

La sindrome di Munchausen per procura. L'importanza della diagnosi precoce

Indagine tra i professionisti della salute nel contesto italiano

Roberto Lupo, San Giuseppe da Copertino Hospital, ASL Lecce

Roberta Orlando, Centro di diagnostica per immagini "Ortokinesis", Carmiano, Lecce

Federico Cucci, Città di Lecce Hospital, Gruppo Villa Maria, Lecce

Ludovica Panzanaro, C.R.A.P. Carrubo, Sol Levante Srl, Avetrana (TA)

Antonino Calabrò, Centro Salute Mentale Biella

Paolo Caldararo, Ospedale Vito Fazzi, Lecce

Luana Conte, Department of Physics and Chemistry, University of Palermo

Pietro Santoro, Mathematical Consulting, Lecce

Gianluigi Pizzolla, ASL BAT (Barletta, Andria, Trani)

Giovanni Marco Greco, direzione medica, Ospedale San Giuseppe da Copertino, Copertino (LE) ASL Lecce

Lorenzo Tondo, Centro Dialisi DIAVERUM, Copertino (LE)

Chiara Carriero, psicologa/psicoterapeuta libero professionista

Elsa Vitale, direzione delle professioni sanitarie e infermieristiche, ASL Bari

Abstract: *Background.* La sindrome di Münchausen per procura (*Münchausen Syndrome by Proxy – MSbP*) è una forma di abuso in cui il danno viene ripetuto in numerose occasioni. È associata a elevata morbidità, può portare a molte ospedalizzazioni delle vittime, determinare lesioni permanenti e in alcuni casi la morte. Di fronte a tale scenario diviene fondamentale il riconoscimento precoce di segni e sintomi iniziali da parte dei professionisti della salute. *Obiettivo.* valutare il grado di conoscenza della sindrome di Münchausen per procura tra i professionisti che lavorano nei diversi setting lavorativi. *Materiali e metodi.* È stata condotta una survey on line, coinvolgendo professionisti medici ed infermieri, utilizzando il questionario di Hochhauser (Hochhauser *et al.*, 1994). *Risultati.* Hanno partecipato allo studio 255 professionisti della salute. Dai risultati dello studio emerge un'insufficiente informazione relativamente al pattern Münchausen: solo il 47.5% (n = 121) ritiene che la sindrome sia classificabile tra le patologie delle cure, il 91.4% (n = 233) afferma che un professionista debitamente formato in merito possa contribuire significativamente al riconoscimento e diagnosi della sindrome. *Conclusione.* Lo studio ha dimostrato un'insufficiente conoscenza del pattern Münchausen, evidenziando la necessità di investire in corsi di formazione, a partire dai corsi di laurea.

Parole chiave: abuso, minore, sindrome, Münchausen, professionisti.

Abstract: *Background.* Münchausen Syndrome by Proxy (MSbP) is a form of abuse in which harm is repeated on numerous occasions. It is associated with high morbidity, can lead to many hospitalizations of victims, result in permanent injury and in some cases death. In the face of such a scenario, early recognition of early signs and symptoms by health professionals becomes crucial. *Aim.* To assess the degree of knowledge of Münchausen Syndrome by Proxy among professionals working in different work settings. *Materials and Methods:* An online survey was conducted, involving medical professionals and nurses, using Hochhauser's questionnaire (Hochhauser *et al.*, 1994). *Results.* 255 health professionals participated in the study. The results of the study showed an 'insufficient information regarding the Münchausen pattern: only 47.5% (n = 121) believed that the syndrome is classifiable among the Pathologies of Care, 91.4% (n = 233) stated that a properly trained professional in this regard could contribute significantly to the recognition and diagnosis of the syndrome. *Conclusion.* The study demonstrated insufficient knowledge of the Münchausen pattern, highlighting the need to invest in training courses, starting with undergraduate courses.

Keywords: Abuse, Minor, Syndrome, Münchausen, Professionals.

Introduzione

La sindrome di Münchausen per procura (MSbP), classificata dal DSM V (quinta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) come disturbo fittizio (Abdurrachid, Gama Marques, 2022), rappresenta una forma di abuso attiva, configurabile come forma di maltrattamento fisico e psichico. Ci sono molti segni che possono generare nei medici e infermieri il sospetto di una diagnosi di FDIS (factitious disorder imposed on self) o FDIA (factitious disorder imposed on another), situazione estrema che porta ad insufficienza d'organo, fino alla morte del paziente (APSAC Practice Guidelines, 2025). La sindrome di Münchausen per procura (MSbP) risulta essere una forma subdola di abuso sui minori, poco conosciuta e ancora poco discussa in letteratura, che abbraccia un ampio spettro di azioni manipolatorie, dal brainwashing all'intervento fisico attraverso ferite indotte o somministrazione di sostanze tossiche, fino alla deliberata alterazione di campioni biologici. Il pediatra e le strutture sanitarie sono le prime fonti esterne che vengono coinvolte nelle dinamiche münchaussiane; i professionisti della salute devono ricoprire un ruolo primario nell'identificazione dei segni precoci di tale patologia. Il Neuropsychiatric Institute and Hospital di Los Angeles ha condotto uno studio in cui ha valutato il livello di conoscenza dell'MSbP tra gli infermieri pediatrici; il risultato è stato che solo la metà dei partecipanti ha riferito di aver già sentito precedentemente parlare di tale sindrome, e di questi il 23.5% aveva avuto un'esperienza diretta, il 19% ne era venuto a conoscenza tramite i media, il 9% tramite riviste scientifiche, il 7% tramite conferenze, il 6% dai colleghi e solo una persona tramite studi accademici (Bursch *et al.*, 1996), risultando quindi che il problema richiedeva un maggiore approfondimento.

Da qui la scelta di indagare sul grado di conoscenza di tale sindrome in ambito sanitario.

Obiettivo dello studio

Obiettivo dello studio è rilevare le conoscenze, percezioni e attitudini dei professionisti sanitari italiani circa la sindrome di Münchausen per procura, nelle diverse forme in cui viene manifestata all'interno dei setting operativi italiani.

Materiali e metodi

Disegno di studio

Studio osservazionale, trasversale, multicentrico.

Procedure di studio

Sono stati coinvolti i professionisti sanitari che operano sul territorio nazionale. I professionisti infermieri hanno potuto accedere al link creato ad hoc, attraverso la mailing list dei rispettivi ordini che hanno accettato di collaborare per quanto riguarda.

Hanno aderito allo studio gli OPI di: La Spezia, Varese, Lecce, Torino, Trento, Arezzo, Cremona, Lecco, Brescia, Prato, Piacenza. I Medici hanno potuto accedere alla survey, attraverso le reti social dove il link è stato pubblicato.

Descrizione dello strumento di indagine

È stato utilizzato il questionario di Hochhauser *et al.* (1994) allo scopo di valutare le conoscenze di medici ed infermieri. Oltre a domande di interesse demografico, il questionario è suddiviso in 4 sezioni contraddistinte con le lettere A, B, C e D, in cui sono ripartite delle domande secondo criterio di pertinenza ad un particolare ambito: sez. A – dati socio-professionali; sez. B – grado di conoscenza della sindrome (item 1-4); sez. C – percezione e pratica professionale (items 5-6); sez. D – esperienza professionale e percezione bisogno formativo (items 7-13). La domanda 4 proponeva 18 item inerenti le caratteristiche distintive della sindrome, veniva quindi richiesto di indicare quelle ritenute corrette. All'interno della presentazione del questionario sono state enunciate le caratteristiche dello studio.

Analisi statistica

Sono state condotte analisi descrittive per tutte le variabili qualitative e quantitative. Le variabili continue sono state sintetizzate tramite media e deviazione standard (DS) e le variabili categoriche mediante frequenze e percentuali. Tutti i test con p-value < 0.05 sono stati considerati come significativi. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso l'uso di un software (Software Statistical Package for Social Science) versione 17.

Criteri di reclutamento

Criteri di inclusioni e di esclusione

Sono stati inclusi nello studio, i medici e gli infermieri con almeno 1 anno di esperienza lavorativa, dai 21 ai 70 anni e che hanno sottoscritto il consenso informato. Esclusi coloro che non hanno firmato il consenso informato e quelli che avevano un'esperienza lavorativa inferiore ad un anno.

Risultati

Sezione A: dati socio-professionali

Il campione che ha aderito all'indagine è

di $n = 255$. La Regione maggiormente rappresentata è la Puglia con il 58.9% ($n = 145$); l'OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche) più rappresentato è Lecce con il 52.0% ($n = 127$). Il campione che ha aderito all'indagine è rappresentato per il 74.6% ($n = 185$) dal genere femminile, rispetto a quello maschile pari al 25.4% ($n = 63$). La fascia d'età 31-40 è quella maggiormente rappresentativa del campione con il 30.3% ($n = 77$). Il 26.8% ($n = 64$) dei professionisti opera in Area Critica, seguito dal 19.2% ($n = 46$) che opera in area Materno-Infantile. Inoltre, la popolazione studiata è composta dall'83.9% ($n = 214$) da infermieri, dei quali il 28.5% ($n = 71$) ha tra 1 e 5 anni di servizio. Il titolo di studio più frequente è nel 60.1% dei casi ($n = 152$) la laurea triennale.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche del campione.

Variabile		Frequenza n	Percentuale %
Genere	Maschio	63	25.4%
	Femmina	185	74.6%
Età	21-30	66	26.0%
	31-40	77	30.3%
	41-50	58	22.8%
	51-60	47	18.5%
	61-70	6	2.4%
Ruolo lavorativo	Infermiere	214	83.9%
	Medico	41	16.1%
	Diploma universitario	41	16.2%
	Laurea triennale	152	60.1%
	Laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche	21	8.3%
	Laurea medicina e chirurgia	39	15.4%
Area geografica	Nord	32	12.9%
	Centro	61	24.7%
	Sud-isole	153	62.1%
Esperienza lavorativa	1-5 anni	71	28.5%
	6-10 anni	53	21.3%
	11-15 anni	29	11.6%
	16-20 anni	37	14.9%
	21-25 anni	20	8.0%
	26-30 anni	15	6.0%
	Oltre i 30 anni	24	9.6%

Area lavorativa	Area medica	36	14.2%
	Area chirurgica	38	15.9%
	Area critica	64	26.8%
	Area materno-infantile	46	19.2%
	Area salute mentale	28	12.3%
	Area territoriale-riabilitativa	34	14.1%

Tabella 2. Conoscenze sindrome di Munchausen.

Sezione B. Grado di conoscenza sindrome di Munchausen		Frequenza n	Percentuale %
Hai mai sentito parlare delle sindrome di Munchausen?			
Sì		187	73.6%
No		67	26.4%
In quale occasione o attraverso quale fonte ha acquisito conoscenze	Altri professionisti	26	12.1%
	Formazione continua in medicina	14	6.5%
	Formazione di base	73	34.0%
	Formazione post base	12	5.6%
	Quotidiani; social media	50	23.3%
	Riviste professionali	11	5.1%
	Altro	29	13.5

Tabella 3. Conoscenze sindrome di Munchausen.

Item	Risposta	Frequenza n	Percentuale %
Quali reputa siano le caratteristiche distintive la sindrome di Münchausen per procura? (possibili più risposte esatte, barrare le caselle corrispondenti).			
Item n. 1: la sindrome di Munchausen è una forma di abuso su minore classificabile tra le cosiddette "Patologie delle cure"	Sì	121	47.5%
	No	134	52.5 %
Item n. 2: si ha la presenza di una malattia inspiegabile persistente o ricorrente	Sì	68	26.7%
	No	187	73.3%
Item n. 3: la madre assume atteggiamenti inappropriati al periodo involutivo del bambino	Sì	59	23.1%
	No	196	76.9%
Item n. 4: si ha la presenza di una malattia inspiegabile persistente o ricorrente	Sì	68	26.7%
	No	187	73.3%
Item n. 5: la madre assume atteggiamenti inappropriati al periodo evolutivo del bambino?	Sì	59	23.1%
	No	196	76.9 %
Item n. 6: la madre è fredda o indifferente nei confronti del bambino?	Sì	8	3.1%
	No	247	96.9%
Item n. 7: la madre è molto attenta e presente; si rifiuta di lasciare il bambino da solo e si propone per somministrare essa stessa i farmaci ed effettuare la raccolta di sangue e urina?	Sì	107	42.0%
	No	148	58.0%
Item n. 8: la madre è meno preoccupata della malattia del figlio di quanto non lo siano i sanitari e acconsente prontamente a qualsiasi procedura diagnostico-terapeutica anche molto invasiva proposita dai medici?	Sì	33	12.9%
	No	222	87.1%

Item n. 9: il bambino è spesso frutto di una gravidanza non desiderata?	Si	2	0.8%
	No	253	99.2%
Item n. 10: il bambino vittima di sindrome di Münchausen per procura è tipicamente in età prescolare (dalla nascita ai 4 anni di età)?	Si	63	24.7%
	No	192	75.3%
Item n. 11: i disturbi indotti/simulati più comunemente sono: convulsioni, sanguinamento, squilibri biochimici, febbre e vomito?	Si	65	25.5%
	No	190	74.5 %
Item n. 12: segni e sintomi non si manifestano in assenza della madre?	Si	77	30.2%
	No	178	69.8%
Item n. 13: lo scopo ultimo delle azioni materne è la morte del bambino?	Si	3	1.2%
	No	252	98.8%
Item n. 14: si ha discrepanza tra risultati clinici e storia riferita?	Si	113	44.3%
	No	142	55.7%
Item n. 15: la madre possiede conoscenze mediche e/o infermieristiche?	Si	41	16.1%
	No	214	83.9 %
Item n. 16: il bambino appare spaventato dalla madre rifiutandone il contatto?	Si	11	4.3%
	No	244	95.7%
Item n. 17: il bambino appare trascurato?	Si	11	4.3%
	No	244	95.7%
Item n. 18: il bambino vive un rapporto simbiotico con la madre?	Si	58	22.7%
	No	197	77.3%
Item n. 19: il genitore non perpetrante l'abuso, generalmente il padre, è l'elemento passivo, marginale, della coppia genitoriale?	Si	60	23.5%
	No	195	76.5 %
Item n. 20: se non conduce a morte, la sindrome di Münchausen per procura comporta comunque sequele a lungo termine sulla salute psicofisica del bambino?	Si	125	51.0%
	No	130	49.0%

Tabella 4. *Percezione pratica professionale.*

A cosa ha assistito durante la sua attività professionale:	Risposta	Frequenza n	Percentuale %
Raccontano minuziosamente la storia della malattia del figlio	Si	70	27.5%
	No	185	72.5 %
Chiedono di partecipare alla somministrazione della terapia	Si	40	15.7%
	No	215	84.3%
Sono particolarmente attivi e cercano di aiutare gli infermieri socializzando con questi e con gli altri pazienti	Si	33	12.9%
	No	222	87.1%
Sono particolarmente presenti e ansiosi nei confronti del figlio durante la degenza in ospedale ma acconsentono prontamente a tecniche diagnostico terapeutiche anche invasive	Si	85	33.3%
	No	170	66.7%
Si sono presentati più volte con il proprio bambino vittima di patologie ogni volta non ben clinicamente definibili	Si	68	26.7%
	No	187	73.3%
Altro	Si	6	2.4%
	No	249	97.6%

Nessuna di queste	Sì	4	1.6%
	No	251	98.4%
Fra i genitori che ricorrono con molta assiduità al ricovero del proprio figlio ha mai riscontrato situazioni nelle quali i genitori:			
Raccontano che il figlio è affetto da malattie particolarmente rare	Risposta	Frequenza n	Percentuale %
	Mai	83	36.4%
	Qualche volta	111	48.7%
Riferiscono che il figlio ha una malattia difficile da diagnosticare, pur risultando sano	Spesso	34	14.9%
	Mai	73	32.3%
	Qualche volta	96	42.5 %
Esagerano i sintomi e il quadro clinico del bambino	Spesso	57	25.2%
	Mai	40	17.6%
	Qualche volta	84	37.0 %
Attribuiscono significati patologici gravi a malattie sintomatologicamente modeste, richiedendo ulteriori accertamenti	Spesso	103	45.4%
	Mai	39	17.2%
	Qualche volta	90	39.6%
Decidono di interrompere l'iter clinico senza motivo apparente	Spesso	98	43.2%
	Mai	92	40.4%
	Qualche volta	107	46.9 %
	Spesso	29	12.7%

Tabella 5. Esperienza professionale e percezione bisogno.

Item	Risposta	Frequenza n	Percentuale %
Ha mai assistito nel corso della sua professione alla diagnosi di tale sindrome?	Sì	38	14.9%
	No	217	85.1 %
Se sì, è stato attivamente coinvolto in tale diagnosi?	Sì	16	12.2%
	No	115	87.8%
Ha mai assistito a casi che, all'epoca in cui si sono verificati ha sospettato, o potrebbe ora sospettare retrospettivamente, essere attribuibili a tale sindrome e non diagnosticati come tali?	Sì	84	32.9%
	No	171	67.1%
A quanti casi, pensa di aver assistito, nell'arco della sua esperienza lavorativa?	Nessuno	135	52.9%
	Uno	51	20.0%
	Da uno a cinque	65	25.5%
	Più di 5	4	1.6%
Se ha assistito a casi di sospetta o diagnosticata MSbP, chi dell'equipe sanitaria è stato il primo a muovere sospetti?	Altro	42	29.8%
	Il pediatra	40	28.4%
	Lei	19	13.5%
	Un operatore sanitario	40	28.4%

Item: secondo Lei, quando sorge il dubbio di poter essere in presenza della sindrome di Münchhausen per procura, sarebbe opportuno:	Risposta	Frequenza n	Percentuale %
raccogliere tutte le informazioni possibili, ricorrendo a contatti con gli insegnanti, i vicini di casa, gli amici del bambino, per sapere se ci sono stati segnali o sintomi di malattia in loro presenza	Sì	211	86.7%
	No	34	13.3%
porre attenzione alla connessione tra comparsa dei sintomi e presenza materna	Sì	243	96.0%
	No	10	4.0%
analizzare i dettagli delle informazioni riportate dal genitore, per constatare un'eventuale tendenza alla menzogna	Sì	239	93.7%
	No	16	6.3%
prendere contatto con altri membri della famiglia, come ad esempio i nonni	Sì	214	83.9%
	No	41	16.1 %
raccogliere informazioni presso il medico di famiglia, per capire se il genitore stesso si dichiara spesso affetto da malattie inspiegabili	Sì	222	87.4%
	No	32	12.6 %

Dall'analisi dei dati consegue che il bambino è spesso frutto di una gravidanza indesiderata, il 22.7% (n = 58) asserisce che il bambino vive un rapporto simbiotico con la madre; quest'ultima, infatti, ha una visione distorta della propria salute che trasferisce di riflesso sul bambino, il quale a sua volta tende ad assecondare la madre simulando i sintomi delle malattie da lei immaginate. Inoltre, il 14.9% (n = 34) dei professionisti dichiara che le madri Münchhausen raccontano spesso che il figlio è affetto da malattie particolarmente rare, il 25.2% (n = 57) che spesso riferiscono che il figlio ha una malattia difficile da diagnosticare, pur risultando sano, e il 45.4% (n = 103) che esagerano i sintomi e il quadro clinico del bambino.

Analizzando i risultati ottenuti dalla percezione e dalla pratica professionale, emerge che buona parte dei professionisti ha assistito nel corso della propria professione alla diagnosi di Sindrome di Münchhausen per procura, il 12.2% (n = 16) è stato direttamente coinvolto nella diagnosi e che, nel momento in cui ha assistito a casi di sospetta o diagnosticata MSbP, tra i componenti dell'equipe sanitaria, il primo a muovere sospetti è stato il pediatra. Dallo studio effettuato emerge inoltre che l'86.7% (n = 221) ritiene opportuno raccogliere tutte le informazioni possibili, ricorrendo a contatti con gli insegnanti, vicini di casa e amici del bambino, per sapere se ci sono stati segnali o sintomi in loro presenza.

Dall'analisi statistica inferenziale emerge un'associazione significativa tra l'età dei professionisti e l'esperienza lavorativa, motivo per

cui i giovani riescono con grande difficoltà a riconoscere eventuali maltrattamenti della madre nei confronti del figlio. Altre associazioni statisticamente significative emergono in relazione al titolo di studio e la percezione che hanno gli infermieri nel momento in cui le madri decidono di interrompere le cure.

Discussione

Obiettivo dello studio è quello di valutare, tra i professionisti della salute italiani, il grado di conoscenza della sindrome di Münchhausen per procura. Il campione, che ha aderito al progetto attraverso la compilazione del questionario online, è costituito da 255 partecipanti. In Italia la sindrome di Münchhausen è spesso sottostimata e riconosciuta con difficoltà. Ciò può portare a diagnosi tardive e a sottoporre i pazienti a trattamenti inutili o dannosi, situazioni dovute alla scarsa conoscenza e formazione tra i professionisti della salute. La letteratura infermieristica è limitata, ma concorda su alcuni punti essenziali: competenza, conoscenza e una maggior consapevolezza della patologia permettono diagnosi e interventi precoci, senza contare l'impatto psicologicamente positivo che tutto ciò ha sull'infermiere. Dai risultati dello studio è emerso che gran parte del campione ha sentito parlare della sindrome di Münchhausen per procura, e tra questi il 34.0% (n = 73) attraverso la formazione di base, quasi la metà del campione la colloca tra le cosiddette "patologie delle cure", defini-

Tabella 6. Matrice di correlazione (Rho di Spearman).

		Età	Esperienza lavorativa	Titolo di studio	Raccontano che il figlio è affetto da malattie particolarmente rare	Riferiscono che il figlio ha una malattia difficile da diagnosticare, pur risultando sano	Esagerano i sintomi e il quadro clinico del bambino	Attribuiscono significati patologici gravi a malattie sintomatologicamente modeste, richiedendo ulteriori accertamenti	Decidono di interrompere l'iter clinico senza motivo apparente
Esperienza lavorativa	Spearman's rho	0.843 ***	—						
	df	247	—						
	p-value	<.001	—						
Titolo di studio	Spearman's rho	-0.112	-0.171 **	—					
	df	251	246	—					
	p-value	0.076	0.007	—					
Raccontano che il figlio è affetto da malattie particolarmente rare	Spearman's rho	-0.088	-0.091	0.145 *	—				
	df	226	221	225	—				
	p-value	0.185	0.175	0.029	—				
Riferiscono che il figlio ha una malattia difficile da diagnosticare, pur risultando sano	Spearman's rho	-0.075	-0.068	0.067	0.597 ***	—			
	df	224	219	223	223	—			
	p-value	0.259	0.317	0.319	<.001	—			
Esagerano i sintomi e il quadro clinico del bambino	Spearman's rho	-0.050	-0.086	0.077	0.473 ***	0.648 ***	—		
	df	225	220	224	224	224	—		
	p-value	0.457	0.202	0.250	<.001	<.001	—		
Attribuiscono significati patologici gravi a malattie sintomatologicamente modeste, richiedendo ulteriori accertamenti	Spearman's rho	-0.057	-0.079	0.092	0.508 ***	0.599 ***	0.725 ***	—	
	df	225	220	224	224	224	225	—	
	p-value	0.396	0.241	0.170	<.001	<.001	<.001	—	
Decidono di interrompere l'iter clinico senza motivo apparente	Spearman's rho	-0.079	-0.057	0.131 *	0.394 ***	0.476 ***	0.382 ***	0.440 ***	—
	df	226	221	225	224	224	225	225	—
	p-value	0.232	0.394	0.049	<.001	<.001	<.001	<.001	—
A quanti casi, pensa di aver assistito, nell'arco della sua esperienza	Spearman's rho	0.134 *	0.149 *	0.056	0.247 ***	0.342 ***	0.326 ***	0.277 ***	0.205 **
	df	252	247	251	226	224	225	225	226
	p-value	0.033	0.019	0.375	<.001	<.001	<.001	<.001	0.002

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

te come l'insieme di comportamenti secondo cui i genitori, o persone legalmente responsabili del bambino, non provvedono ai suoi bisogni psicofisici in modo qualitativamente e quantitativamente adeguato al momento evolutivo. L'intento dell'abusante è quello di mettersi in mostra con i professionisti sanitari, guadagnare la loro solidarietà ed il loro conforto fornendo loro l'immagine di un genitore scrupoloso, attento e preparato. L'infinita serie di invenzioni, gli spostamenti metodici in diverse strutture ospedaliere, anche di città diverse, e l'innescare nel bambino di un cortocircuito di sentimenti, che lo porta ad essere complice del suo carnefice, rendono difficile la diagnosi. Gli autori dell'abuso presentano caratteristiche comuni: sono prevalentemente donne, e soprattutto madri, hanno grandi capacità di manipolare le vittime, hanno una buona formazione in campo medico, conoscono i termini tecnici, trascorrono molto del loro tempo in ambienti ospedalieri, si comportano amichevolmente. Un bambino vittima di sindrome di Munchausen per procura non deve essere considerato al sicuro nemmeno in ospedale; secondo Yates e Bass (2017), nel 54,4% dei casi l'abuso è continuato dopo il ricovero (Yates, Bass, 2017).

Analizzando i dati estratti da 108 articoli presenti in letteratura, che includono 81 casi, risulta che il 91% di essi sono donne. In 23 casi l'esecutore ha ricevuto una diagnosi psichiatrica (Abdurrachid, Gama Marques, 2022), di cui il 10% di FDIS (disturbo fittizio imposto su sé stesso), il 9% di depressione e il 7% di disturbo della personalità. In 44 casi si configuravano conflitti familiari o abusi come sostenuto da alcuni studi (Roger *et al.*, 2004), e in 14 casi il responsabile lavorava in ambito sanitario. I più comuni outcomes erano: nel 37% dei casi la separazione, nel 22% nessun follow up, nel 14% reclusione, nel 12% dei casi si è verificata la morte della vittima, nel 10% dei casi il caregiver è stato sottoposto a trattamento terapeutico, nel 4% dei casi ha potuto continuare a vivere con la vittima e nell'1% dei casi si è avuto il suicidio dell'autore dell'abuso (Abdurrachid, Gama Marques, 2022).

Le vittime spesso non si rendono conto di subire abusi, soprattutto se sono in giovane età; mentre adulti e ragazzi hanno maggiore probabilità di capirlo. La prognosi dei pazienti con FDIA (factitious disorder imposed on another) tende alla cronicità e sembra esserci una predisposizione familiare, una trasmissio-

ne di malattie insolite tra gli autori di MSbP (Münchausen Syndrome by Proxy) appartenenti a diverse generazioni; in questo schema le madri con FDIA (factitious disorder imposed on another) sono supportate dalle nonne materne. Che si tratti di sindrome di Münchausen o sindrome di Münchausen per procura, queste patologie causano un'alta percentuale di morbidità e mortalità, e conseguenze psichiatriche a lungo termine (Abeln, Love, 2018).

Da uno studio condotto dall'università del Colorado Health Sciences Center emerge, relativamente agli effetti a breve termine, che nel 75% dei casi le morbidità erano causate dall'autore del reato ma anche dal personale sanitario attraverso indagini e procedure, e nel rimanente 25% solo dal personale sanitario. Una piccola parte dei professionisti che hanno partecipato al nostro studio, sostiene che la madre assume atteggiamenti inappropriati al periodo evolutivo del bambino, descrive la madre fredda o indifferente nei confronti del bambino, quasi la metà del campione dichiara che la madre è molto attenta e presente, si rifiuta di lasciare il bambino da solo e si propone per somministrare essa stessa i farmaci ed effettuare la raccolta di sangue e urina. Tra i metodi usati per causare sintomi nel bambino ricordiamo: l'iniezione di insulina (Kucuker *et al.*, 2010) o urine, l'uso di veleno per topi, lassativi, sedativi, sale da cucina, lesioni facciali, soffocamento, volontaria sottonutrizione, induzione di attacchi epilettici (Carriero *et al.*, 2020), con conseguente compromissione delle funzioni gastrointestinali, gravi problemi psichiatrici, disabilità intellettiva con paralisi cerebrale e cecità corticale; 10 di essi erano morti per soffocamento, per avvelenamento da sale o altre tipologie di veleni, o per cause non accertate. Tutti questi bambini erano morti tra le braccia della propria madre, e nessuna di loro aveva ammesso l'omicidio del proprio figlio. Il 98% erano madri biologiche, e il 2% madri adottive (Rosenberg, 1987). Secondo gli studi presenti in letteratura, la madre appare iperprotettiva, attenta, presente e profondamente preoccupata; il disturbo è un problema psichiatrico complesso, associato a difficoltà emozionali, in cui l'intento della donna è quello di mettersi in mostra con i medici, di guadagnare la loro solidarietà ed il loro conforto, e di dare di sé l'immagine apparente di un genitore scrupoloso, attento e preparato, per mascherare il suo risentimento nei confronti della salute e del benessere

del figlio. Acconsente a qualsiasi tipo di indagine diagnostico-terapeutica, anche invasiva, perché da questo si sente appagata; ovvero il suo obiettivo è proprio quello di prolungare il più possibile le procedure mediche, perché ha necessità di sentirsi importante e stimata dai professionisti sanitari; a tal fine, spesso, come sostenuto dal 43.2% (n = 98) dei partecipanti allo studio, attribuisce significati patologici gravi a malattie sintomatologicamente modeste, richiedendo ulteriori accertamenti, e come sostenuto dal 45.4% (n = 103), spesso esagera i sintomi e il quadro clinico del bambino. Se invece ritiene di non ricevere l'attenzione che pensa di meritare attraverso la malattia del figlio, da lei stessa, ricordiamolo, simulata o indotta, spesso chiede le dimissioni del bambino, interrompendo l'iter clinico senza motivo apparente, come sostenuto dal 12.7% dei professionisti, per poi rivolgersi ad un'altra struttura sanitaria, con il fine di trovare un medico che possa elargire cure più ampie. Il 26.7% (n = 68) dei partecipanti asserisce che si tratta di una malattia inspiegabile persistente o ricorrente; infatti si parla di carriera criminale perché la dinamica dell'abuso Münchausen si sviluppa attraverso processi di pianificazione e continuità temporale, e il bambino vittima di tale sindrome presenta anamnesi positiva per frequenti ospedalizzazioni, ogni volta con sintomi aspecifici e patologie non ben clinicamente definibili, come sostenuto dal 26.7% (n = 68) dei partecipanti allo studio. Il 30.2% (n = 77) dei professionisti sostiene correttamente che segni e sintomi non si manifestano in assenza della madre, e il 96% (n = 243) ritiene opportuno porre attenzione alla connessione tra comparsa dei sintomi e presenza materna. Solo il 24.7% (n = 63) sostiene che il bambino vittima della sindrome di Münchausen per procura è tipicamente in età prescolare (dalla nascita ai 4 anni di età). Dagli studi presenti in letteratura (doi: 10.1016/j.cnur.2018.04.005) si apprende che l'età media dei bambini è compresa tra 14 mesi e 2 anni e mezzo quando la malattia viene diagnosticata alla madre; quindi, si tratta di bambini molto piccoli, che non sono pienamente consapevoli della situazione patologica che vivono, e che difficilmente potrebbero indicare la madre come causa delle loro condizioni cliniche. Solo il 16.1% (n = 41) asserisce che la madre possiede conoscenze mediche e/o infermieristiche e il 44.3% (n = 113) che si ha discrepanza tra risultati clinici e storia riferita. Il paziente Münchausen

è affascinato dalla medicina, è preparato, può avere una formazione pseudo-medica per cui utilizza un linguaggio tecnico, può lavorare in ambiente sanitario; tipicamente, però, illustra la sintomatologia in maniera tragica, insolita e contraddittoria. Il 98.8% dei professionisti sostiene che lo scopo ultimo delle azioni materne non è la morte del bambino; effettivamente questo sembra essere confermato dagli studi presenti in letteratura, e, sebbene molti casi non siano stati diagnosticati prima che finissero con una fatalità, il primario scopo della madre sembrerebbe essere quello di attirare l'attenzione medica, di manipolare lo staff dei professionisti sanitari e di sfuggire alla sua infelicità attraverso l'abuso del figlio. Per il 25.5% (n = 65) dei partecipanti, i disturbi indotti/simulati più comunemente sono: convulsioni, sanguinamento, squilibri biochimici, febbre e vomito. Questi sono solo alcuni dei segni e sintomi tipici della vittima Münchausen; trattandosi di una sindrome, produce danni multisistemici, per cui sono anche di facile riscontro: ecchimosi, ferite, fratture ossee, zoppie, cefalea ed emicranie, distress respiratorio, asma, ipossia, diabete, dolore addominale, perdita di peso e in generale disturbi che richiedono la nutrizione parenterale. Una metanalisi di 24 studi condotta su 48.801 soggetti ha dimostrato che gli abusi sui minori sono associati ad un maggior rischio di disturbi gastrointestinali, respiratori e cardiovascolari, disfunzioni neurologiche e muscoloscheletriche, e disordini metabolici (Nemeroff, 2016).

Il 49.0% (n = 125) dei professionisti afferma che, se non conduce a morte, la sindrome di Münchausen per procura comporta comunque sequele a lungo termine sulla salute psicofisica del bambino. Da uno studio condotto dall'università del Colorado Health Sciences Center (Rosenberg, 1987), infatti, risulta che l'8% dei bambini vittime delle dinamiche münchaussiane presentava morbidità a lungo termine quali: compromissione delle funzioni gastrointestinali, gravi problemi psichiatrici, disabilità intellettiva con paralisi cerebrale e cecità corticale.

Uno studio prospettico di coorte condotto su 676 bambini vittime di abusi fisici o sessuali o di negligenze documentate, e su 520 bambini che invece non avevano subito alcun tipo di violenza, ha dimostrato un chiaro incremento nello sviluppo di depressione maggiore nella prima coorte rispetto alla seconda. Questi risultati sono coerenti con quelli trovati da Putnam

e colleghi nel 2013, che attraverso l'analisi di un ulteriore campione di 9.282 individui, hanno dimostrato la correlazione tra esperienze sfavorevoli infantili (ACEs) e la presenza negli adulti di psicopatologie complesse definite da un alto numero di sintomi e comorbidità (Nemeroff, 2016). Inoltre, più recentemente l'attenzione si è focalizzata sui meccanismi chimici e biologici che legano gli abusi alle conseguenze cliniche e neurobiologiche. Dal punto di vista endocrinologico, diversi studi hanno documentato un incremento o decremento dell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene come conseguenza di abusi in età infantile. Attraverso una serie di studi effettuati su soggetti depressi che avevano subito eventi stressanti durante l'infanzia (ELS), è stata dimostrata una iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, risultata dal dexamethasone-CRF stimulation test e dimostrata da un aumento del cortisolo e dell'ACTH durante il Trial Social Stress Test (TSST) (Nemeroff, 2016). Inoltre, in molte patologie conseguenti ad abusi in età infantile, sembra essere coinvolto un processo flogistico. In una coorte di uomini depressi con un passato di abusi, è stato osservato un importante aumento dell'interleuchina (Pace *et al.*, 2006), una proteina prodotta dal sistema immunitario che regola la risposta infiammatoria e immunitaria, e uno studio multidisciplinare condotto su 1.000 individui, ha evidenziato un significativo aumento della proteina C-reattiva, proteina presente nel sangue che indica infiammazione nei soggetti depressi con un passato di maltrattamenti (Pace *et al.*, 2006). La violenza familiare lascia delle impronte genetiche nei bambini vittime di abusi. Studi condotti nel complesso campo della genetica e dell'epigenetica, hanno dimostrato che gli effetti dei maltrattamenti subiti dai bambini si manifestano anche riducendo la lunghezza dei telomeri, che in condizioni normali proteggono il genoma da eventuali danni.

La quasi totalità del campione ha dichiarato che sarebbe appropriato raccogliere informazioni presso il medico di famiglia, per capire se il genitore stesso si dichiara spesso affetto da malattie inspiegabili e sarebbe importante analizzare i dettagli delle informazioni riportate dal genitore, per constatare un'eventuale tendenza alla menzogna. Effettivamente, dalla ricerca effettuata in letteratura, si viene a conoscenza dell'esistenza di due tipologie di soggetti Münchausen: gli inducer, o induttori attivi, che inducono attivamente i segni e i sintomi di una malattia, e i fabricator, o simulatori, che

inventano i sintomi inesistenti di una malattia e quindi hanno tipicamente un atteggiamento menzognero (Hall *et al.*, 2009). Come si evince dagli studi presenti in letteratura, appare evidente quanto sia importante raccogliere tutte le informazioni possibili, prestando particolarmente attenzione a quelle che risultano essere tipiche del pattern Münchausen. Ulteriori dati a supportano di quanto detto sopra, emergono da uno studio condotto da Carriero *et al.* in area critica, da cui si evince quanto sia devastante il danno psicologico sulle vittime di MSbP. Spesso, infatti, si verificano tentativi di suicidio in fase adolescenziale, abuso di alcol e fumo, problemi di delinquenza, ipocondrie, turbe sessuali, isolamento ed emarginazione (Carriero *et al.*, 2020). Trovandosi dinanzi ad un sospetto di MSbP, solo il 27.8% (n = 71) ha dichiarato di averne parlato con altri operatori sanitari. Da un punto di vista legale, i professionisti sanitari sono tenuti a denunciare, qualora ne vengano a conoscenza durante l'esercizio della professione, i casi di abuso o maltrattamento, nonostante sia in corso ancora oggi un acceso dibattito sulla questione tra i fautori della procedibilità d'ufficio e i fautori della procedibilità a querela di parte. Tutto parte dalla conoscenza dei professionisti circa i segni e sintomi della sindrome da rilevare sia dalla madre che dal figlio. Un professionista debitamente formato può contribuire significativamente al riconoscimento della sindrome. In questa prospettiva, la comunità dovrebbe fungere da sentinella, ponendo sempre maggiore attenzione alla condizione dell'infanzia.

Non dobbiamo mai dimenticare che la violenza può anche essere causa di morte, che può manifestarsi in diverse forme anche subdole mascherate da perbenismo, che produce effetti devastanti sul minore, e più bassa sarà l'età del bambino, più gravi e frequenti gli episodi di violenza e maggiori i riflessi sullo sviluppo psicofisico e sulla strutturazione della personalità. Nel caso specifico della sindrome di Münchausen per Procura, si può raggiungere un esodo doppiamente mortifero, in cui alla morte della vittima si aggiunge il suicidio della madre abusante.

Limiti dello studio

I risultati dello studio devono essere considerati tenendo conto di alcuni limiti che riguardano possibili distorsioni legate ad aspet-

ti inerenti l'intenzione di non voler dichiarare eventuali abusi su minori per paure di ritorsioni. In letteratura gli studi sono esigui, soprattutto nel contesto italiano; tuttavia i nostri risultati evidenziano la necessità di una maggiore formazione in tutti gli ambiti, in merito a questa patologia.

Conclusioni

L'obiettivo dello studio era quello di valutare il grado di conoscenza tra i professionisti sanitari italiani relativamente alla sindrome di Münchausen per procura. Dallo studio si evince una scarsa cognizione del pattern Münchausen e l'esigenza di incrementare corsi di formazione professionale in merito a tale sindrome.

L'abuso sui minori non rappresenta solo un problema sociale di vasta portata, ma costituisce una vera e propria patologia che necessita di essere diagnosticata quanto prima possibile da un'equipe specialistica multidisciplinare, come si evince dai nostri risultati.

Riferimenti bibliografici

- Abdurrachid N., Gama Marques J. (2022), *Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA)*, «CNS spectrums», 27(1), pp. 16-26, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1017/S1092852920001741>.
- Abeln B., Love R. (2018), *An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy*, «The Nursing clinics of North America», 53(3), pp. 375-384, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1016/j.cnur.2018.04.005>.
- APSAC Practice Guidelines, <https://apsac.org/wp-content/uploads/2023/05/Munchausen-by-Proxy-Clinical-and-Case-Management-Guidance-.pdf> (ultimo accesso: 1° luglio 2025).
- Bursch B., Weinberg H.D., Shilkoff S. (1996), *Nurses' knowledge of and experience with Munchausen Syndrome by Proxy*, «Issues in comprehensive pediatric nursing», 19(2), pp. 93-102, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.3109/01460869609038050>.
- Byard R.W. (2004), *Sudden death in infancy, childhood and adolescence*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Carriero M.C., Lupo R., Santoro P., Simone F., De Mitri O., Calabrò A., ... delle Grazie A.B. (2020), *La Sindrome di Münchausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza*, «NSC Nursing», 2, pp. 23-55.
- Hall J., Sylva K., Melhuish E., Sammons P., Siraj-Blatchford I., Taggart B. (2009), *The role of pre-school quality in promoting resilience in the cognitive development of young children*, «Oxford Review of Education», 35(3), pp. 331-352.
- Hochhauser K.G., Richardson R.A. (1994), *Munchausen syndrome by proxy: an exploratory study of pediatric nurses' knowledge and involvement*, «Journal of pediatric nursing», 9(5), pp. 313-320.
- Kucuker H., Demir T., Oral R. (2010), *Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome)*, «Pediatric diabetes», 11(8), pp. 572-578, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00631.x>.
- Nemeroff C.B. (2016), *Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect*, «Neuron», 89(5), pp. 892-909, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>.
- Pace T.W., Mletzko T.C., Alagbe O., Musselman D.L., Nemeroff C.B., Miller A.H., Heim C.M. (2006), *Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress*, «The American journal of psychiatry», 163(9), pp. 1630-1633, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1630>.
- Rosenberg D.A. (1987), *Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy*, «Child abuse & neglect», 11(4), pp. 547-563, [https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1016/0145-2134\(87\)90081-0](https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1016/0145-2134(87)90081-0).
- Yates G., Bass C. (2017), *The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases*, «Child abuse & neglect», 72, pp. 45-53, <https://doi-org.bibliosan.idm.oclc.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>.