famiglia

rali, senza rimorsi né sensi di colpa).

Infine, frequentemente, le madri abusanti risultano essere state a loro volta vittime di maltrattamento da parte dei genitori, oppure sono o sono state affette da sindrome di Münchhausen (autoindotta).

All'interno del quadro familiare patologico, la **figura paterna** "interpreta" un ruolo del tutto passivo e negligente. Il più delle volte si tratta di un padre assente o perché resta lontano da casa per lunghi periodi di tempo, o perché sembra non partecipare/essere coinvolto nelle vicende familiari. Peraltro, non di rado, quando la donna viene scoperta e messa di fronte agli abusi perpetrati, il marito la sostiene e può persino rendersi complice dei suoi inganni, facilitando tacitamente il suo comportamento. Vengono, però, descritti casi in cui il padre assume il ruolo di genitore-abusante^{19,20}. Di solito si tratta di padri adulti (30-50 anni), le cui compagne risultano assenti o comunque inadeguate. Spesso anche negli uomini-abusatori si riscontra una sto-

ria personale di Münchhausen oppure una patologia somatoforme.

Le circostanze e le modalità con cui si realizza l'abuso risultano del tutto sovrapponibili, fatto salvo che, al contrario delle donne, i padri-carnefici sembrano non tendere a riproporre l'abuso subito dopo la dimissione ospedaliera, cosa che, invece, caratterizza molti casi perpetrati dalle madri.

Nel caso dell'uomo "Münchhausen", inoltre, viene a mancare quella caratteristica affabilità e aura di genitore modello tipica delle madri abusanti. Si

configura piuttosto come un personaggio aggressivo e ostile, con cui spesso è impossibile entrare in sintonia e che dimostra un atteggiamento astioso e diffidente. Più semplicemente un prepotente, violento, che, attraverso la malattia "imposta" al figlio, vuole riaffermare il suo ruolo di primo piano e di dominatore assoluto di tutte le situazioni. E il padre "Münchhausen" di cui abbiamo avuto esperienza diretta, di fatto, rispecchiava *in toto* tali caratteristiche (Box 4).

Varie tipologie di genitore-abusante

Alcuni Autori²¹ hanno identificato differenti tipologie di genitore-abusante, distinguendole tra:

1. Medico-dipendenti: il genitore perpetua l'abuso inventando i sintomi del bambino e/o manipolando con un falso resoconto i precedenti clinici. In questo caso il danno fisico sul bambino è necessariamente mediato dall'intervento medico poiché, a causa di questi falsi sintomi, la vittima viene spesso sottoposta a molti esami inutili e invasivi;

2. Responsabili attivi: sono i casi in cui il genitore provoca direttamente i sintomi nel bambino. Il bambino subisce quindi un doppio danno: quello direttamente provocato dal genitore-abusante e quello derivante dall'intervento medico.

Dagli stessi Autori, viene, inoltre, identificata un'ulteriore categoria di genitori-abusanti, descritti come **cercatori di aiuto**. Questi sono casi simili, all'esordio, alla MPBs, ma se ne differenziano per il decorso e la prognosi: normalmente si ha un unico episodio di malattia immaginaria. Posto di fron-

CARATTERISTICHE "SOSPETTE" DELLA MADRE PER UNA MBP_s

- Affettuosa e amorevole
- Proprietà di linguaggio e conoscenze mediche
- Comportamento troppo controllato rispetto alla gravità dei problemi del bambino
- Continua ricerca di aiuto medico nonostante le rassicurazioni dello staff sanitario
- Atteggiamento troppo confidenziale e cordiale con i membri dello staff ospedaliero
- Genitore che non lascia mai il figlio da solo durante la degenza

Tabella II

Box 4 - ESPERIENZA CON UN PADRE "MÜNCHAUSEN" OVVERO... CRONACA DI UNA SCONFITTA

F. è un ragazzo di 13 anni con una storia di diplegia spastica, da causa non chiarita (ri-ferite problematiche perinatali, ma in assenza di documentazione certa).

A 11 anni viene sottoposto a intervento a carico dei tendini di Achille e di osteotomia de-rotativa. Ogni anno esegue un lungo ed estenuante ciclo di fisioterapia presso una clinica all'estero, con tanto di ossessiva documentazione fotografica da parte del padre.

Il padre, appunto... dovrete vederlo: dominatore, figura di assoluto rilievo in famiglia, ci dice di aver lasciato il lavoro per potersi occupare completamente del figlio e di avere fon-dato per lui un'associazione onlus. È sempre lì che incombe, parla dei loro ricoveri in sva-riati Paesi europei e di quanto lui sia un uomo importante e potente. La madre sta in disparte e tace.

Si rivolge a noi perché F. da alcuni mesi ha crisi di dolore al collo con difficoltà respirato-ria, ma i medici che lui ha consultato fino ad ora non riescono a capire di che cosa si trat-ti. Ha fino ad ora "collezionato" decine di accessi al PS, ripetuti esami (nel sospetto di asma, anomalie laringee, cardiopatie, RGE) e altrettante terapie.

Di fatto presenta una discreta obesità, ha una balbuzie ed è in terapia con dosi elevate di pantoprazolo e steroidi per aerosol, che di fatto non gli danno nessun beneficio clinico.

Durante il ricovero presenta molte crisi, sempre più lunghe ed estenuanti. Durante la crisi si tiene stretta la gola e dice di non riuscire a respirare, di sentirsi soffocare... in realtà respi-ra e deglutisce normalmente (la saturazione si mantiene sempre buona, non c'è mai cia-nosi, non scialorrea); a volte, esplora l'ambiente con gli occhi. Nulla di questi sintomi ci sug-gerisce un'organicità vera e come unici interventi diagnostici eseguiamo una valutazione ORL (risultata negativa), alcuni esami per confermare l'assenza di patologia, peraltro già ampiamente negata nelle valutazioni precedenti (non c'è anemia da esofagite, l'emoga-sanalisi è perfetta), e una valutazione fisioterapica (la dinamica respiratoria appare ade-guata; proviamo a consigliare degli esercizi di rilassamento in corso di crisi...).

E la diplegia? Mah!

La causa ultima di tale disturbo risultava di difficile comprensione, anche se molti elemen-ti facevano ipotizzare un disturbo somatoforme (con elementi di sindrome da conversione). Era stato intrapreso un programma di presa in carico con approfondimento neuropsicolog-ico e ricovero in NPI, che è stato però rifiutato dai genitori a causa di sopraggiunti pro-blemi familiari (lecito non crederci, ma di fatto non era possibile trattenerli a forza).

Facciamo in modo che almeno tale progetto assistenziale possa essere proseguito a do-micilio (presi accordi con i medici curanti).

... Dopo 15 giorni riceviamo una lettera dal padre, che nel frattempo era ricorso a un nuo-vo ricovero all'estero: "... e qui alla fine hanno capito. Ovviamente si trattava di un reflusso gastroesofageo. Come dicevo anch'io. La vostra ipotesi cade definitivamente..."

La nostra rete, quindi, ha dimostrato di avere delle maglie ancora troppo larghe. Forse dav-vero potevamo fare di più...

te all'evidenza, il genitore-abusante reagisce con sollievo, è disposto a col-laborare e non tradisce alcun segno di ostilità o mistificazione. L'inganno gli consente di cercare le cure mediche per sé, legittimando attraverso il figlio "malato" il proprio bisogno di aiuto psi-cologico, che è pronto però a ricono-scere.

Infine, una tipologia particolarmente "inquietante" è stata individuata nel quadro di Münchhausen "seriale", vale a dire che ripropone l'abuso in più fi-gli, solitamente uno per volta e intorno alla stessa età del fratello precedente²². In una raccolta di 117 casi di MBPs si riporta un tasso di ripetitività in più soggetti della stessa famiglia dell'ordi-

ne del 9%⁴. Questa ripetitività si ripro-ponne con un'elevata frequenza anche nei casi più seri²³.

I dati in questo senso appaiono mol-to variabili ma egualmente impressio-nanti. A fronte di un bambino-vittima, infatti, viene evidenziata una ricorrenza di altri fratelli morti dell'ordine del 6-67%^{3,24-26}.

LA MOTIVAZIONE

Ma cosa spinge il genitore-abusante a provocare la malattia nel proprio bambino? Gli Autori si sono a lungo posti questo quesito, dibattendo se la motivazione dovesse essere conside-

rata nella definizione diagnostica della MBPs. In effetti, tale dato appare cru-ciale per poter definire un quadro di MBPs o quanto meno per distinguere tale condizione da altre forme di abuso sui minori²⁷.

Sembrano esserci diverse tipologie di bisogno psicologico alla base del comportamento del genitore "Mün-chausen"¹⁰. In alcuni casi il genitore-carnefice inventa o produce i sintomi nel bambino allo scopo di procurargli quelle attenzioni e cure che di fatto vor-rebbe per sé. Si instaura cioè una rela-zione patologica di simbiosi per cui il genitore non riconosce i propri confini e cerca la realizzazione dei propri biso-gni attraverso il figlio. Tale motivazione troverebbe conferma nella frequente sovrapposizione tra sindrome di Mün-chausen autoindotta nel genitore e MBPs indotta nel figlio.

In altri casi, si tratta di genitori che sentono il bisogno di essere ricono-sciuti come genitori "devoti" di un fi-glio malato. Infine, non di rado, si può identificare nel genitore "Münchau-sen" la volontà di manipolare e con-trollare delle figure professionali forti, in primo luogo proprio gli stessi medi-ci a cui fanno ricorso (ma anche il per-sonale infermieristico, assistenti socia-li, avvocati, mass media...).

Queste diverse tipologie di motiva-zioni possono spingere contempora-neamente o in momenti diversi le azio-ni di un genitore "Münchhausen".

IL RUOLO DEL MEDICO: VITTIMA O CARNEFICE?

Il medico può essere certamente identificato come il terzo elemento del quadro. Ma in realtà è forse il più im-portante, poiché è lo strumento ne-cessario, la *conditio sine qua non* per-ché la sindrome di MBP possa con-cretamente realizzarsi. La riprova di quanto detto sta nel fatto che i medici che non "rispettano" il ruolo stabilito per loro dall'abusatore vengono da questi rimpiazzati (il *doctor shopping*). Se in un certo senso il medico rimane indiscutibilmente **vittima dell'ingan-no** del genitore-abusante (abusatore dotato di una certa cultura medica

che gli consente di simulare o provocare la malattia con cognizione di causa; *doctor shopping*; falsificazione di reperti precedenti...), al tempo stesso, però, il medico rappresenta anche un **complice**, dal momento che il genitore abusante non può prescindere dalla sua figura per “mettere in scena il dramma”. Di fatto, la MBDs by proxy non può iniziare fino a quando un medico non è coinvolto attivamente.

Solo dall'acquisizione della consapevolezza del ruolo di complice può svilupparsi un corretto operato, sia in senso preventivo che terapeutico. Un recente articolo di Jureidini e coll.²⁸ ci illustra con lucidità la questione partendo dal racconto di un caso vero.... “La piccola Jane è stata ricoverata per 6 mesi e durante tutto questo periodo è stata rianimata più di 100 volte in seguito a ripetuti episodi di collasso emodinamico. Il personale medico riteneva che tali episodi rappresentassero l'epifenomeno di un'unica malattia (non riconosciuta), fino a quando si scoprì che era la madre a indurre tale fenomeno avvelenando ripetutamente la bambina.”

La reazione inevitabile al racconto passa certamente attraverso la domanda su come la madre abbia potuto compiere una tale crudeltà... Ma ciò che ci si deve chiedere, con altrettanta forza, è come il medico abbia potuto rendersi complice di tale abuso...

Per indagare tale aspetto è indispensabile approfondire il gioco di interazione che si era creato nel periodo in cui la piccola Jane era ricoverata e subiva i ripetuti avvelenamenti della madre.

“La mamma della bambina partecipava attivamente all'elaborazione del programma diagnostico e terapeutico che veniva di volta in volta stabilito; si dimostrava estremamente partecipativa, conferendo costantemente con i medici e intervenendo attivamente nelle manovre di rianimazione.

Appariva gentile e amichevole con il personale a eccezione che con un'infermiera, la quale per prima ipotizzò, dopo il primo mese di ricovero della piccola Jane, che potesse essere la madre ad avvelenarla. I medici si dimostrava-

no estremamente coinvolti dal caso e avevano iniziato a scrivere un articolo in cui segnalavano il caso di una nuova malattia metabolica...”

Tra gli aspetti peculiari di comportamento che più caratterizzano e influenzano il ruolo determinante del medico nel realizzarsi di una sindrome MBP, ci sembra doveroso sottolineare qualcuno²⁹:

a. La tendenza alla delega e a evitare di prendersi le proprie responsabilità.

Al contrario, negare una malattia per iscritto, prendendosene completamente la responsabilità, chiudere il problema esplicitamente in prima persona senza delegare altri a farlo, comunicare la propria decisione agli operatori che agiscono intorno al bambino, aiuterà anche altri colleghi, eventualmente coinvolti nel caso e magari già dubbiosi sulla sua natura, a tirare le giuste conclusioni (prevenzione del *doctor shopping* attraverso una rete di persone che mettono le cose “nero su bianco”).

b. La visione superspecialistica della malattia (con l'inevitabile ricorso a molteplici figure professionali in maniera “asettica” ed estranea e la perdita di una “collaborativa visione d'insieme”). Al contrario, recuperare il più possibile un ruolo di medico “globale” (*old wise doctor*), accompagnare parlando a un'eventuale consulenza più che inviare con una semplice richiesta, coinvolgere lo specialista nella visione globale del problema del bambino e della famiglia, potrebbe togliere alla madre predisposta gli strumenti necessari per perpetrare il suo abuso sul bambino.

c. L'accondiscendenza verso i genitori. Tendere a difendere se stessi da eventuali ritorsioni o paura di perdere il cliente, senza mettere in conto i danni che questo tipo di atteggiamento può produrre.

d. La rivalità professionale. Non è difficile per un medico rimanere accecato dall'illogica quanto improbabile idea di aver scoperto una nuova malattia che altri colleghi non avevano riconosciuto, piuttosto che interpre-

tare come MBPs le incongruenze cliniche del caso rispetto ai quadri noti in letteratura.

INDICAZIONI DI COMPORTAMENTO

Il sospetto

È certamente sempre difficile sospettare e affrontare una diagnosi di MBPs. Essa però non deve essere soltanto considerata come una diagnosi di esclusione di fronte all'impossibilità di far combaciare i pezzi di un complicato *puzzle* clinico, piuttosto va ipotizzata attivamente in presenza dei seguenti elementi di sospetto³⁰:

- Un bambino che ha uno o più problemi di salute insoliti, che non rispondono al trattamento o che seguono un decorso anomalo, persistente e non spiegato.
- Segni e i sintomi fugaci, acuti, che non si evidenziano mai in assenza del genitore (spesso l'ospedalizzazione e il controllo attento si dimostrano indispensabili per poter stabilire questo rapporto casuale) o si ripresentano sempre in un contesto fisso (a casa, ad esempio...).
- Un genitore che sembra essere insolitamente calmo di fronte alle gravi difficoltà clinico-terapeutiche che spesso questi bambini pongono, o per contro che appare costantemente sfiduciato nei confronti del personale, richiedendo con frequente insistenza ulteriori pareri clinici (*doctor shopping*).
- Il genitore ritenuto sospetto può lavorare egli stesso nel campo sanitario o esprimere un chiaro interesse per tali tipologie di professioni; tipicamente si dimostra in confidenza con il personale e avanza suggerimenti e consigli in materia di valutazioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche.
- Un genitore estremamente attento ai bisogni del bambino, che sembra necessitare di un'attenzione costante.
- Un genitore con i sintomi riferiti simili a quelli del bambino o con una storia di malattia di per sé insolita e di difficile spiegazione clinica.
- Ricorrenza familiare di episodi si-

mili di malattia o eventi di morti non spiegate.

- Un genitore che sembra avere un'esigenza insaziabile di essere gratificato o che tende a dichiarare apertamente le proprie attitudini e abilità.

Infine, ricordiamo, la tendenza a riproporre malattie in voga. Spesso si tratta di genitori-abusanti che attivamente si informano e approfondiscono le conoscenze del settore e inevitabilmente possono pertanto essere condizionati da ciò che i media periodicamente propongono come argomenti medici all'attenzione della collettività.

La prevenzione (le regole della buona medicina in ipersintesi)

Il messaggio che vorremmo dare a questo proposito si sintetizza in tre punti forse semplici e generici, ma altrettanto veri e praticabili:

- Sii un "bravo medico": credi solo alle patologie conosciute ("ciò che non è scritto sul *Nelson* non esiste", direbbe il prof. Panizon), rinunciando a fare il dottore e lo "scienziato"; nel dubbio di un disturbo fittizio verifica di persona la sintomatologia riferita, abbi fiducia nelle tue conclusioni e prenditi le tue responsabilità (nero su bianco).
- Evita l'approccio "difensivo".
- Sappi chiedere aiuto coinvolgendo lo specialista, senza delegare.

La conferma del sospetto

Per lo meno altrettanto complessa può risultare la ricerca di conferme al sospetto diagnostico.

Il genitore-abusante non lascia quasi mai solo il bambino e questo stesso in alcune circostanze potrebbe (involontariamente) mettere in atto comportamenti collusivi con il suo carnefice. Questi elementi rendono spesso vano il tentativo di smascherare il quadro, interrogando direttamente la piccola vittima. Certamente, poi, lo stesso genitore non tradirà alcun ripensamento e più spesso reagirà cercando la fuga per poi ricorrere a un nuovo contesto sanitario. Peraltro, anche mettere al corrente il partner del genitore-abu-

sante si rivela, spesso, una strategia fallimentare.

Ma allora, che fare? È pur vero che si tratta di una condizione estremamente delicata, ma per il bene del bambino il sospetto deve essere esplicitato e mantenuto fino a una forte evidenza contraria.

La parola d'ordine in questo senso deve essere "**non restare solo**" (lavora in rete), esplicita e discuti il problema con altri testimoni/attori, coinvolgendo tutto il personale sanitario.

Nella pratica, poi, prove valide a conferma o smentita del sospetto possono essere ricercate analizzando e verificando scrupolosamente tutto ciò che viene riferito e descritto. Con difficoltà è possibile ricorrere anche a "test di separazione", monitorando il quadro sintomatologico in assenza del genitore sospettato oppure, specie nel dubbio di una sintomatologia direttamente provocata, predisponendo un sistema di video-sorveglianza nel contesto del ricovero³¹.

E poi...

L'approccio migliore va applicato caso per caso in base anche alle valutazioni delle Autorità legali competenti, considerando soprattutto eventuali rischi residui di recidiva a distanza.

La decisione di allontanare o meno il bambino dal genitore-abusante è sempre una cosa complessa, considerando soprattutto che si tratta quasi sempre della madre.

La questione andrà giustamente affrontata allertando le Autorità competenti, ma soprattutto creando una rete multidisciplinare che comprenda il personale sanitario, sociale e assistenziale, che è entrato in contatto con la vicenda. Fondamentale anche in questo senso è la figura del pediatra del bambino, che dovrebbe assumere un ruolo centrale di coordinatore degli interventi e supervisore dei risultati.

Il caso riportato nel *Box 5* ci sembra esemplificativo di tutto quanto abbiamo detto, ma soprattutto di quanto la soluzione del problema debba necessariamente passare attraverso un lavoro (faticoso) di rete nel quale il ruolo del pediatra di famiglia trova un posto irrinunciabile e di primo piano.

MESSAGGI CHIAVE

□ La sindrome di Münchhausen consta di una complessa patologia fittizia, caratterizzata da ripetuti ricoveri ospedalieri per la diagnosi e la cura di disturbi spesso bizzarri, consapevolmente autoprodotti dal paziente. Nella sindrome di Münchhausen by proxy, la produzione volontaria e consapevole di disturbi a carico del bambino (tipicamente un bambino piccolo) è effettuata da un familiare, di regola la madre.

□ Vanno distinte due forme: la prima è la "falsificazione nel bambino": un genitore falsifica (inventando, amplificando o provocando) segni e sintomi di malattia, facendolo credere, o rendendolo, malato (è un abuso diretto, la cui manifestazione più grave può essere il soffocamento che simula una SIDS); la seconda, più vicina alla classica sindrome di Münchhausen, è il "disturbo fittizio per procura": viene riferita all'adulto-carnefice che inventa o provoca la malattia del figlio per un proprio bisogno di assumere, per interposta persona, il ruolo di malato.

□ L'incidenza del disturbo è molto bassa, in media 1,2/100.000 nuovi casi/anno, e sale a 3/100.000 sotto l'anno di vita. La mortalità conseguente è calcolata intorno al 10%.

□ La sindrome si può presentare con la simulazione di segni o sintomi di malattia (minuziose e realistiche descrizioni di disturbi mai verificatisi, falsificazione di esami di laboratorio o inquinamento dei campioni), con la loro amplificazione (esagerazione drammatica di disturbi minori), fino all'induzione (produzione diretta del danno nel minore, fino all'avvelenamento o all'induzione di ipoglicemia mediante insulina).

□ La posizione del medico coinvolto è tra le più difficili della pratica pediatrica. Da una parte deve percepire e individuare l'inganno di cui è vittima assieme al bambino; deve sfuggire al ruolo di complice necessario (della madre abusante); dall'altra non può accontentarsi di riconoscere l'inganno, ma deve trovare il modo di rompere la catena dell'abuso, che va denunciato alle autorità competenti, e di creare attorno al bambino e alla famiglia una rete assistenziale di sostegno.

Box 5 - "ORGANICO, FUNZIONALE... O SOLO VIRTUALE?"

T. giunge alla nostra osservazione all'età di 7 anni: la sua storia è talmente lunga che la madre l'ha "riassunta" in quattro fogli da lei redatti al computer con una terminologia medica molto appropriata, con allegata una documentazione clinica di almeno una quarantina di referti, ognuno dei quali corrispondente a un esame strumentale o visita specialistica.

Il racconto della madre

È una signora molto gentile, che racconta i fatti con estrema calma e senza apparente partecipazione emotiva: inizia il racconto dal primo anno di vita, quando il bambino, per infezioni urinarie ricorrenti, viene sottoposto a ripetute ecografie, cistografie e scintigrafie, tutte negative, ed esegue profilassi antibiotica fino all'anno.

Fin dai primi mesi T. vomita molto, fino a 20 volte al dì, ma i primi esami eseguiti, svariate ecografie gastriche e anche una EGDscopia, risultano nella norma. Dai 2 ai 4 anni presenta vomito pressoché quotidiano, pianto notturno, bronchiti e broncopolmoniti ricorrenti e alternanza di stipsi e diarrea.

L'ecografia della giunzione esofagogastrica, ripetuta con regolarità ogni 3 mesi, evidenzia una malposizione gastrica; a 19 mesi il tubo digerente mostra una malrotazione gastrica, con regione pilorica retroposta, ma con normale tempo di svuotamento gastrico e regolare opacizzazione del duodeno e del tenue; a 2 anni un'endoscopia rivela una esofagite di 1° grado (ogni anno questi esami vengono ripetuti). Come terapia, alterna farmaci procinetici, antispastici, antiacidi, anti-H2 e inibitori di pompa protonica (IPP). A 4 anni si ripresenta il problema urinario, con infezioni ricorrenti e urinocolture positive, pur con esami strumentali tutti nella norma; ciononostante, viene ripresa profilassi antibiotica protratta per mesi. Compare anche una profonda astenia, con debolezza muscolare tale da richiedere accertamenti: si evidenzia un'alterazione degli enzimi muscolari e un persistente aumento dell'FT3, per cui vengono eseguite ecografia e scintigrafia della tiroide, risultate nella norma; viene intrapresa terapia con melatonina (?).

A 5 anni i sintomi gastrointestinali tornano a dominare il quadro clinico, con vomito e dolore addominale che provocano stato di agitazione e ripetuti risvegli notturni: l'eco mostra beanza cardiaca e RGE; il tubo digerente conferma il reflusso, con opacizzazione del tratto toracico e allargamento dell'angolo di His; l'EGDscopia mostra segni di esofagite con piccola ernia iatale; la scintigrafia con cibi solidi dà valori di svuotamento ai limiti superiori della norma e quella con cibi liquidi dà valori di svuotamento elevati; alla pH-metria esofagea delle 24 ore risulta un indice di reflusso del 6%. A 5 anni e 8 mesi viene operato di funduplicatio secondo Nissen in laparoscopia. Nei mesi seguenti, nonostante dieta semiliquida e terapia con IPP, persistono dolore in ipocondrio sinistro, continue eruttazioni, sensazione di pienezza post-prandiale, meteorismo e stipsi: il tubo digerente mostra lieve rallentamento del transito nel terzo distale dell'esofago, con svuotamento gastrico normale; la scintigrafia gastrica evidenzia svuotamento gastrico notevolmente rallentato.

In altra città e sede ospedaliera, viene eseguita dilatazione endoscopica con prelievi biotipici in duodeno per sospetta celiachia, non confermata. Nei 6 mesi successivi, per sospetta "gas-bloat syndrome", vengono ripetute cinque dilatazioni pneumatiche endoscopiche, in anestesia generale. Viene rilasciata una esenzione dal ticket sanitario per pseudostruzione intestinale.

A 6 anni il bambino è sempre più debole; inizia a frequentare la scuola, ma è costretto a lunghe assenze per malattia, presenta scarsa crescita e fratture spontanee: non vi è documentazione radiologica delle fratture, gli accertamenti neuromuscolari (studi genetici e biopsia) risultano normali; la funzionalità della tiroide è sempre alterata per elevazione dell'FT3, mentre la funzionalità dell'ormone della crescita, valutata coi test di stimolo, risulta nella norma.

La madre continua instancabile a raccontare la storia del suo bambino e lui non si stacca mai da lei, se interpellato la guarda prima di rispondere, quasi a cercare il suo permesso a parlare, e mentre lei parla, lui diligentemente fa i compiti di scuola o disegna. T. nuota, gioca a calcio, fa pattinaggio e suona molto bene il pianoforte. Presto terrà un concerto a cui siamo invitati; saranno presenti anche altri medici che lo hanno seguito in passato. Gli offriamo una merendina per vedere cosa succede, ma lui cerca con lo sguardo il consenso della madre e poi la rifiuta, perché lei dice che starà sicuramente male, gli si gonfierà lo stomaco e avrà dolore. A un certo punto del racconto la madre, impassibile fino a quel momento pur nella tragicità degli eventi raccontati, non riesce a nascondere una profonda rabbia e delusione per quanto accaduto pochi mesi prima ed è stata proprio questa reazione a metterci in guardia: il bambino era stato ricoverato in una sede universitaria extraregionale; gli esami eseguiti erano risultati tutti negativi e lui dimesso con diagnosi di "bambino sano".

T. invece, secondo la mamma, è tutt'altro che sano: vomita spesso e di notte sporca il cuscino con i succhi gastrici, lamenta dolore in corrispondenza dello stomaco, ha l'addome disteso e pieno d'aria, si riempie subito quando mangia, non cresce ed è talmente debole che cade o inciampa con facilità, tanto da provocarsi fratture, come quella recente al piede sinistro (per gonalgia ha eseguito una RMN del ginocchio destro, che ha evidenziato una non meglio precisata osteocondrite), lamenta spesso cefalea e viene riferita una riduzione del visus.

Obiettivamente peso e altezza sono al terzo centile, la cute è pallida, l'addome meteorico e dolente in ipocondrio sinistro; presenta frequente ammiccamento e zoppia da riferita frattura del piede sinistro; ha gli incisivi ricoperti per riferite erosioni da acido.

I nostri sospetti e la difficoltà a confermarli

Sospettiamo una sindrome di MBP, sospetto condiviso dai medici che tanto avevano fatto arrabbiare la madre di T. con quella diagnosi che negava ogni patologia, medici che abbiamo immediatamente contattato, come pure abbiamo informato il pediatra curante e molti dei medici che si erano occupati del bambino fino a quel momento, che non si erano mai confrontati, probabilmente perché nessuno si era mai fatto carico di analizzare il problema nella sua globalità.

Viene consultata l'Autorità Giudiziaria, che ci consiglia cautela: consapevoli che a 7 anni è difficile sospettare una diagnosi di MBPs ed è ancor più difficile confermarne i sospetti e uscire dalla "trappola medica", abbiamo creato una rete attorno alla famiglia, coinvolgendo anche il padre, mai nominato nel racconto della madre, e agendo in stretta collaborazione con il pediatra di famiglia, la scuola, i servizi sociali, gli psicologi e i neuropsichiatri del territorio di residenza.

Con l'aiuto del pediatra curante, abbiamo convinto la madre a far riferimento, oltre che a noi, a un centro ospedaliero universitario dove

abbiamo ottenuto la collaborazione di medici che si occupano anche di maltrattamento e abuso nell'infanzia e agli psicologi di un centro provinciale per la tutela dei bambini vittime di violenze e abusi, formato da un team multiprofessionale (neuropsichiatra infantile, psicologo dell'età evolutiva, psicologo della famiglia, assistente sociale, pediatra e consulente giuridico): entrambi i centri sono vicini al luogo di residenza, a differenza del nostro ospedale, molto più distante e quindi più scomodo per la famiglia.

La situazione attuale

Dalla nostra prima osservazione sono trascorsi 2 anni: i genitori e il bambino sono seguiti da psicologi e neuropsichiatri del centro, che si è fatto totalmente carico del problema e che organizza periodici incontri per informare tutte le figure sanitarie coinvolte, con la supervisione di un neuropsichiatra esterno, esperto di sindrome di Münchausen.

La famiglia si è rivelata molto "malata", con dinamiche disfunzionali che coinvolgono anche i nonni; la madre aveva sofferto di depressione in passato ed era già stata seguita dal Servizio di Igiene Mentale. Il bambino, prima di intraprendere un percorso psicoterapeutico, aveva bisogno di normalizzare le sue condizioni di vita e in questo è stato aiutato dal pediatra curante e dalla scuola; sono stati prospettati un lavoro di psicomotricità e altre attività come la musicoterapia e arteterapia per avvicinarlo di più alle sue emozioni, da cui si mostra totalmente distaccato.

Quando sembrava che tutto stesse andando per il meglio, grazie al lavoro di squadra sono subentrati eventi nuovi e allarmanti: per disturbi visivi e crisi lipotimiche il bambino si è rivolto a un neuropediatra, tempestivamente informato dei nostri sospetti, che in una RMN eseguita in passato per motivi non noti ha riscontrato un quadro malformativo tipo Arnold-Chiari, cui non era stato dato importanza perché all'epoca non ritenuto così grave da manifestarsi clinicamente.

T. è stato sottoposto a intervento neurochirurgico, ma secondo la madre l'intervento non è riuscito, perché i sintomi persistono e pertanto è già stato contattato un secondo specialista per reintervenire chirurgicamente... e la storia continua, sempre più intricata e piena di insidie e dubbi diagnostici su quanto ci sia di organico, quanto di funzionale e quanto di solo... virtuale.

Indirizzo per corrispondenza:

Zemira Cannioto

e-mail: zemira79@hotmail.com

Bibliografia

1. Stirling J Jr and the Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Münchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-30.
2. Schreier H. Münchausen by Proxy Defined. *Pediatrics* 2002;110:985-8.
3. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996;75:57-61.
4. Rosenberg D. Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987;11:547-63.
5. Schreier H, Libow J. Hurting for love: Münchausen by proxy syndrome. New York, NY: Guilford Press, 1993.
6. Asher R. Münchausen's syndrome. *Lancet* 1951;1:339-41.
7. Meadow R. Münchausen syndrome by proxy - the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;2:343-5.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000:513.
9. Meadow R. What is and what is not Münchausen syndrome by proxy? *Arch Dis Child* 1995;72:534-8.
10. Ayoub C, Alexander R, Beck D, et al. Definitional issues in Münchausen by proxy. *Child Maltreatment* 2002;7:105-11.
11. Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. *Arch Dis Child* 1992;67:1510-6.
12. Feldman KW, Hickman RO. The central venous catheter as a source of medical chaos in Münchausen syndrome by proxy. *J Pediatr Surg* 1998;33:623-7.
13. Bryk M, Siegel PT. My mother caused my illness: the story of a survivor of Münchausen by proxy syndrome. *Pediatrics* 1997;100:1-7.
14. de Ridder L, Hoekstra JH. Manifestation of Münchausen syndrome by proxy in pediatric gastroenterology. *JPGN* 2000;31:208-11.
15. Kosmach B, Tarbell S, Reyes J, Todo S. Münchausen by proxy syndrome in a small bowel transplant recipient. *Transplant Proc* 1996;28:2790-1.
16. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999;80:7-14.
17. Truman TL, Ayoub C. Considering suffocatory abuse and Münchausen by proxy in the evaluation of children experiencing apparent life threatening events and SIDS. *Child Maltreatment* 2002;7:138-48.
18. McGuire TL, Feldman K. Psychology morbidity of children subjected to Münchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1989;83:289-92.
19. Meadow R. Münchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 1998;78:210-6.
20. Makar AF, Squier PJ. Münchausen syndrome by proxy: father as perpetrator. *Pediatrics* 1990;85:370-3.
21. Libow J, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Münchausen by proxy syndrome? *Am J Orthopsychiatry* 1986;56:602-11.
22. Alexander R, Smith W, Stevenson R. Serial Münchausen by proxy. *Pediatrics* 1990;86:581-5.
23. Bools CN, Neale B, Meadow SR. Follow-up of victims of fabricated illness (MSBP). *Arch Dis Child* 1993;69:625-30.
24. Bools C, Neale B, Meadow S. Co-morbidity associated with fabricated illness (Münchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1992;67:77-9.
25. Meadow R. Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *J Pediatr* 1990;117:351-6.
26. Meadow R. Fictitious epilepsy. *Lancet* 1984;2:25-8.
27. Schreier H. On the importance of motivation in Münchausen by proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:537-49.
28. Jureidini JN, Shaker AT, Donald TG. "Münchausen by proxy syndrome": not only pathological parenting but also problematic doctoring? *MJA* 2003;178:130-2.
29. Marinelli I. Può esistere una sindrome di Münchausen by doctors? O si tratta di una provocazione? *Quaderni acp* 2008;15:213-5.
30. Guida di riferimento per ritenere sospetto e identificare un quadro di Münchausen by Proxy: www.kidshhealth.org/parent/system/ill/munchausen.html.
31. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan S, Kennedy RD, Johnson SC. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics* 2000;105:1305-12.

