

## MINORI E PATOLOGIE DELLE CURE

di

*Silvia Boni*

È il 20 novembre del 1989 quando l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite approva la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Dal 1991 la Convenzione è stata ratificata anche dall'Italia e riguarda tutte le persone di minore età. In essa, all'Art. 19, viene fatto riferimento alla tutela del bambino *«contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale»*.

Come afferma l'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2015) *«La situazione italiana per ciò che riguarda la prevenzione, cura e presa in carico del maltrattamento e l'abuso sui minorenni e la relativa organizzazione dei servizi preposti a tali funzioni è attualmente caratterizzata da notevole discontinuità. Accanto a leggi di buon livello ed alla presenza di buone pratiche per la tutela e l'assistenza dei minorenni, spesso ci si confronta con una situazione caratterizzata dal difetto di misure atte a garantire sufficientemente l'attuazione di tali normative e ad assicurare a tutti i minorenni maltrattati e abusati - e ai loro familiari e a coloro che ne assumono la responsabilità genitoriale -, l'esecuzione delle misure e il lavoro terapeutico e di sostegno necessario per curare le conseguenze psicologiche ed eventualmente psicopatologiche che i traumi e le esperienze sfavorevoli determinano»*.

I maltrattamenti sui bambini non sono una novità, sono sempre esistiti, la storia ci narra che per molto tempo i bambini, in varie parti del mondo, sono stati considerati più come una proprietà che persone. E in alcuni Paesi è ancora così. Comunque, negli ultimi anni è emersa una maggiore attenzione anche da parte dell'opinione pubblica in merito agli "abusi all'infanzia", tuttavia, l'ampiezza del fenomeno e gli effetti/conseguenze sia nel breve che nel lungo termine tendono ad essere spesso sottovalutati culturalmente.

In Italia molti sono i professionisti, di diversi ambiti, che si occupano delle tematiche dell'abuso all'infanzia e all'adolescenza. Uno dei primi che si è interessato al tema del maltrattamento infantile fu il pediatra Kempe, che agli inizi degli anni sessanta, con la pubblicazione dell'articolo "*Battered Child Syndrome*" (Kempe e Silverman, 1962), introdusse il tema della «sindrome del bambino battuto». Fino al quel momento l'attenzione era per lo più circoscritta all'abuso sessuale e/o prettamente fisico. A partire da quegli anni l'interesse e di conseguenza la ricerca si è estesa anche ad altri ambiti di abuso che interessano più specificatamente gli aspetti psicologici, quali la patologia delle cure e la violenza assistita (Montecchi, 2005): forme di abuso che adesso sono percepite come tali e per questo determinanti per far cadere il velo su quelle esperienze traumatiche non visibili sul corpo, ma destinate comunque a lasciare segni indelebili sullo sviluppo psichico del minore.

Oggi le diverse forme di abuso all'infanzia comprendono le seguenti condotte:

- maltrattamento fisico;
- maltrattamento psicologico;
- patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura);
- abuso sessuale (intra-famigliare e extra-famigliare. Rientrano nell'extra-famigliare: pedofilia, prostituzione minorile, pornografia minorile e turismo sessuale);
- violenza assistita.

Preme sottolineare che frequentemente il minore è vittima di varie forme di violenza (o contemporaneamente o in momenti successivi), mentre sono più rari i casi in cui è presente un unico tipo di abuso (Montecchi, 2006).

### **Patologia delle cure**

È indubbio che le prime relazioni affettive sono fondamentali per una sana crescita del bambino sia a livello emotivo che sociale, per cui cure materne inadeguate esercitano un'influenza sfavorevole sullo sviluppo della sua personalità (Bowlby, 1989). Sviluppo che avviene attraverso fasi specifiche, ognuna con caratteristiche proprie, determinata da differenti bisogni fisici e psicologici del bambino: alcuni genitori rispondono adeguatamente ai segnali del figlio, altri, invece, non

riescono a comprendere le necessità che il bambino può avere in quella particolare fase di crescita. È in questa assenza di cura adeguata che si introduce il termine “patologia delle cure”, ovvero «*quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni, fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età*» (Montecchi, 1998). Tre le principali forme di patologia della somministrazione delle cure (Montecchi, 2006):

- *Incuria* (insufficienza di cure fisiche/psichiche);
- *Discuria* (cure distorte, inadeguate);
- *Ipercura* (eccessiva attenzione nella somministrazione di cure).

Passiamo ad analizzare nello specifico queste categorie cliniche.

Nell'*incuria* le cure fisiche e/o psicologiche al bambino sono date in maniera insufficiente rispetto all'età e quindi ai suoi bisogni evolutivi. Si dice incuria fisica quando le cure fisiche sono provvedute in maniera incompleta (nutrizione insufficiente, scarsa protezione dai pericoli etc.); mentre si parla di incuria psicologica, quando i genitori pur provvedendo al bambino il necessario dal punto di vista nutrizionale o dell'abbigliamento, non soddisfano, rispettandoli, i suoi bisogni emotivi ed affettivi.

Gli “indicatori di rischio” secondo Martone (in Montecchi, 2006) sono:

- *notizie sullo stato di salute*: i genitori non sono in grado di fornire informazioni sulle tappe evolutive del proprio figlio (come per esempio l'età di acquisizione del linguaggio, della deambulazione etc.); non curano patologie croniche o gravi disturbi visivi, carie etc.; non rispettano il calendario delle vaccinazioni obbligatorie;
- *segni fisici*: i vestiti sono inadeguati all'età o alla stagione; malnutrizione; scarsa igiene e dermatiti recidivanti;
- *segni comportamentali*: frequenti incidenti domestici (indicatore che il bambino non è adeguatamente sorvegliato per la sua età); ritardo psicomotorio e/o del linguaggio, inversione dei ruoli relazionali (tendenza del genitore aspettarsi cure e attenzioni dal proprio figlio, frequente nei genitori con gravi patologie psichiatriche).

Frequente è, in letteratura, l'utilizzo del termine trascuratezza come sinonimo di incuria. Sotto la dizione "trascuratezza" si cela una forma di maltrattamento all'infanzia frequentemente segnalata, benché abbia ricevuto, per molto tempo, minore attenzione (Acuistapace V., Ionio C., 2005). E, questo, nonostante le conseguenze negative che questa ha sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino. Ripercussioni che possono rivelarsi gravi sia nel breve che nel lungo termine. Situazioni di disagio, spesso cronici, che hanno inizio in età precoce: i teorici dell'attaccamento hanno suggerito che i bambini sottoposti a trascuratezza emozionale rischiano di sviluppare disturbi in questo ambito, riconducibili ad un tipo di attaccamento disorganizzato. La trascuratezza, difatti, incide negativamente sullo sviluppo cognitivo e morale già in età prescolare e, spesso, il continuum sfavorevole si mantiene simile tanto in età scolare quanto nei giovani adolescenti. A dimostrazione di come la trascuratezza sofferta precocemente si rivela particolarmente dannosa per lo sviluppo successivo (Hildyard K.L., Wolfe D.A., 2005). Probabilmente il motivo è che i compiti evolutivi di fasi successive si costruiscono su competenze e stadi precedenti: i bambini trascurati falliscono nell'acquisizione di tappe importanti, continuando a portarsi dietro ed accumulare difficoltà, anche nell'eseguire normali compiti di sviluppo (Hildyard K.L., Wolfe D.A., 2005). Gli esiti che l'incuria può avere nell'età adulta di questi bambini sono poi di difficile individuazione nella loro totale portata e gravità, di conseguenza di ardua risoluzione. Estremamente importante, quindi, identificare precocemente, nel bambino, quei sintomi che potenzialmente possono essere fattori di rischio per la sua salute psico-fisica, nell'intento di evitare o quantomeno contenere l'instaurarsi di una cronicizzazione di gravi patologie future.

Nella *discuria*, invece, le cure vengono fornite in maniera distorta in quanto qualitativamente inadeguate rispetto al momento evolutivo. Le abilità richieste sono spesso inopportune per età/possibilità: si ricercano prestazioni eccessive rispetto alle reali possibilità di acquisizione del bambino (Martone, in Montecchi, 2006), oppure lo si tratta come se fosse più piccolo della sua reale età. Dettore et.al (2008), definiscono l'*ipercura*, come un'«*attenzione eccessiva allo stato fisico del minore caratterizzata da una persistente e dannosa medicalizzazione*». Riconoscere l'*ipercura* non è semplice, in quanto è difficile stabilire quando la preoccupazione per la salute del figlio è normale e quando invece c'è un eccesso di accudimento, fino a diventare patologia. La forma più grave di *ipercura* è la sindrome di Münchhausen per procura.

## Sindrome di Münchausen per procura

Fu il professor Roy Meadow, che nel 1977, descrisse per primo la sindrome di Münchausen per procura (*Münchausen Syndrome by Proxy – MSbP*). L'articolo, di Meadow, con la descrizione dettagliata dei sintomi, ha conseguentemente fatto aumentare l'attenzione sulla sua manifestazione nei bambini sottoposti a visita portando all'identificazione di molti casi, poi descritti in letteratura. Di conseguenza c'è stata, negli anni seguenti, uno spostamento, una estensione di attenzione degli operatori dell'infanzia verso forme di abuso meno evidenti, tra queste, appunto, la sindrome di Münchausen per procura, che con la sua difficoltà di riconoscimento, rappresenta sicuramente una "sfida" per la sensibilità e la preparazione dei professionisti del settore (in primo luogo dei pediatri). Essa è l'equivalente pediatrico della sindrome di Münchausen, descritta da Asher nel 1951, in cui l'adulto lamenta sintomi inesistenti per ricevere cure e attenzioni mediche.

In mancanza di una definizione univoca, circoscrivere la sindrome di Münchausen per procura non è semplice. Non più rappresentata nel DSM-5, nel DSM-IV la questa sindrome veniva delineata come "*Disturbo Fittizio con Segni e Sintomi Fisici Predominanti (300.19)*". Un aiuto per una sua migliore descrizione viene da un'affermazione del Neuropsichiatra Montecchi F. (2005): *«nella sindrome di Münchausen per procura il genitore, generalmente la madre, attribuisce al bambino sintomi e malattie di cui non soffre realmente, ma che sono piuttosto il frutto di una convinzione distorta, radicata nello stato di salute fisica e psichica del genitore stesso che, alla nascita del figlio, "trasferisce" su di lui (per procura) la propria convinzione di malattia»*.

La sindrome di Münchausen per procura si realizza sul bambino, quindi, ad opera di un adulto *«un genitore, di solito la madre, è quasi sempre responsabile»* (Alexander R., in Levin & Sheridan, 2001). Solo raramente padri e tutori (Makar e Squier, 1990). Il padre, nei casi in cui la sindrome è agita dalla madre, viene descritto quasi sempre come una persona passiva, debole, non in grado di impedire o prevenire lo sviluppo e la messa in atto della stessa. Infatti, la messa in atto della sindrome risulta necessaria per negare i conflitti interni e mantenere la stabilità familiare (Martone in Montecchi, 2006). Necessario, quindi, perché si verifichi l'abuso sul minore, il disconoscimento della sindrome non solo da parte della coppia genitoriale, che porta con sé dinamiche interne e caratteristiche soggettive, ma anche degli altri membri adulti della famiglia. Come sostiene

Alexander (in Lewin & Sheridan, 2001) in queste famiglie «*un problema coniugale è spesso presente a un certo livello, anche se può peggiorare o precipitare una volta fatta la diagnosi*» di MSbP.

Il genitore “affetto” da MSbP, di solito espone i sintomi, a suo dire, manifestati dal proprio figlio con schemi bizzarri e non di rado in maniera diversa a seconda degli osservatori, esibendo, nel contempo, una calma inusuale a fronte ad un racconto di sintomatologia anche severa (Castignani, Boscherini, 1999). Le patologie “patite” dal minore possono variare a seconda delle conoscenze e della fantasia di chi agisce la sindrome (Sheridan & Levin, 2001). Anche se possono evidenziarsi evidenti contraddizioni tra storia, sintomatologia riferita e esame medico obiettivo, le esposizioni dei sintomi e delle malattie, benché inventate e trasferite sui figli, vengono descritte con sicurezza, attraverso nessi logici tali da indurre, ad un ascoltatore inesperto, una sensazione di credibilità: il pensiero assume le caratteristiche di un “delirio lucido” che non recede al confronto con la realtà. Davanti all’obiezione dei professionisti, queste madri persistono nel far visitare il proprio figlio, nella ricerca di un medico che confermi il loro convincimento. Di conseguenza i figli vengono sottoposti a continui accertamenti clinici inutili e a cure inopportune. Per ottenere tutto ciò la madre realizza sul figlio - per lo più ignaro - un’attività manipolatoria che può avere sfumature e connotati assai variegati, che vanno dal fornire erronee informazioni sul suo stato di salute, fino ad alterare i campioni di laboratorio per ottenere risultati voluti (Campos, in Levin & Sheridan, 2001).

Le estreme conseguenze della sindrome di Münchhausen per procura, nella sua “necessaria” costruzione della malattia, prevede, oltre a visite mediche, esami clinici e test vari, condotte attive od omissive che mettono in pericolo il bambino dal punto di vista fisico: azioni che prevedono anche il soffocamento o l’avvelenamento (Levin & Sheridan, 2001), fino a comprendere addirittura interventi quali operazioni chirurgiche non necessarie (Rosenberg, 2001 in Levin & Sheridan).

Nonostante i rischi a cui sottopongono i propri figli, le madri, non hanno la reale intenzione di provocare danni al bambino o metterlo in pericolo di vita: «*con il loro comportamento vogliono ricreare una situazione di cure e presa in carico del bambino da parte di altri*» (Martone, in Montecchi, 2006). Tutto il loro comportamento deriva dalla necessità di apparire sollecite,

premurose e desiderose di curare il bambino. Abnegazione che però nasconde un intimo desiderio di controllo sui medici, oltre che uno smodato bisogno di attenzione.

Il bambino, che subisce tale agito, non è in grado di distinguere tra le proprie percezioni e quelle indotte e sostenute dalla madre, tenderà quindi ad adeguarsi alla malattia. L'obbligatoria collusione con la madre, diviene, per il figlio, l'unica modalità relazionale per ottenere dalla stessa affetto e attenzione: ogni contrapposizione al volere del genitore è vissuto dal bambino con un forte senso di colpa, poiché reca una evidente sofferenza e contrarietà nella madre. Di conseguenza la MSbP, pur con le diversità dovute, a seconda dei casi, dei fattori di rischio e di protezione presenti in ogni specifica situazione, provoca importanti conseguenze psicologiche, che si ripercuoteranno nel minore anche a lungo termine: il bambino avrà serie difficoltà nel raggiungere l'autonomia ed un sano sviluppo psico-fisico (Carpignano in Perugia, 2007).

Necessario, quindi, per il professionista discernere la dovuta preoccupazione o l'ansia di un genitore autenticamente preoccupato per una malattia reale del bambino, o per un sintomo che il figlio presenta, come sostiene Rosenberg (2001, in Levin & Sheridan), che chiaramente non cela alcuna contraffazione, da quei comportamenti simili ma non uguali dati dalla condizione patologica del genitore. La sindrome di Münchausen per procura deve essere chiaramente distinta da altre diagnosi. Essa esige l'esclusione, con certezza, della presenza di una reale malattia del bambino. Un indicatore (non il solo), consiste sia che le terapie effettuate, per i sintomi esposti, risultano inefficaci, sia che (fattore non secondario), frequentemente i sintomi scompaiono quando il bambino viene allontanato dal genitore che agisce la sindrome. Preme ricordare che questi bambini non sono cresciuti in modo graduale, i loro bisogni affettivi e cognitivi non sono stati rispettati e gli autori di questo abuso sono proprio coloro che avevano, ed hanno, il compito di proteggerli, supportarli e fornirgli loro cure. Ecco perché si fa oltremodo necessario per l'operatore sanitario riconoscere, tempestivamente, i segnali di disagio di questi bambini vittime d'abusi, al fine di avviare urgenti azioni protezione e di possibile prevenzione futura.

Come sostengono Castignani e Boscherini (1999), nella MSbP, un intervento di tutela e sostegno del bambino necessita di un importante lavoro interdisciplinare che coinvolga tanto i servizi (ASL, Tribunale per i Minori, Territorio), quanto i diversi ambiti professionali (medico, psicologico,

giuridico, sociale), senza mai dimenticare l'intervento terapeutico sul genitore che agisce la sindrome, poiché: *«Diventa determinante lavorare sul rapporto simbiotico madre-bambino dato che non è stata raggiunta da parte della madre la capacità di tollerare la sofferenza che le procura l'ammettere un'identità separata tra lei e il figlio»* (Castignani e Boscherini, 1999).

Nella categoria dell'ipercura vengono comprese anche altre “varianti”. Martone (in Montecchi, 2006) distingue la sindrome di Münchhausen per procura da altri comportamenti simili, quali:

- *Doctor shopping per procura*: i genitori sono eccessivamente preoccupati per la salute del figlio che viene portato da numerosi medici. Generalmente si tratta di bambini che nei primi anni di vita hanno sofferto di gravi malattie. Pertanto lievi patologie vengono percepite come una grave minaccia per la vita del bambino. A differenza della sindrome di Münchhausen, in questo caso, la rassicurazione sul reale stato di salute del figlio, tranquillizza il genitore.
- *Abuso chimico*: al bambino vengono somministrate in maniera anomala sostanze farmacologiche o chimiche (es. quantità eccessiva di acqua, sale, lassativi, etc.), spesso per ottenere un ricovero ospedaliero *«La sindrome va sospettata quando ci si trova di fronte a sintomi non spiegabili in base alle consuete indagini di laboratorio e strumentali, che insorgono ogni volta che la madre ha un contatto con il bambino»* (Martone, in Montecchi 2006, p. 138).
- *Help seekers*: il bambino presenta dei sintomi fittizi indotti dalla madre, ma a differenza della sindrome di Münchhausen per procura, la ricerca di cure è limitata nel tempo e risponde ad un preciso bisogno della madre. Un confronto con il medico spesso la porta a comunicare i suoi problemi (ansia, depressione) e davanti ad un suggerito percorso psicoterapeutico, la madre si dimostra solitamente disponibile a collaborare (Martone G., in Montecchi 2006).
- *Sindrome da indennizzo per procura*: può essere identificata in *«quei casi in cui il bambino presenta i sintomi riferiti dai genitori, in situazioni in cui è previsto un indennizzo economico [...] La motivazione si lega inconsapevolmente al risarcimento e la sindrome si risolve con la totale e improvvisa guarigione una volta ottenuto il risarcimento stesso»* (Linee Guida SINPIA, 2007).



## Quantificare il fenomeno

Purtroppo non è facile fornire una fotografia dettagliata in grado di quantificare il numero delle vittime della patologia delle cure; gli studi, soprattutto in Italia, sono pochi e questo è in larga parte dovuto alla difficoltà nel diagnosticare il fenomeno, soprattutto nell'ipercura.

Una indagine da cui possiamo estrapolare dei dati è quella che vede la collaborazione di Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, il Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (Cismai) e Terre des Hommes (2015)<sup>1</sup>. Prima di analizzare il dato di nostro interesse, è necessario esporre qualche numero al fine di comprendere meglio. L'indagine dei tre organismi ha coperto il 25% della popolazione minorile italiana (2,4 milioni di popolazione minorile residente in Italia). Di questi, dall'indagine emerge che i bambini e ragazzi italiani seguiti dai Servizi Sociali sono 47,7 minorenni su 1.000, pari a 457.453 bambini. I minorenni maltrattati in carico ai Servizi Sociali al 31 dicembre 2013 (sui dati dell'indagine) sono 91.272 (199,5 su 1.000), di questi circa un bambino ogni cinque, di quelli seguiti dai Servizi Sociali, è vittima di maltrattamento. Venendo al dato specifico in merito alla tipologia di maltrattamento prevalente (pur sussistendo casi di polivittimizzazione) dall'indagine emerge che su 91.272 minorenni in carico per maltrattamento l'8,4% sono vittime di patologia delle cure<sup>2</sup>. L'indagine inserisce all'interno di quest'ultima solo discuria e ipercura, per cui si ritiene utile riportare anche il dato (significativo) 47,1% relativo alla trascuratezza materiale e/o affettiva (Garante-Cismai-TDH, 2015)<sup>3</sup>.

Dai dati dell'indagine emerge, inoltre, che sommando discuria e ipercura con la trascuratezza oltre la metà dei bambini maltrattati è oggetto di queste forme di abuso. Le attività di rilevazione e prevenzione del fenomeno sono fondamentali: nonostante la patologia delle cure risulti sempre più conosciuta tra gli operatori che si occupano di infanzia e adolescenza, ancora si registrano casi di sottovalutazione, motivo per cui alcuni casi ancora oggi faticano ad emergere. Una volta diagnosticato con certezza il maltrattamento è importante intervenire attraverso un trattamento sia

<sup>1</sup> *“La popolazione di riferimento è costituita dai Comuni italiani, sui quali l'indagine ha l'obiettivo di stimare il numero di minorenni in carico ai Servizi Sociali per ragioni legate a maltrattamenti e abusi”* (Garante-Cismai-TDH 2015).

<sup>2</sup> Con questo termine le tre istituzioni intendono: *“Somministrazione di cure inadeguate ai bisogni fisici e/o psichici del bambino, e soprattutto alla sua età ed al suo sviluppo (discuria, in caso di cure distorte; ipercuria, in caso di cure eccessive)”* (Garante-Cismai-TDH, 2015).

<sup>3</sup> Le tre istituzioni intendono *“Trascuratezza fisica e/o affettiva...la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento, che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche”*. (Garante-Cismai-TDH 2015).

dei minori/vittime che degli adulti/attori coinvolti. Per quanto riguarda nello specifico la sindrome di Münchausen per procura, l'aspetto più problematico risiede tanto nella difficoltà di determinazione numerica che nell'intervento psicologico, sia in riferimento alla vittima che al genitore autore dell'abuso, difficilmente in cerca di un aiuto terapeutico.

### **La resilienza, una strategia di prevenzione**

Come sopra esposto, l'abuso e il maltrattamento subito durante l'infanzia rappresentano un'esperienza fortemente traumatizzante e destabilizzante capace di far sprofondare la vittima in un disagio psico-fisico che influenzerà negativamente tutta la sua vita. Sorprendentemente e fortunatamente alcuni bambini, vittime di violenza, mostrano un "adattamento positivo", nonostante il trauma subito. Una domanda quindi sorge spontanea. Ovvero quali sono i fattori che permettono ad alcuni bambini di reagire più positivamente a situazioni traumatiche come l'abuso nell'infanzia? Soprattutto quando l'abuso ha origine all'interno della famiglia, come è nel caso della patologia delle cure?

La risposta risiede nel fatto che un evento traumatico, come l'abuso, può essere affrontato grazie ad un'interconnessione tra le risorse psicologiche presenti nel soggetto al momento del trauma e le risorse messe a disposizione dall'ambiente in cui il minore è inserito (Bertetti B., 2008). Da qui il concetto di resilienza, ovvero l'aspetto dinamico di interazione tra fattori di rischio e di protezione personale (Santoro E., 2011). Per resilienza si intende, quindi, la capacità di una persona di affrontare le avversità e gli eventi traumatici, senza riportare gravi e permanenti conseguenze psico-fisiche. Nella patologia delle cure, le risorse individuali, altrimenti dette fattori protettivi importanti, sono: un elevato livello d'intelligenza; buone competenze sociali, che permettono al minore di entrare in relazione con i compagni; e non ultimo uno adeguato senso del controllo (*locus of control*) sugli eventi.

Le risorse esterne, anche se può apparire paradossale, sono da ricercare proprio nel contesto familiare; ovviamente ciò è possibile solo in quelle famiglie dove la richiesta di un loro coinvolgimento non provochi un ulteriore danno al minore. Per cui, se è indubbio, in questo contesto, che è proprio la famiglia, con il proprio comportamento, la causa della sofferenza del bambino e del suo sano sviluppo, è altrettanto certo che spesso la stessa non è consapevole (o nega

tale responsabilità). Pertanto è ragionevole pensare che attraverso un supporto adeguato, da parte di professionisti, sia possibile tentare di risanare competenze compromesse o individuare una residua parte sana (uno dei due genitori o altro membro della rete familiare) come fonte di collaborazione nel percorso di sostegno e recupero del minore.

Altro fattore protettivo importante per la vittima è il contesto extra-famigliare, in particolare la capacità individuale del minore di sviluppare relazioni significative esterne alla cerchia familiare. Ma il fare “amicizia” con un gruppo di pari, per il minore vittima di abuso, può essere tanto una risorsa quanto un rischio aggiuntivo, poiché in questo contesto, possono essere condivise anche attività non sicure, quali ad esempio, comportamenti a rischio o devianti. Importanti quindi si fanno quelle figure supportive che hanno un ruolo di guida in grado di fornire al minore un’occasione di rielaborare l’esperienza negativa vissuta, sperimentarsi positivamente e riconoscere le proprie competenze, apprendendo e affinando abilità funzionali all’adattamento: la scuola, i centri di aggregazione o sportivi, la possibilità di relazionarsi con i pari in contesti dovutamente “protetti”. Attività che costituiscono un contesto di socializzazione “alternativo” in cui poter soddisfare quei bisogni così tanto ignorati dalla propria famiglia di origine (Santoro E., 2011).

## **Conclusioni**

A supporto dell’importanza della prevenzione va uno studio nazionale (Cismai, Terre des hommes, 2013), che afferma come il maltrattamento e l’abuso sui minori, inteso in tutte le sue forme, non sia “solo” un costo umano, che provoca in chi lo subisce gravi danni fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali, ma anche un costo rilevante per la collettività in termini di protezione/trattamento sia delle nuove vittime, sia di coloro che lo hanno subito in passato. Sempre secondo lo studio nazionale, le problematiche connesse al maltrattamento infantile incidono su diversi aspetti della vita dell’individuo: provocano sia conseguenze sulla salute, per esempio il maggiore rischio di malattie fisiche, invecchiamento precoce, psicopatologia e costi di cura più elevati, sia conseguenze non strettamente connesse alla salute come per esempio una ridotta qualità della vita, scarso rendimento scolastico, perdite di produttività e condotte antisociali.

Agire, quindi, tanto sulle attività di prevenzione e diagnosi precoce: linee guida/buone prassi, protocolli operativi e diagnostici condivisi, individuazione di nuove metodologie di lavoro (il più

possibile interdisciplinari); può consentire un approccio più efficace, in grado di delineare e contrastare un fenomeno sociale ancora poco conosciuto, riconosciuto e a volte sconosciuto dagli stessi addetti ai lavori.

Nel DSM-5 i «*problemi di maltrattamento e trascuratezza infantile*» sono inclusi tra le «*Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*», non sono quindi considerati disturbi mentali, ma sono stati inseriti con «*lo scopo di attirare l'attenzione sulla portata di ulteriori questioni che si possono incontrare nella pratica clinica*», ovviamente come raccomanda il manuale «*a causa delle implicazioni legali di abuso e trascuratezza, si deve usare cura nel valutare queste condizioni*».

Il fatto che la sindrome di Münchausen non sia più descritta all'interno del DSM-5 conferma lo scarso interesse per questa tipologia di “disturbo”, probabilmente anche a causa della difficoltà nel rilevarla e nel collocarla in una categoria diagnostica precisa. Ci auspichiamo, quindi, che una maggiore informazione su questa sindrome possa aiutare i vari operatori, sanitari e non, ad attenzionare e riconoscere più agevolmente i casi sospetti. In questo caso si realizzerebbe un incremento di dati utili per ulteriori studi, capaci di operare una più proficua azione di prevenzione e supporto per tutti i soggetti coinvolti: minori e non, che spesso, anzi troppo spesso, almeno per quanto riguarda gli adulti, risultano nella pratica quotidiana vittime e “carnefici” di se stessi.

## **Bibliografia**

Acquistapace V., Ionio C., (2005), *Cosa si cela dietro la trascuratezza?*, in “Maltrattamento e abuso all'infanzia”, 7, 1, 7-10.

Asher R., (1951), *Munchausen syndrome*, in “Lancet”, 1, 339-341.

Bertetti B., (2008), *Oltre il maltrattamento: la resilienza come capacità di superare il trauma*, Milano, Franco Angeli.

Bowlby J., (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Castignani A.M., Boscherini B., (1999), *La sindrome di Munchausen per procura: una "sfida" per il Pediatra*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", 1, 2, 33-39.

Dettore D., e Fuligni C., (2008), *L'abuso sessuale sui minori*. McGraw-Hill.

Di Blasio P., (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, Il Mulino.

DSM - IV TR: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 2001.

DSM - 5: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014

Ghezzi D., (1999), *Integrazione tra il lavoro psicologico di valutazione e terapia e la rete dei servizi nei casi di maltrattamento e abuso sessuale infantile*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", 1, 2, 15-32.

Gruppo di lavoro S.I.N.P.IA. sugli abusi in età evolutiva: *Linee guida in tema di abuso sui minori*, 2007.

Hildyard K.L., Wolfe D.A., (2005), *La trascuratezza: aspetti evolutivi e conseguenze*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", 7, 1, 11-36.

Kempe C.H., Silverman F.N., Steel B.F., Droegemuller W., Silver H.K., (1962), *The battered child syndrome*, in "Journal of the American Medical Association", 181, 17-24.

Levin A.L., & Sheridan M.S., (2001), *La sindrome di Munchausen per Procura*, Torino, Centro Scientifico Editore.

Meadow R., (1977), *Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse*, in "Lancet", 2, 343-345.

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

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

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

Montecchi F., (2006), *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, III° Ed. Roma, Carocci editore.

Perusia G., (2007), *La famiglia distruttiva. MSbP, sindrome di Münchausen per procura*, Torino, Centro Scientifico Editore.

Santoro E., (2011), *L'adattamento resiliente nei bambini vittime di abuso e maltrattamento: un'analisi dei fattori protettivi e dei meccanismi di mediazione*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", 13, 3, 33-52.

## Sitografia

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Terre des Hommes – Cismai (2015), *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e Prospettive*: [www.garanteinfanzia.org](http://www.garanteinfanzia.org) - [www.cismai.org](http://www.cismai.org) - [www.terredeshommes.it](http://www.terredeshommes.it)

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2015) *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento. Documento di proposta*: [www.garanteinfanzia.org](http://www.garanteinfanzia.org)

Cismai - Terre des hommes - Partner scientifico Università Bocconi (2013) *Studio nazionale. Tagliare sui Bambini è davvero un risparmio?*: [www.cismai.org](http://www.cismai.org) - [www.terredeshommes.it](http://www.terredeshommes.it)  
<http://www.stateofmind.it/2014/11/sindrome-munchhausen-per-procura-psicologia/>