

A close-up photograph of a child's hands holding a light brown teddy bear. The child is wearing a light-colored sweater and patterned pants. The background is a solid orange color.

Fragili voci



Dossier sul Centro Ascolto dell'Associazione Meter

Fragili voci

Dossier sul Centro Ascolto dell'Associazione Meter

Associazione Meter

2026

Fonte dati - Associazione Meter

Tutti i diritti sono riservati all'autore.

in occasione del



Fragili voci





1 | Il Centro Ascolto Meter

Il **Centro Ascolto Meter** nasce venticinque anni fa per ascoltare i bambini, i ragazzi e le loro famiglie e per dare voce ai loro bisogni. A tal fine è stato necessario creare un ambiente accogliente e sicuro che consentisse loro di affidarsi e a Meter di comprendere la natura del disagio psico-emotivo per accompagnarli nella gestione delle emozioni, che spesso celano storie uniche e inenarrabili, memorie traumatiche.

“Rendere dicibile l’indicibile” implica, per lo psicologo del Centro Ascolto, lo sviluppo delle proprie competenze emotive e relazionali necessarie a rico-

noscere la sacralità del dolore e della fragilità del vissuto narrato dall’altro.

Per competenza emotiva e relazionale si intende la capacità di “sentire”, attraverso la parola e l’ascolto, la sofferenza del bambino; ciò significa stare a contatto con le emozioni proprie e altrui che emergono nella relazione terapeutica con il bambino e con gli adulti di riferimento, accoglierle ed elaborarle; infine, in caso di abuso occorre sviluppare la capacità di formulare e sottoporre a falsificazione o a verifica l’ipotesi, seppur inquietante, di violenza sul minore.



L'ascolto del Trauma, nello specifico di ogni forma di abuso (sessuale, fisico e psicologico) e delle situazioni in cui sono pregiudicate l'incolumità e la dignità del minore, è la motivazione che genera lo spazio di ascolto Meter come garante di protezione, sicurezza e cura del minore. Tutelare e proteggere un minore vittima di abuso e di maltrattamento fisico, psicologico e sessuale significa quindi dare ascolto ai suoi bisogni, ai suoi vissuti, ai suoi comportamenti e ai messaggi latenti in essi contenuti; vuol dire sostenere le tappe del suo sviluppo rispettandone la sua innocenza.

Nel corso degli anni, il Centro Ascolto si è evoluto adattandosi alle caratteristiche di una società in continuo cambiamento.

Una società sempre più complessa che ha implicato anche l'attivazione di una arteria del Centro Ascolto, l'area della psicoterapia di cui si parlerà più approfonditamente.



Raccontare l'abuso

Non è mai facile raccontare l'abuso subito, soprattutto se si tratta di un abuso intrafamiliare, in quanto sul piano relazionale avviene la rottura della relazione, della fiducia: la vittima scopre di essere stata tradita, manipolata ed ingannata dall'adulto che doveva proteggerla, ma che in realtà ha creato una trappola relazionale. Il Centro Ascolto si impegna per restituire cura e fiducia attraverso una relazione nuova, terapeutica. I bambini, gli adulti poi, hanno bisogno di rivedere nell'Altro una figura di riferimento e non l'orco che gli ha rubato l'innocenza. È già un primo e fondamentale passo terapeutico riconquistare la fiducia e mostrarsi come adulti che si prendono cura e che possono aiutarli a non subire più abusi da parte di nessuno.



Organizzazione e operatività

Sono stati individuati tre elementi chiave e identificativi del Centro Ascolto:

Accoglienza: ricevere le persone in situazioni di bisogno, mettendole a proprio agio e fornendo loro ambienti “fisici” adeguati all’età. In particolar modo per i minori gioca un ruolo fondamentale un setting colorato e con materiali affini ai loro interessi. Il gioco, la drammatizzazione, il disegno sono forme espressive che aiutano i minori a esplicitare i propri vissuti e i propri bisogni.

Per accoglienza si intende soprattutto un clima confortevole e sereno, un accompagnamento empatico lungo un percorso di sofferenza.

Ascolto: è il mandato del Centro, inteso come l’incontro relazionale con l’altro che implica responsabilità e sensibilità, discrezione e comprensione del vissuto raccontato.

Orientamento: condivisione degli interventi più adeguati all’esigenza della persona che ne è portatrice, con attivazione di percorsi individuali, familiari o di gruppo. Il Centro Ascolto opera attivando un lavoro di rete tra i servizi presenti nel territorio, al fine di orientare e indirizzare per dare risposta ai bisogni emergenti.



Équipe

L’équipe del Centro comprende psicologi e psicoterapeuti che garantiscono un sostegno psicologico e psicoterapico; avvocati che offrono un sostegno lungo l’iter processuale che scaturisce dalla denuncia; tecnici informatici che intervengono in materia di sicurezza dei minori nella rete internet (*grooming, sexting, pedopornografia*).

L’équipe, inoltre, si avvale di una rete di collaborazione con pediatri, psichiatri e neuropsichiatri, nutrizionisti, in quanto l’approccio terapeutico multidisciplinare consente di fornire una risposta alla multifattorialità dei bisogni psicologici.

2 | Storie di abusi



Rendere dicibile l'indicibile

Per tutelare e proteggere le vittime di abuso occorre ascoltare i loro bisogni e dare spazio ai loro vissuti di sofferenza, con competenza e sensibilità, affinché si possa rendere dicibile l'indicibile e porre il minore vittima, che per anni ha vissuto nel segreto e nel silenzio, all'interno di un percorso di sicurezza e di salvezza.

Abuso-disturbo alimentare

ANNA



Anna si rivolge al Centro Ascolto Meter per una storia pluriennale di disturbo del comportamento alimentare, nello specifico anoressia nervosa, associata a sintomatologia ansioso-depressiva e ideazione suicidaria ricorrente.

La richiesta di aiuto avviene successivamente a un ricovero della durata di 18 mesi presso un centro clinico, durante il quale la paziente è stata seguita a livello farmacologico, psicoterapeutico e nutrizionale.

Anna proviene da una famiglia d'origine caratterizzata da uno stile educativo autoritario e patriarcale. Il padre viene descritto come figura austera, rigida e violenta, responsabile di maltrattamenti fisici nei confronti della paziente. La madre, casalinga, appare subordinata alla figura paterna.

La paziente riferisce di aver vissuto un'infanzia segnata da paura, insicurezza e svalutazione, che hanno compromesso il suo sviluppo personale e il proseguimento degli studi.

Sono presenti due fratelli (un maschio e una femmina).

Anna è attualmente sposata e vive con il marito e il figlio, studente universitario. Riporta una relazione familiare attuale positiva e supportiva. La sorella minore ha svolto un ruolo significativo di supporto durante il periodo di ricovero.

Durante il ricovero presso un centro clinico, la paziente ha mostrato un progressivo miglioramento clinico, soprattutto in seguito alla costruzione di un'alleanza terapeutica significativa con il proprio psicoterapeuta.

In tale contesto, Anna è riuscita gradualmente ad affidarsi, condividendo vissuti emotivi profondi e sviluppando maggiore consapevolezza del proprio malessere.

Il trattamento ha incluso:

- supporto farmacologico
- psicoterapia individuale
- monitoraggio nutrizionale

Durante questa fase, la paziente ha mostrato: maggiore stabilità emotiva, riduzione dei sintomi alimentari, adesione agli obiettivi terapeutici.



Dopo la dimissione dalla clinica, Anna richiede la prosecuzione del percorso terapeutico presso il Centro Ascolto Meter.

All'ingresso nel nostro centro ascolto, la paziente si presenta con elevati livelli di ansia, con tono dell'umore depresso, con tic evidente alle labbra, con ideazione suicidaria (presente ma non strutturata in piani attuativi).

Emergono vissuti di abbandono e perdita legati alla dimissione dalla clinica; rabbia e delusione nei confronti del precedente terapeuta; difficoltà a ristabilire un nuovo legame di fiducia.

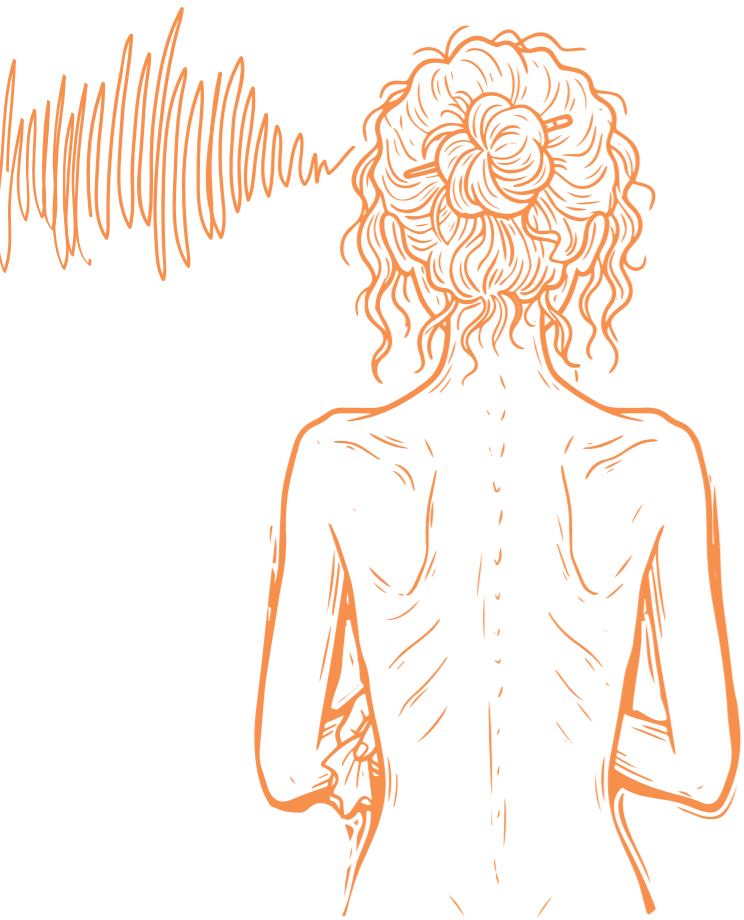
Nel corso delle sedute, Anna mostra difficoltà iniziale nell'apertura emotiva,

progressiva capacità narrativa, centralità dei vissuti familiari (attuali e d'origine), persistenza di senso di inadeguatezza e autosvalutazione.

Il tic labiale appare come manifestazione somatica di tensione interna, persistente fino alla progressiva elaborazione dei contenuti traumatici.

Nel corso del percorso psicoterapeutico, Anna accede, con grande difficoltà emotiva e somatica (tremori, rigidità, nausea), a un ricordo traumatico infantile.

La paziente riferisce episodi di abuso sessuale subiti durante l'infanzia da parte di un tirocinante presente nello studio del padre. L'abuso avveniva in un contesto di manipolazione e segretezza.



Durante la narrazione, emergono elementi di associazione con la figura paterna, descritta come violenta (“le sue mani assomigliavano a quelle di mio padre quando mi picchiava”), evidenziando una sovrapposizione tra abuso sessuale e maltrattamento fisico.

La rielaborazione iniziale di tale trauma produce effetti clinicamente significativi come: riduzione degli episodi di vomito, aumento del peso corporeo, incremento della motivazione al trattamento.

Il trattamento psicoterapeutico si focalizza su: rielaborazione del trauma infantile, regolazione emotiva, contenimento dell'ansia e dei pensieri suicidari, ricostruzione dell'alleanza terapeutica, valorizzazione delle risorse personali e relazionali.

Parallelamente, Anna continua il supporto psichiatrico e nutrizionale.

Nel corso del trattamento, si osservano: maggiore consapevolezza della propria storia, riduzione della sintomatologia alimentare, miglioramento della regolazione emotiva, progressiva riduzione dell'ideazione suicidaria.

Un elemento particolarmente significativo è rappresentato dall'attivazione della paziente in attività di volontariato presso l'associazione, in particolare nei laboratori per bambini.

In tale contesto, Anna appare: competente, attenta, emotivamente coinvolta in modo adeguato.

L'impegno nelle attività di cucina, nonostante il disturbo alimentare, rappresenta un importante indicatore di integrazione e superamento delle difficoltà. Il caso di Anna evidenzia come un disturbo del comportamento alimentare possa essere profondamente radicato in esperienze traumatiche infantili, in particolare abuso e maltrattamento.

La sintomatologia anoressica appare funzionale ad esercitare controllo, a gestire emozioni intollerabili, ad esprimere un disagio non mentalizzato.

Il percorso terapeutico, centrato sull'elaborazione del trauma e sulla ricostruzione di un senso di sé più integrato, ha favorito un'evoluzione positiva.

La presenza di una rete familiare supportiva e l'attivazione in contesti relazionali significativi rappresentano fattori protettivi rilevanti nel processo di cura.

Caso clinico Abuso-cutting

LAURA

Laura accede al servizio riferendo un abbassamento del tono dell'umore, accompagnato da vissuti di incomprensione, senso di blocco personale, apatia nei confronti delle dinamiche familiari e marcata spossatezza nello svolgimento delle attività quotidiane.

È presente, inoltre, una storia recente di autolesionismo (*cutting*), agito prevalentemente in risposta a stati emotivi intensi e vissuti di frustrazione relazionale.

Precedentemente, la paziente si era rivolta al servizio di neuropsichiatria, dove, a seguito di valutazione testistica, le era stata formulata una diagnosi di disturbo *borderline* di personalità, che ha generato preoccupazione sia nella ragazza che nella madre.

Laura cresce con entrambi i genitori fino all'età di 9 anni. In seguito alla separazione, dovuta a infedeltà paterna, viene affidata alla madre.

La figura materna rappresenta un importante punto di riferimento affettivo ed economico: la madre si occupa della figlia sostenendola anche attraverso

so doppi turni lavorativi. Tra le due è presente un legame di attaccamento significativo, sebbene caratterizzato, in adolescenza, da conflittualità legata al rispetto delle regole.

Il padre risulta progressivamente assente dalla vita della paziente a partire dai 9 anni, configurando un'esperienza di abbandono emotivo.

Al primo contatto, Laura si presenta diffidente, con atteggiamento ritirato e marcata rigidità sia corporea che verbale. L'instaurarsi dell'alleanza terapeutica richiede una fase iniziale di chiarificazione dei ruoli e costruzione di un clima di fiducia.

Nel corso delle prime sedute emergono: difficoltà nella regolazione emotiva, conflittualità familiare, coinvolgimento in relazioni sentimentali intense, senso di colpa persistente.

Dal punto di vista non verbale, si osserva un movimento costante e incontrollato della gamba sinistra, indicativo di uno stato di attivazione interna.



Con il consolidarsi della relazione terapeutica, Laura inizia progressivamente ad aprirsi, condividendo vissuti emotivi legati alla quotidianità, alla relazione sentimentale e alle dinamiche familiari. Viene introdotto un lavoro sul piano corporeo e sul piano non verbale, attraverso esercizi di rilassamento e focalizzazione sul movimento della gamba. Tale intervento facilita l'accesso a contenuti emotivi profondi.

Durante una seduta, emerge spontaneamente un ricordo traumatico associato alla figura paterna. La paziente rievoca episodi ripetuti di abuso sessuale subiti all'età di circa otto anni, avvenuti in ambito domestico (la camera da letto) durante l'assenza della madre per motivi lavorativi.

La narrazione del trauma è accompagnata da intensa reazione emotiva (pianto, difficoltà verbale) e da una significativa modificazione del comportamento corporeo: il movimento della gamba sinistra si interrompe.

La sintomatologia presentata (autolesionismo, senso di vuoto, disregolazione emotiva, conflittualità relazionale) appare riconducibile a un quadro di sofferenza legato a trauma relazionale precoce.

L'autolesionismo assume una funzione: regolatoria rispetto agli stati emotivi intensi, autopunitiva, connessa a vissuti di colpa e comunicativa rispetto a bisogni relazionali insoddisfatti. A seguito dell'emersione del trauma, Laura mostra una maggiore consapevolezza della propria storia e dei propri vissuti emotivi.



Nella seduta successiva, la paziente richiede il coinvolgimento della madre, alla quale comunica quanto emerso. Viene presa in considerazione la possibilità di procedere per vie legali, successivamente non intrapresa per motivi economici.

Nel proseguo del percorso terapeutico si osservano: una riduzione dei comportamenti autolesivi, maggiore capacità di espressione emotiva e incremento della consapevolezza di sé.

Permane, tuttavia, un vissuto di vuoto interiore e di limitazione percepita rispetto alle regole familiari.

Laura prosegue il percorso terapeutico lavorando sull'elaborazione del trauma e sullo sviluppo della propria autonomia.

All'età di 19 anni intraprende un'esperienza lavorativa come animatrice turistica, trasferendosi fuori dal contesto familiare. Tale passaggio rappresenta un indicatore di evoluzione positiva e di acquisizione di competenze adattive.

Il caso evidenzia come una sintomatologia inizialmente inquadrata in termini di disturbo *bordeline* personalità possa essere più adeguatamente compresa alla luce di un trauma relazionale precoce.

L'intervento terapeutico, centrato sulla costruzione dell'alleanza, sull'ascolto del linguaggio corporeo e sull'elaborazione graduale del trauma, ha favorito un processo di integrazione emotiva e di crescita personale.

Ascoltare le ferite

Ascoltare è disponibilità. L'ascoltatore non supponente, non arrogante, ma mite e umile ha un cuore grande nel ricordarsi cosa vuol dire essere bambino.

Ascoltare è l'obbedienza alle parole dette. Inchinarsi e fare spazio nel cogliere le piccole gioie e i piccoli dolori, anche il pianto dei neonati, parola da accogliere e non zittire.

Ascoltare è scrivere in un taccuino parole, emozioni, sentimenti, delusioni, attese, ansie, confusioni e slanci di terra e di cielo. Scrivere insieme la storia che cammina dei bambini.

Ascoltare è tacere. L'arte della maieutica mistagogica ci aiuta a far parlare i segni inascoltati dell'amore nel silenzio empatico.

Ascoltare è amare. Gli slanci affettuosi e d'amore dei bambini ci sospingono a fermarci e curare, con autorevolezza, il loro desiderio infranto da altre sollecitazioni deviate che confondono e disorientano.

Ascoltare è movimento, camminare insieme.

Ascoltare è nutrirsi. Ascoltare i bambini a riconoscere che sono dei maestri di vita per purezza e saggezza di cui nutrirsi.

3 | Area di psicoterapia



Una società "liquida", tecnologica, che rende protagonista l'Intelligenza Artificiale, è una scatola fredda che fornisce l'illusione di comprendere e gestire le emozioni e le relazioni, ma si scopre desensibilizzata, incapace di autoregolarsi e di darsi sostegno.

I dati del Centro Ascolto hanno fatto emergere ansia diffusa, stati depressivi, difficoltà relazionali e condotte di autolesionismo (disturbo d'ansia, disturbo di panico, disturbi del comportamento alimentare, disturbi correlati ad eventi stressanti e traumatici, difficoltà a sostenere i legami familiari). È opportuno sottolineare, anche in funzione

dell'esperienza e delle storie del Centro Ascolto, che spesso tali disturbi nascono per celare, custodire e mascherare, come uno scrigno, racconti di violenza.

La risposta al bisogno della società è la "promozione della cura" attraverso l'Area di psicoterapia volta a fornire un sostegno relazionale che ponga al centro la persona reale, non virtuale, riconosciuta nella sua dignità e nella sua corporeità dallo sguardo terapeutico.



Caso clinico Disturbo d'ansia

Greta

Greta è una minore di 12 anni, frequentante la seconda classe della scuola secondaria di primo grado. È la primogenita di quattro figli e vive con entrambi i genitori in un contesto familiare numeroso. Il nucleo presenta fragilità socio-economiche, legate in particolare alla condizione di disoccupazione paterna.

I genitori si rivolgono al centro di ascolto per una sintomatologia ansiosa significativa manifestata dalla figlia, con caratteristiche riconducibili ad ansia sociale e ad ansia da separazione, in particolare nei confronti della figura materna.

Viene inoltre riferita la presenza di episodi ricorrenti di dolore addominale che hanno comportato plurimi accessi ospedalieri; gli accertamenti medici non hanno evidenziato una causa organica, orientando verso una possibile eziologia psicosomatica.

Viene riferita, altresì, un'elevata frequenza di assenze scolastiche, tale da determinare una segnalazione per dispersione.

Al primo colloquio Greta si presenta

con atteggiamento timido e ritirato, caratterizzato da evitamento del contatto oculare e da ridotta iniziativa comunicativa. Dopo una fase iniziale di latenza, si osserva una progressiva riduzione della tensione emotiva, con maggiore disponibilità al dialogo e miglioramento dell'espressività sia verbale che non verbale. Si instaura gradualmente un'alleanza terapeutica adeguata.

Dal colloquio con i genitori emerge una marcata difficoltà nella gestione dell'autonomia da parte di Greta, la quale manifesta un bisogno costante di accudimento, non sempre congruente con l'età evolutiva. Si evidenziano difficoltà nella cura di sé e una tendenza alla passività, con prolungati periodi trascorsi in inattività (es. permanenza sul divano con utilizzo di dispositivi elettronici).

Le difficoltà risultano particolarmente evidenti nelle routine quotidiane, in particolare nella preparazione mattutina per la scuola, spesso accompagnata da sintomi somatici quali nausea e dolore addominale.



Dal punto di vista relazionale, emerge una forte dipendenza dalla madre, con difficoltà nei processi di separazione, nonché episodi di gelosia legati agli impegni personali della stessa. Parallelamente, Greta riferisce vissuti di inadeguatezza e disagio rispetto alla propria immagine corporea e identitaria.

Nel corso del percorso emerge inoltre un episodio di comportamento autolesivo (taglio superficiale con lama di temperino), descritto dalla minore come tentativo di provare sensazioni corporee e alleviare uno stato di malessere interno.

Il quadro sintomatologico appare compatibile con un disturbo d'ansia in età

evolutiva, con componenti di ansia da separazione e ansia sociale, associate a manifestazioni somatiche.

Si rilevano, inoltre, difficoltà nel processo di individuazione e di costruzione dell'identità, bassa autostima, comportamenti di evitamento e dipendenza, modalità disfunzionali di regolazione emotiva.

Nel percorso terapeutico vengono posti degli obiettivi, quali la riduzione della sintomatologia ansiosa e somatica, l'incremento dell'autonomia personale, il ripristino della frequenza scolastica, il miglioramento delle competenze di regolazione emotiva, il sostegno al processo di costruzione dell'identità, la

prevenzione e gestione dei comportamenti autolesivi.

Con la minore si è lavorato sul riconoscimento e sulla gestione delle emozioni, sull'acquisizione di strategie di regolazione dell'ansia, sulla graduale esposizione alle situazioni temute (separazione e contesto scolastico), sulla promozione dell'attivazione comportamentale e della cura di sé, sull'esplorazione e sul consolidamento dell'identità personale.

Parallelamente, sono stati effettuati incontri periodici di *parent training*, finalizzati a fornire strumenti educativi efficaci, a ridurre i rinforzi involontari dei comportamenti disfunzionali, a favorire lo sviluppo dell'autonomia della figlia. Nel corso del trattamento si è osservato un progressivo miglioramento del quadro clinico, in particolare: riduzione

delle assenze scolastiche, diminuzione della sintomatologia somatica, incremento dell'autonomia personale e della cura di sé, miglioramento della regolazione emotiva.

Greta ha inoltre iniziato a partecipare ad attività extrascolastiche (palestra e doposcuola), che hanno favorito l'attivazione comportamentale e l'integrazione sociale.

Parallelamente, è emersa una maggiore consapevolezza identitaria, accompagnata da una progressiva espressione di sé anche attraverso scelte personali (abbigliamento, relazioni).

Attualmente Greta presenta un buon livello di funzionamento globale. Frequenta regolarmente il liceo artistico, scelto in accordo con la famiglia, e mostra adeguati livelli di adattamento al contesto scolastico.

Si evidenziano: maggiore autonomia, miglioramento dell'autostima, riduzione significativa dei sintomi ansiosi e somatici, maggiore stabilità emotiva.

Il percorso terapeutico ha consentito una significativa riduzione della sintomatologia ansiosa e un miglioramento del funzionamento personale, familiare e scolastico.

L'integrazione tra intervento individuale e lavoro con i genitori si è rivelata determinante nel favorire il cambiamento. Greta ha sviluppato competenze più adeguate di regolazione emotiva e autonomia, raggiungendo un livello di adattamento congruente con la fase evolutiva.

Disturbo d'ansia-attacco di panico

MARIA

Maria è una giovane ragazza di 21 anni, studentessa dell'Accademia di Belle Arti. Si presenta come una ragazza responsabile, diligente e in regola con il proprio percorso accademico. È impegnata in una relazione sentimentale stabile da circa tre anni.

Maria si rivolge al centro di ascolto lamentando sintomi d'ansia, associati, da qualche tempo, ad attacchi di panico. Al primo colloquio appare visibilmente in tensione: manifesta difficoltà nell'espressione verbale, accompagnata da



un'evidente agitazione motoria (movimenti continui delle gambe e gestualità marcata).

Dopo un breve esercizio di rilassamento, riesce progressivamente ad aprirsi, mostrando una buona consapevolezza del proprio disagio, ma al contempo una difficoltà nell'individuare strategie efficaci per fronteggiarlo. Emergono vissuti di inadeguatezza, senso di inferiorità e un marcato timore del giudizio altrui, in particolare nel contesto relazionale. Maria riferisce di evitare l'espressione del proprio punto di vista per paura di non riuscire a comunicare in modo efficace, anche a causa di episodi precedenti in cui ha percepito di non essere compresa.

Il quadro evidenzia una bassa autostima, soprattutto nelle relazioni sociali. Nonostante ciò, Maria riporta una buona relazione sia con la famiglia sia con il partner.

In ambito universitario, il timore del giudizio limita significativamente la sua partecipazione attiva alle lezioni. Questo stato di tensione spesso culmina in sintomi fisici intensi, quali tachicardia e senso di soffocamento, che talvolta la costringono ad abbandonare l'aula.

Tali episodi sono seguiti da cefalea persistente, che compromette il resto della giornata.

Nel contesto familiare, Maria assume un ruolo di responsabilità: si occupa della gestione domestica e della sorella, data l'assenza frequente della madre per motivi lavorativi. Parallelamente, è impegnata nello studio e nella preparazione per la patente di guida.

Durante il percorso emergono anche difficoltà nella relazione di coppia. Il partner, studente universitario fuori sede, presenta un rallentamento nel proprio percorso accademico, generando preoccupazione in Maria e frequenti conflitti tra i due.

L'intervento terapeutico si è focalizzato sul potenziamento dell'autostima e sull'acquisizione di strategie di gestione dell'ansia. Sono stati introdotti obiettivi a breve termine e tecniche di regolazione emotiva, tra cui esercizi di respirazione, visualizzazione di immagini rassicuranti e scrittura dei pensieri disfunzionali. Maria ha mostrato impegno e costanza nell'applicazione di tali strumenti, traendone beneficio.

Nel tempo, ha sviluppato maggiore consapevolezza di sé, riuscendo a riconoscere e valorizzare le proprie risorse personali. Parallelamente, ha iniziato a riflettere sul proprio futuro professionale, valutando diverse opzioni, tra cui un corso da tatuatrice o il proseguimento degli studi.

Il percorso terapeutico, della durata di circa due anni, ha favorito una significativa crescita personale. Maria ha acquisito maggiore sicurezza nelle relazioni, migliorando la capacità di esprimere il



proprio punto di vista e affrontare situazioni ansiogene.

Successivamente alla laurea triennale, ha scelto di intraprendere un corso di specializzazione a Milano, decisione che ha comportato il distacco dal contesto familiare e l'inizio della convivenza con il partner. Questo cambiamento, inizialmente fonte di timore, è stato affrontato con una rinnovata determinazione e desiderio di realizzazione personale.

Attualmente, Maria si presenta come una giovane donna più sicura e autonoma. Gli episodi di ansia e gli attacchi di panico risultano significativamente ridotti. Mostra una maggiore libertà espressiva sia in ambito accademico che nelle relazioni interpersonali, oltre a una maggiore chiarezza progettuale rispetto al proprio futuro.



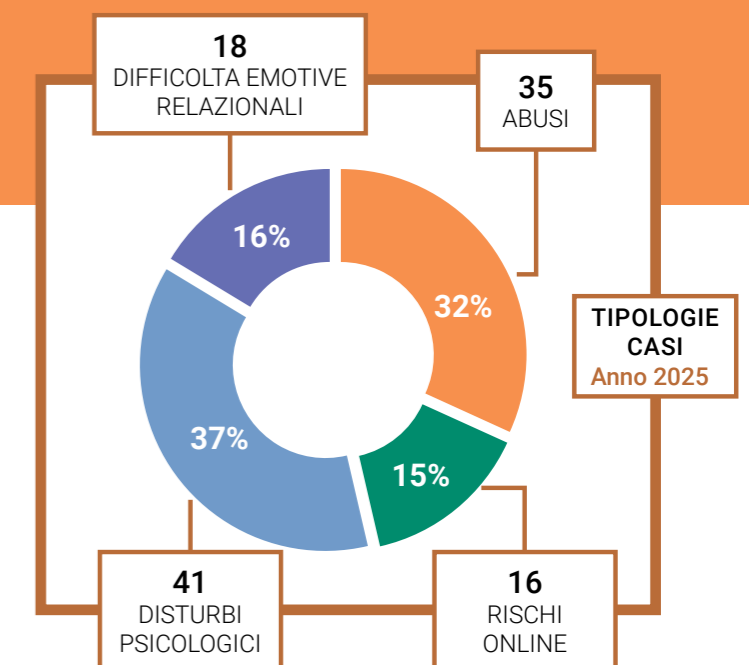
4 | Casi seguiti

Il **Centro Ascolto** ha accolto **3.013** richieste d'ascolto dal 2002 ad oggi.

Le richieste d'aiuto sono state differenziate in quattro macrocategorie al fine di comprenderne la natura ed erogare l'intervento terapeutico e professionale più opportuno.

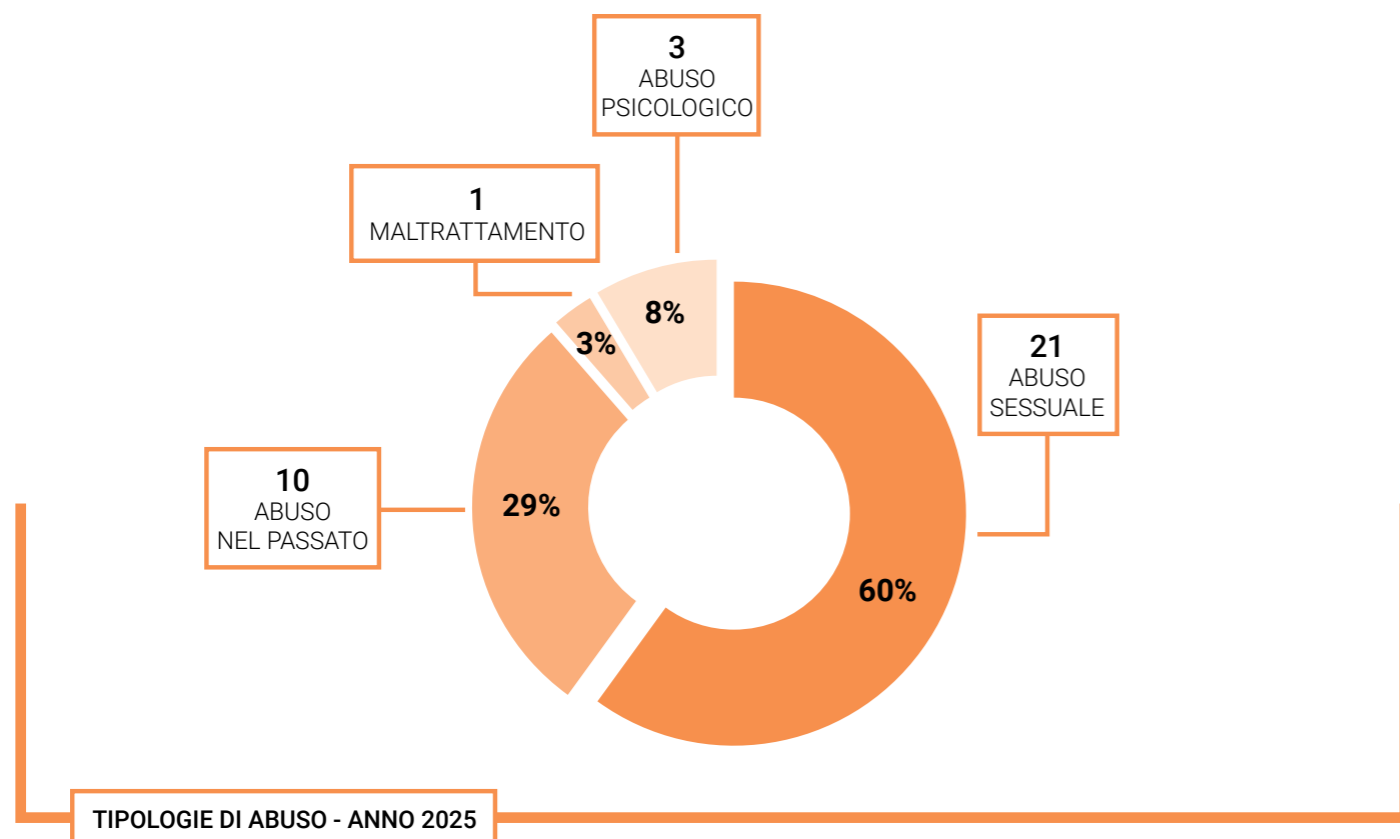
Ci si soffermerà ad analizzare i dati del 2025 per restituire una fotografia delle richieste d'aiuto attuali.

La macroarea "abuso" (35) raggruppa nello specifico abuso sessuale, abuso sessuale subito nel passato, maltrattamento, abuso psicologico. Particolare attenzione meritano i dati degli abusi sessuali, in quanto si registrano 21 vittime (35), si



aggiungono anche gli abusi avvenuti nel passato (10 su 35), in crescita rispetto al precedente anno.

La macroarea "rischi online" (16) raggruppa pedopornografia, dipendenza da internet, *sextortion*, sicurezza online, bullismo-cyberbullismo.



Il dato riportato sottolinea la richiesta d'aiuto e la risposta data alle famiglie in merito alla gestione delle conseguenze psicologiche, giuridiche e informatiche relative ad un uso scorretto della rete internet.

La macroarea "disturbi psicologici" (41) raggruppa disturbo d'ansia, depressione, attacco di panico, dipendenza da sostanza, disturbo di personalità borderline, DOC, disturbo attaccamento. Meritano attenzione anche le richieste di aiuto dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti che presentano

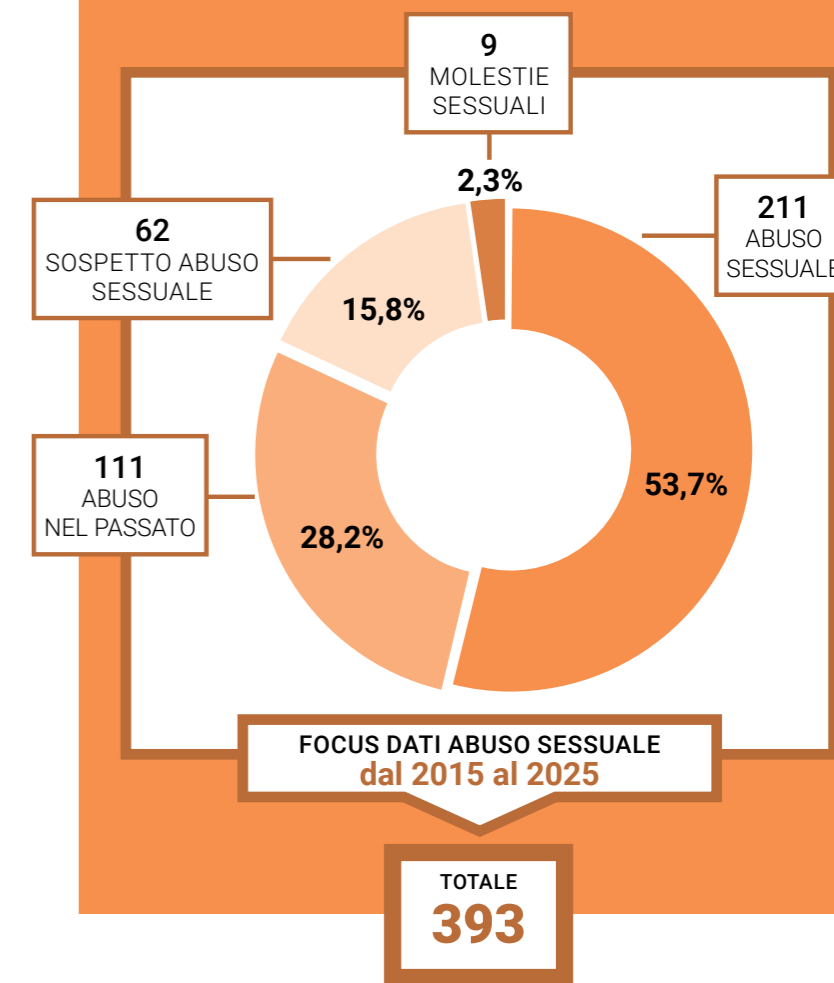
sintomatologie e disagi che ne compromettono il regolare sviluppo e lo svolgimento delle attività di socializzazione e scolastiche.

La macroarea "difficoltà emotivo-relazionale" (18) raggruppa relazioni familiari disfunzionali, difficoltà emotive-comportamentali, lutto.

Dall'analisi della domanda si rilevano delle difficoltà comportamentali dei minori causate dalle dinamiche familiari, per le quali è stato richiesto da parte delle famiglie un sostegno alla genitorialità.



ABUSO SESSUALE	21
ABUSO NEL PASSATO	10
ABUSO PSICOLOGICO	3
MALTRATTAMENTO	1
PEDOPORNOGRAFIA	5
SICUREZZA ONLINE	4
BULLISMO/CYBERBULLISMO	3
ADESCAMENTO	2
DIPENDENZA DA INTERNET	1
SEXTORTION	1
ANSIA	19
DISTURBO DEL NEUROSVILUPPO	11
DIPENDENZA DA SOSTANZA	4
DEPRESSIONE	3
DISTURBO DI PANICO	1
BORDELINE	1
DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO	1
DISTURBO D'ATTACCAMENTO	1
RELAZIONI FAMILIARI DISFUNZIONALI	6
DIFF. EMOTIVO COMPORTAMENTALI	11
LUTTO	1
TOTALE ANNO 2025	110



Dall'analisi della domanda d'aiuto che riceve il Centro Ascolto, spesso si rileva un disagio psicologico relativo all'uso scorretto della rete. Attraverso una ricerca condotta da Meter in un campione di 467 soggetti di età compresa tra i 9 e gli 11 anni, bilanciati per sesso, emerge che il 45% del campione dichiara tentativi di adescamento nei videogiochi online; di questi solo il 10% ne ha consapevolezza e conosce il fenomeno. Spesso i tentativi di adescamento vengono confusi con tentativi di furto d'identità e spesso non vengono informati i genitori dell'accaduto, perché si teme che il dispositivo venga loro sottratto. Tale circostanza espone i ragazzi continuamente a situazioni che minano la loro sicurezza, perché appunto viene meno il monitoraggio del genitore.



5 | Ascoltare e Ascoltarsi: uno studio pilota

La società in continua evoluzione vive spesso la sofferenza nella relazione con l'Altro. Frequentemente la sofferenza relazionale riportata a Meter dai giovani è riconducibile alla loro difficoltà di trovare ascolto e comprensione, all'incapacità dell'Altro di "vederli" nei loro bisogni. L'obiettivo dello studio pilota è stata l'esplorazione nei giovani della richiesta d'ascolto e della percezione di essere ascoltati e compresi dall'adulto di riferimento. Nello specifico, è stata valutata la loro consapevolezza nella richiesta di aiuto e le modalità di reagire di conseguenza.

Campione e procedura

Il presente studio condotto dall'Associazione Meter ha coinvolto **1.098 studenti** degli Istituti Secondari di Primo e di Secondo grado.

Lo studio ha previsto il coinvolgimento dei giovani del territorio italiano, al fine di acquisire dati più rappresentativi,

non riconducibili ad una esclusiva collocazione geografica.

Inoltre, per garantire un campione più vasto, la fascia d'età degli studenti coinvolti è stata quella compresa tra la prima e la tarda adolescenza (11-18 anni), bilanciate per genere (F:54%; M:46%).

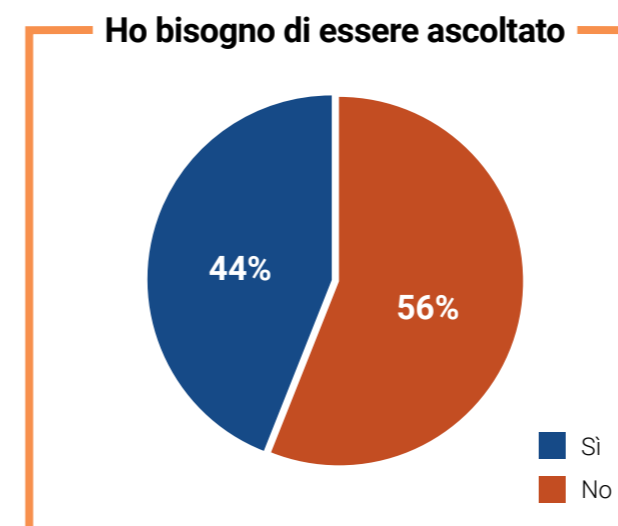
Gli studenti hanno compilato il questionario utilizzando i loro dispositivi elettronici ed è stata loro assicurata la riservatezza delle risposte. Non sono state raccolte informazioni sensibili o identificative per garantire l'anonimato di tutti i partecipanti.

Strumenti

I dati sono stati raccolti tramite un questionario online composto da 10 domande a risposta dicotomica e a risposta multipla, di rapida somministrazione. Il questionario ha raccolto anche informazioni sociodemografiche, quali età e sesso.

Risultati

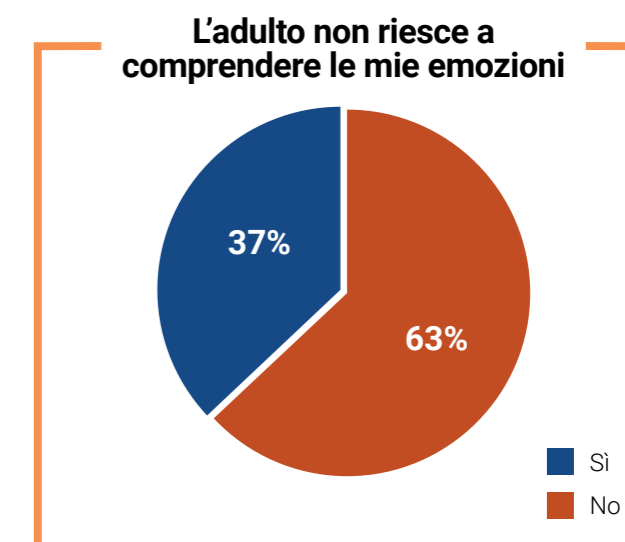
Il questionario ha permesso di esplorare aspetti dell'ascolto emotivo. Nello specifico, alla domanda "Ho bisogno di essere ascoltato", il 56% del campione sostiene che non ha bisogno di essere ascoltato, mentre il 44% riconosce tale bisogno. Il 44% dei giovani che sostiene di aver bisogno di ascolto, seppur non rappresenti la maggioranza, costituisce un dato importante. Nello specifico, sono 484 i ragazzi che hanno tale consapevolezza.



L'87% degli studenti ha dichiarato di trovare ascolto nei loro genitori; solo il 13% sostiene il contrario. È statisticamente significativo il dato riportato, identificando un ambiente in grado di soddisfare la richiesta d'ascolto dei ragazzi. È importante comunque porre attenzione sul fatto che il 13% dei soggetti necessita di attenzioni nel contesto familiare e di accoglienza della richiesta d'ascolto all'interno della relazione con i loro genitori. Abbiamo anche voluto com-

prendere se l'ascolto è presente nell'ambiente scolastico, in quanto anch'esso ricopre un ruolo fondamentale per la loro crescita. Nello specifico, il 72% del campione ha dichiarato di trovare ascolto negli insegnanti, mentre è sostenuto il contrario dal 28%. È statisticamente significativo il dato riportato, perché identifica un ambiente in grado di soddisfare la richiesta d'ascolto dei ragazzi. Il 28% degli studenti mostra come è ancora necessario creare un ambiente scolastico che integri le esigenze di ognuno di loro.

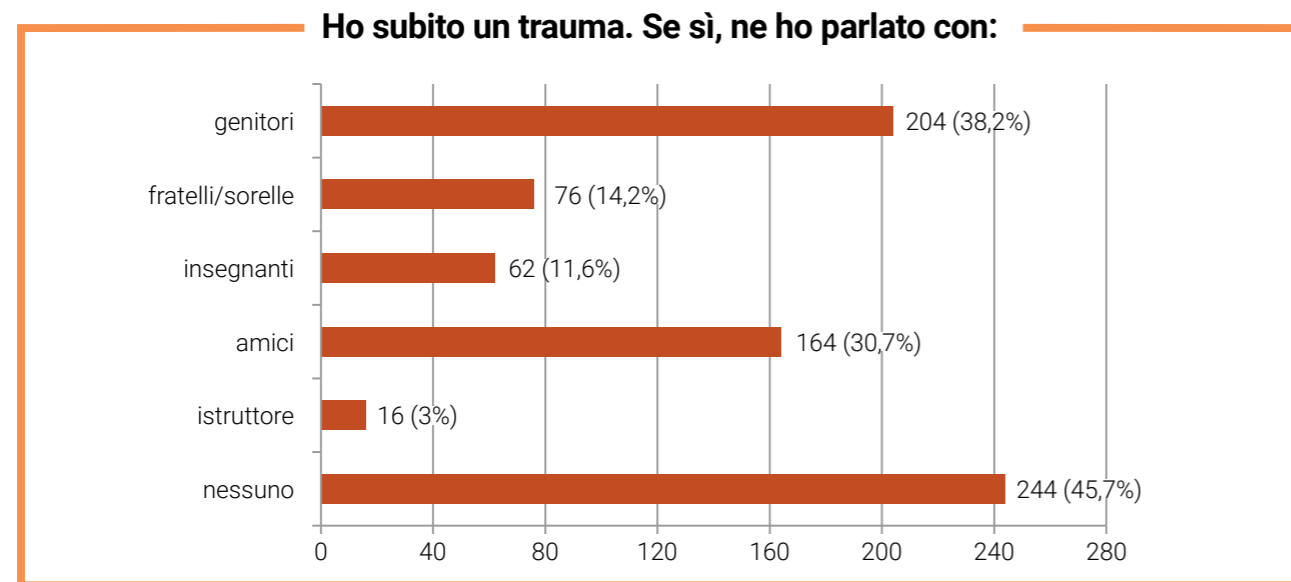
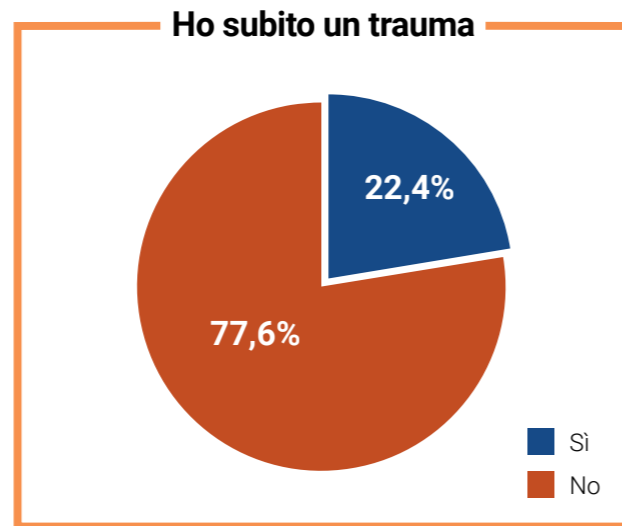
Coerentemente ai dati precedenti, il 37% del campione sostiene che l'adulto non riesce a comprendere le sue emozioni, mentre il 63% si sente compreso. Alla domanda: "Ho pensato di consultare uno psicologo perché ritengo che gli altri non riescono ad ascoltarmi", esclusivamente il 14% ritiene sia necessario farlo.



Il 22,4% (246 studenti) del campione dichiara di aver subito un trauma: è importante porre attenzione sia alla consapevolezza dell'evento subito sia al carico emotivo che necessita di essere gestito.

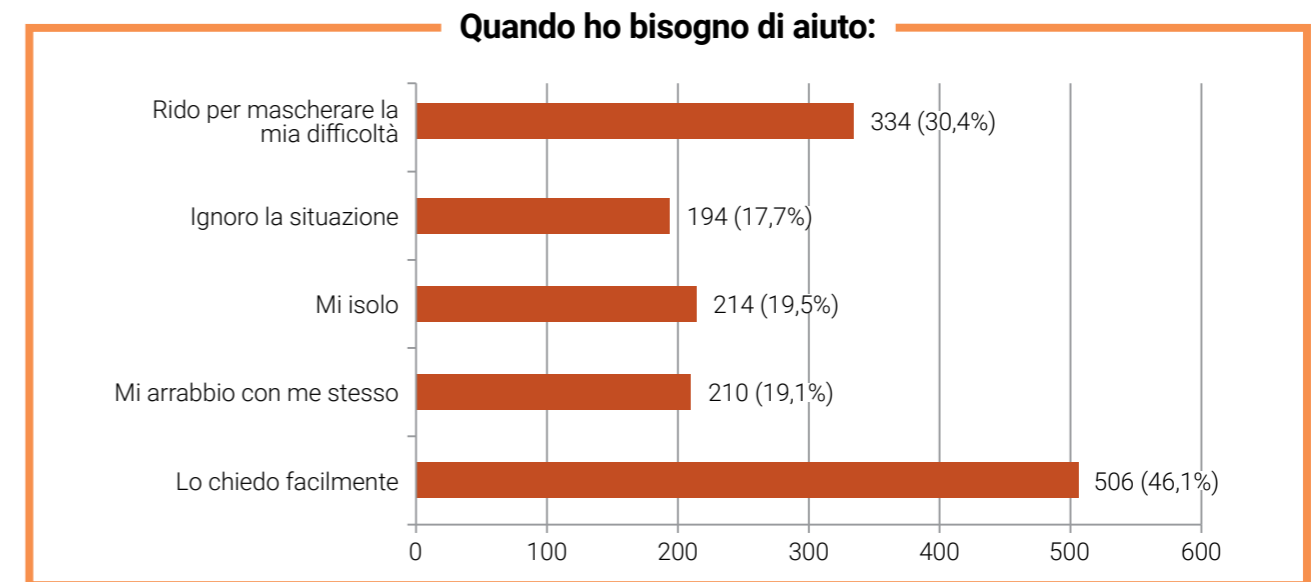
Tra questi, il 45,7% dichiara di non parlarne con nessuno; il 38,2% che ne ha parlato con i genitori; il 30,7% con gli amici; il 14,2% con i fratelli/sorelle; l'11,6% con gli insegnanti; il 3% con gli istruttori.

È stato importante comprendere se i ragazzi chiedono aiuto e quali sono le modalità che adottano in funzione del loro bisogno. Dai dati emerge che il 46% chiede aiuto facilmente, mentre il 54% non chiede aiuto seppur ne abbia bisogno. Nello specifico, il 30,4% dice di mascherare le difficoltà, il 19,5% si isola, il 19,1% si arrabbia con sé stesso, il 17,7% ignora le difficoltà.



Conclusioni

Attraverso questo primo studio pilota si è evidenziato che i giovani, almeno in parte, mostrano la consapevolezza del bisogno d'essere ascoltati e di ricevere le risposte adeguate sia nell'ambiente famiglia sia ambiente scuola; ma occorre intervenire ancora sull'altra parte del campione che non ha sviluppato tale consapevolezza e/o



che necessita di essere ascoltato. Sarà opportuno contribuire a rendere la scuola e la famiglia un ambiente sicuro, sempre più accogliente, in grado di ascoltare i bisogni di ogni giovane. Ciò consente di riflettere sui concetti di trauma, di relazione tra l'adulto e il minore e di ruolo educativo, sottolineando l'importanza di tutelare i minori attraverso azioni di prevenzione e di intervento e la necessità di un coinvolgimento e di una comunicazione sempre più assertiva tra le agenzie educative.

Per agenzie educative, nello specifico, intendiamo la scuola, la famiglia, le associazioni culturali e sportive e i gruppi sociali che accolgono i minori. Pertanto, devono essere coinvolti nell'educazione all'affettività, nello sviluppo di life skills al fine di migliorare il loro benessere personale e sociale. Questa esigenza si evince soprattutto in funzione delle modalità disfunzionali che i giovani utilizzano per affrontare le situazioni di difficoltà.

Per life skills si intendono "tutte quelle abilità e competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri, per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana" (OMS, 1992). Il potenziamento di queste competenze, come ad esempio il senso critico, la comunicazione efficace, l'autocoscienza, la gestione dello stress, costituisce quindi un fattore protettivo per favorire il benessere psicologico della persona, per sostenere relazioni significative e funzionali, per promuovere comportamenti sani e per prevenire comportamenti disfunzionali.

Sono necessari futuri studi longitudinali per individuare le variabili su cui strutturare potenziali percorsi di intervento preventivo e di sostegno ai giovani al fine di acquisire la consapevolezza dei propri bisogni, il riconoscimento delle proprie fragilità e la modalità più adeguata alla richiesta d'aiuto.

7 consigli per l'ascolto del minore



- 1 Mostrare accoglienza favorendo una serie di scambi volti a metterlo a proprio agio; manifestando attenzione e disponibilità creando un ambiente favorevole al dialogo.
- 2 Mostrare ascolto interessato rispetto al racconto. È importante utilizzare il suo stesso linguaggio, giocare con lui ed entrare nel suo mondo in punta di piedi per dargli la libertà di esprimersi senza paura di essere giudicato o colpevolizzato.
- 3 Farlo sentire protetto, al sicuro. Il minore ha bisogno di un adulto che sia abbastanza forte da potersi fare carico delle sue sofferenze così da non sentirsi più solo e in maniera tale da permettergli di esprimere i suoi sentimenti.
- 4 Cercare di comprendere i suoi stati mentali ed emotivi osservando i suoi comportamenti e le sue reazioni, lasciandolo libero di agire, assumendo un atteggiamento paziente e ricettivo, in grado di rispettare anche i momenti di silenzio e di negazione.

- 5 Non mostrare mai indignazione o angoscia per quello che sta raccontando, per quanto possa risultare difficile accogliere determinati vissuti. Se il minore capisse che sta rivelando una verità troppo difficile da accettare smetterebbe immediatamente di parlare.
- 6 Non cominciare una caccia alle streghe o una battaglia personale per lo più dannosa per il minore, ma si deve cercare di metterlo a proprio agio, in condizioni di poter chiedere aiuto e di fidarsi.
- 7 Rivolgersi ad operatori del settore in grado di aiutare il minore nelle modalità adeguate al suo sviluppo psicofisico. È importante che sia personale esperto a porre le domande e a indagare sull'accaduto per evitare di suggestionarlo. L'educatore può ascoltare e accogliere il racconto del bambino, il resto dovrà essere portato avanti da chi ne ha le competenze.



**Sostieni le attività
dell'Associazione con il tuo**

CinquexMille

c.f. 014 024 608 91

Segreteria **+39 0931 564872**
segreteria@associazionemeter.org



www.associazionemeter.org