

sociale, Astrolabio, Roma, 1987.

De Ambrogio U., "La valutazione partecipata nei servizi sociali. La descrizione di un approccio attraverso alcuni casi concreti", *Rassegna Italiana di Valutazione*, 17-18, 2000a.

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

Emiliani F., Bastianoni P., *Una normale solitudine*, Carrocci, Roma, 1998.

Fareri P., "Notes sur l'approche participative du point de vue de l'Analyse des politiques publiques", in Soderstorm O., Cogato Lanza E., Barbey G., Lawrence R. (a cura di), *L'usage du projet. Pratiques sociales et conception du projet urbain et architectural*, Payot, Lausanne, 2000.

Garena, "Giudici e operatori sociosanitari tra competenze e limiti nell'intervento di protezione dei minori", *Minori e giustizia*, 4, 1999.

Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di), *La tutela del minore*, Cortina, Milano, 1996.

Lerma M., *Metodi e tecniche del processo d'aiuto*, Astrolabio, Roma, 1992.

Masini R., Sanicola L., *Avviamento al servizio sociale*, 1988.

Mazza Galanti F., "Esperienze e prospettive di un lavoro integrato fra servizi e giustizia", *Minori giustizia*, 4, 1999.

Meucci G. P., Scarcella F., *La tutela dei diritti del minore*, Nis, Roma, 1984.

Montecchi, *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, Angeli, Milano, 1998.

Neve E., "Il servizio sociale nel sistema della giustizia tra teoria e prassi", *Il bambino incompiuto*, 4/5, 1993.

**Seminario di riflessione
sugli attuali problemi del rapporto
Nord/Sud del mondo**

promosso da **Cooperativa TERRENUOVE**
in collaborazione con le **ACLI di Milano**

Sabato 1 marzo 2003, dalle 9.30 alle 13
presso la sede delle **ACLI**, in via Della
Signora 3, Milano

Interverranno:

Anna Rotondo, presidente di TERRENUOVE

**Serge Latouche, economista, politologo,
docente all'Università Paris XI e allo
Iédes**

**Luigi Bobba, presidente nazionale delle
ACLI**

**Vittorio Agnoletto, medico, responsabile
scientifico LILA Cedius, Consiglio inter-
nazionale del Forum Sociale Mondiale**

**Emanuele Ranci Ortigosa, IRS, collabo-
ratore di TERRENUOVE, direttore di PSS**

**Sono invitati tutti coloro che a vario titolo
(cittadini, professionisti, operatori)
sono interessati agli argomenti proposti
e desiderano contribuire al dibattito. La
partecipazione è gratuita.**

**Si prega di segnalare la propria adesione
in segreteria chiamando lo 02-70127021
o inviando un fax allo 02-70127022 o
un'e-mail a terre@centropsi.it.**

La valutazione nelle indagini sociali: un caso

**IN CONTINUITÀ CON IL PRECEDENTE ARTICOLO, CON
QUESTO CONTRIBUTO SI VUOLE RIPERCORRERE LA STRADA
DELLA VALUTAZIONE NELLE INDAGINI SOCIALI, NON PIÙ
DAL PUNTO DI VISTA METODOLOGICO, MA DA QUELLO
DELLA PRATICA PROFESSIONALE.**

Teresa Bertotti assistente sociale, sociologa *
Susanna Galli assistente sociale **

* Cbm, Milano

** Funzionario del servizio sviluppo
delle professionalità - Politiche sociali,
Provincia di Milano

Questo contributo si propone di raccontare una storia, una storia familiare difficile con qualche luce e molte ombre come quelle che spesso si incrociano nei servizi. In continuità con il precedente articolo, l'idea è quella di ripercorrere la strada della valutazione nelle indagini sociali, questa volta non più dal punto di vista metodologico, ma dal punto di vista della pratica professionale.

Attraverso la narrazione affronteremo snodi critici, quali l'analisi della richiesta e l'identificazione del mandato, la formulazione della prima ipotesi di esplorazione, la raccolta delle informazioni e l'attendibilità delle fonti, i criteri e gli indicatori, la selezione degli elementi significativi, per arrivare alla costruzione della valutazione. L'obiettivo è quello di mettere in luce come l'uso del protocollo nella sua parte conclusiva abbia modulato la relazione tra i protagonisti di questa vicenda: mamma, bambina e operatori del servizio sociale.

La storia riguarda la vicenda di Viola (V.), una bambina di nove anni, che vive con la madre Francesca (F.) e il suo attuale compagno, noto tossicodipendente e pregiudicato per reati vari, prevalentemente connessi allo spaccio e alla ricettazione.

Il padre di V. è morto per overdose quando la bambina aveva solo quattro anni, la madre anch'essa tossicodipendente, è in cura presso una struttura specialistica a fronte di una sindrome di immunodeficienza acquisita.

La situazione viene segnalata al Tribunale per i Minorenni dal Sert, dopo che F. decide improvvisamente di trasferirsi nel nostro Comune, prendendo fisicamente le distanze e interrompendo i rapporti con la rete di

servizi che stavano diventando per lei troppo invasivi: il Sert, l'ospedale, la scuola, i volontari.

F. con questa mossa sceglie di chiudere una relazione d'aiuto con interlocutori diversi, sia di servizi pubblici che del privato sociale, ritenendo di "potercela fare da sola a prendersi cura di sé e di V."

Questa chiusura verso l'esterno, così come innumerevoli dati di realtà legati alle condizioni fisiche di F. e alle precarietà delle cure rivolte a V., il repentino trasferimento in una nuova realtà, completamente sconosciuta e senza legami significativi, hanno portato il Sert a maturare una decisione a lungo rinviata, quale la segnalazione al Tribunale per i Minorenni.

Come servizio incaricato di svolgere l'indagine, non conoscendo la situazione, riteniamo utile incontrare il servizio segnalante, il Sert (referente a livello Asl anche dopo il trasferimento di residenza), prima di avviare il lavoro con la mamma di V. L'indagine viene realizzata da una micro équipe, assistente sociale e psicologa, attraverso colloqui con F., il nuovo compagno e V.; in accordo con la madre vengono sentiti anche i servizi specialisti, i volontari e la nuova scuola frequentata da V. Il lavoro sino alla restituzione dura circa tre mesi.

LA DEFINIZIONE DEL CAMPO D'INDAGINE

Il primo passaggio delicato è stata la definizione del campo di indagine, necessaria per capire su cosa avremmo orientato l'attenzione e i criteri con cui raccogliere e selezionare le informazioni significative e rilevanti. Dagli elementi inizialmente raccolti dal Sert

e dall'analisi di altro materiale (certificato anagrafico, residenza in una casa di cortile semi abbandonata) abbiamo formulato le prime ipotesi del possibile pregiudizio: la condizione di orfana, la malattia e la tossicodipendenza della madre, così come la sua convivenza con un pregiudicato, potevano farci prefigurare una situazione di trascuratezza e scarsa cura e di assunzione di responsabilità della bambina nei confronti della madre. Si trattava anche di valutare in che misura la madre fosse consapevole delle difficoltà proprie e della figlia e quanto riuscisse ad utilizzare le risorse e i supporti dei servizi per proteggere V. dalle conseguenze delle sue difficoltà.

Sulla base delle nostre conoscenze teoriche ed esperienziali, potevamo ipotizzare anche che non avremmo trovato segnali particolarmente chiari o espliciti (come può invece avvenire nei casi di maltrattamenti fisici o nella trascuratezza di bambini più piccoli) e che il malessere della bambina si sarebbero manifestato prevalentemente a livello psicologico, connessi alla categoria della "inversioni di ruolo" o in episodi non particolarmente drammatici di scarsa cura e vigilanza.

Dall'insieme dei colloqui emerge un quadro ampio e dettagliato e in particolare si delinea la situazione di V. come una bambina attiva, autonoma, per molti versi precocemente addestrata dalla madre, che la rende partecipe di tutte le difficoltà economiche, lavorative, abitative e relazionali; nei frequenti momenti di sofferenza legati alla malattia e all'uso di sostanze è la bambina ad assistere e a prendersi cura di F. Questo ha una ricaduta evidente sulla continuità della frequenza scolastica e sulla fragilità delle relazioni che V. intrattiene fuori dal contesto familiare.

L'ATTENDIBILITÀ DELLE FONTI, I CRITERI E GLI INDICATORI

Le diverse persone interpellate (l'associazione dei volontari, la scuola una famiglia d'appoggio che conosceva la bambina ancor prima del trasferimento) hanno tratteggiato la storia di V. e di sua madre ognuna a partire dalla propria specifica esperienza, dalla propria sensibilità e dal frammento più o meno ampio del rapporto avuto con una bambina e una donna impegnate a combattere le difficoltà della vita. Il loro racconto è intessuto di pareri, emozioni, opinioni arricchite da episodi e fatti descritti in modo più "oggettivo": più o meno consapevolmente, ognuno degli interlocutori ci dava la sua personale "valutazione".

Appare quanto mai chiaro come la nostra indagine, la nostra valutazione

si componga e si arricchisca dell'ascolto dei diversi punti di vista, ma non può ridursi a una loro raccolta o mera registrazione: l'intrecciarsi dei racconti sollecita e interroga la sensibilità, l'intuizione, la conoscenza teorica ed esperienziale dell'assistente sociale.

A questo si aggiunge poi la conoscenza diretta con le persone "oggetto" dell'indagine.

La nostra valutazione si definisce così connettendo i diversi "tasselli", dei punti di vista degli altri con i nostri, in un processo di co-costruzione.

Nei lavori che hanno accompagnato la ricerca emerge da subito la preminenza e una condivisione profonda dello stile narrativo utilizzato sia dal gruppo, sia nel racconto delle storie familiari, unitamente alla consapevolezza del rischio di smarrire il filo conduttore, il nesso esistente tra l'ipotesi iniziale e la valutazione, avviluppati e affascinati dalle trame familiari e dall'incalzare degli eventi.

Abbiamo scoperto che i criteri e le categorie di valutazione utilizzati, i pareri dati, risultavano convincenti laddove riuscivano a trovare degli ancoraggi in episodi e racconti di fatti, in elementi visibili, descrivibili e sufficientemente riconoscibili come significativi, elementi che consentissero di collocarsi nell'ambito di una ipotetica scala di valori da più a meno grave. Elementi che fossero quindi adottabili come "indicatori" proprio come avviene quando la lancetta del serbatoio della benzina ci permette di "vedere" e misurare (su una scala convenzionalmente riconosciuta) qualcosa che sarebbe altrimenti difficile sapere.

Nell'ascoltare le "fonti di informazione extrafamiliari", le persone che avevano conosciuto V. e sua madre, portando la loro esperienza di conoscenza oggettiva ed emotiva, abbiamo messo a fuoco il tema della valutazione sull'"attendibilità" di quanto queste persone ci andavano raccontando.

Si tratta di un tema particolarmente importante dal momento che spesso i genitori contestano l'affidabilità e la credibilità dei racconti di insegnanti o altri interlocutori significativi. Ragionando su questo tema abbiamo messo a fuoco come anche noi consideravamo inattendibili quei racconti in cui gli "indicatori" forniti (la descrizione di fatti ed episodi) risultavano incoerenti con il criterio o la categoria a cui erano attribuiti. Per esempio, nel caso di V. risultava poco attendibile la testimonianza di un volontario che enfatizzava le capacità genitoriali di F., descrivendola come madre attenta e premurosa discriminata dai servizi solo a causa della sua malattia, per poi perdersi, con dolorosa

partecipazione, nei racconti delle telefonate serali di V. sola in casa, o di quando le portavano alimenti, capi d'abbigliamento o materiale per la scuola.

In altri casi, il peso dato all'evento era molto distante da quello che dava l'assistente sociale. Ad esempio, per il medico di reparto la presenza di V. era essenziale per compensare le crisi di F., soprattutto nei momenti di depressione, anche se questo imponeva alla bambina un ruolo di assistenza alla madre, un contatto continuo con un luogo di malattia e pregiudicava per V. la continuità della frequenza scolastica e dei normali rapporti di vita.

LA COERENZA

Ecco come il criterio della coerenza è diventata la prima bussola utile per orientare la scelta e la selezione delle informazioni da considerare significative.

Il secondo passaggio, necessario per evitare di essere guidati da una sola ipotesi di indagine, è stato quello di costruire una mappa sufficientemente ampia ed esaustiva della diverse aree su cui si doveva volgere lo sguardo, nella quale, accanto alle dimensioni di criticità, di rischio e di malessere, fossero rappresentate le dimensioni positive e le risorse protettive.

L'USO DEL PROTOCOLLO Scomposizione in fattori e indicatori

Il protocollo (e la griglia di analisi) ha consentito di definire una tramatura più chiara, un canovaccio, in cui le informazioni e i pensieri trovano una propria collocazione come dettagli, che recuperando un senso nell'ordine della visione d'insieme.

Lavorare in questa prospettiva ha richiesto inizialmente uno sforzo culturale di scomposizione del racconto, del colloquio, dell'interazione con la famiglia in indicatori di benessere, di rischio e di danno, accompagnato da uno sforzo professionale di attenzione e consapevolezza a mantenere distinta l'informazione da ogni possibile lettura interpretativa e dalle fonti da cui si origina.

Parole ricorrenti nelle relazioni sociali come "trascuratezza", "scarsa protezione", vengono circostanziate da fatti. Costruire un'ipotesi di trascuratezza, valutando l'interazione tra gli indicatori di malessere e i fattori protettivi, occupandoci contemporaneamente dell'area del rischio e delle risorse, ci aiuta a formulare una diagnosi tridimensionale che tenga realmente conto di tutte le sfaccettature.

La fatica più rilevante è stata quindi quella di "riempire la griglia". Ne presentiamo un esempio (tavola

1), con la consapevolezza che si tratta di un lavoro incompleto e migliorabile all'infinito. Peraltro, ci siamo resi conto del fatto che la griglia, sollecitando un fascino e un'attrazione classificatoria, prefigurando un'illusione di ordine, razionalità e verità, rischia di diventare il fine e non il mezzo attraverso cui giungere alla valutazione, quasi che la compilazione perfetta della griglia esoneri dalla fatica di esporsi nell'espressione esplicita di un parere su temi così complessi.

Prestando quindi attenzione a questo rischio, e tollerando una certa dose di imprecisioni, ci sembra di aver trovato una dimensione di equilibrio nella tensione tra l'intuizione soggettiva (necessaria ma esposta ai pregiudizi) e l'oggettività assoluta, la "verità" di cui parla Alfoldi (1999).¹

Superato l'impatto e la fatica della collocazione degli elementi la griglia è diventata uno strumento di lavoro nel servizio. È possibile usare la griglia dandovi uno sguardo quantitativo, osservando quanto sono piene o vuote le varie caselle, mettere in luce le zone d'ombra, "i buchi", legati a campi spesso poco indagati o inconsapevolmente trascurati, stante l'urgenza o più semplicemente un pregiudizio circa l'attendibilità di una possibile fonte.

Nella storia di V., occupandoci della riga "come sta il bambino", risalta a colpo d'occhio come i campi connessi al rischio risultino saturi rispetto all'area della protezione.

Al contempo, gli indicatori presenti nell'area del benessere ci confortano rispetto all'esistenza di un danno ancora contenuto per V., che d'altro canto

non potrà che evolvere in una prognosi infausta se non si interverrà per incrementare i fattori protettivi nell'area della genitorialità.

Nella ricostruzione della storia familiare di V., è interessante vedere come, collocando le informazioni all'interno della griglia, nella riga "Storia individuale dei genitori..." il dato della tossicodipendenza assuma una rilevanza esponenziale, amplificato da un passaggio generazionale, da morti per overdose e da una scarsa consapevolezza del problema.

Nell'esperienza, questo percorso apparentemente di incasellamento delle informazioni non ha sicuramente impoverito la parte narrativa, indispensabile per costruire connessioni e restituire significati alle storie dei bambini e delle loro famiglie, ma ha consentito di creare una sequenzialità espositiva e

TAVOLA 1 Compilazione della griglia

Aree	Indicatori			
	Fattori di rischio	Fattori protettivi	Segni di malessere	Segni di benessere
Contesto sociale	Stile di vita precario della madre Assenza di un lavoro regolare Tossicodipendenza Depressione Precarie condizioni di salute Spacciatori a casa Dipendenza passiva e strumentale dai volontari	Presenza attiva di volontari Buon inserimento nel gruppo classe	Casa evidentemente trascurata e in disordine Frequentazioni di ambienti e persone potenzialmente pericolosi	F. cerca un lavoro V. va volentieri a scuola
Come sta il bambino, storia del bambino, come stanno fratelli e sorelle	Mancanza di ritmi di vita adeguati ai bisogni Assunzione di responsabilità e ruoli adulti Aggressività Ansia legata a possibili incontri con mostri e ladri Bisogno di esercitare un controllo costante sulle situazioni e sulle relazioni	Bambina sana Va bene a scuola	Resta a casa sola la sera V. spaventata scarse cure (alimentazione, ritmi di vita) V. evidenzia il desiderio di avere una madre come le altre Assenza di una famiglia allargata V. propone un'immagine idealizzata di sé: bella, adeguata	Bambina autonoma, attiva, vivace e curiosa Bambina capace di interagire con i coetanei e di "farsi voler bene" dagli adulti
Storia individuale (infantile e familiare) dei genitori e della coppia, costituzione delle famiglie nucleare e allargata	Decesso prematuro della nonna materna per overdose Morte del padre per overdose Tossicodipendenza di entrambi i genitori Devianza Conflittualità con la famiglia di origine di entrambi Convivenza con noto tossicodipendente e pregiudicato Vedovanza	La mamma chiede aiuto all'AS "X" nei momenti di difficoltà	Precarie condizioni di salute Scarsa consapevolezza dei bisogni di cura legati alla malattia Dipendenza da Servizi e istituzioni Uso di sostanze	
Rapporti tra genitore e bambino e gli altri fratelli/sorelle, relazione con i nonni	Rabbia nei confronti della madre da parte di V. Completa assenza di rapporti con nonni e zii materni e paterni	Forte attaccamento di V. alla madre	Madre insulta e aggredisce V. Madre che maltratta Madre che non la va a prendere a scuola Madre che la lascia spesso sola	
Relazione tra famiglia e Servizi	Vissuto persecutorio Atteggiamento assistenzialistico Agiti di evitamento e fuga dai Servizi	Capacità della madre di individuare gli interlocutori in grado di soddisfare i propri bisogni		

di esplicitare nel racconto fonti, ipotesi, e valutazioni supportate da un sapere professionale in grado di esplicitare riferimenti teorici e motivazioni.

Dunque, compiuto questo triplo salto mortale nella logica di una professione abituata a muoversi nella storia orale, spesso costruita su passaggi generazionali delle famiglie che entrano in relazione con gli stessi servizi, nella quotidianità, il protocollo ha sostituito il blocco degli appunti, o più professionalmente il diario sociale, dove, in modo sintetico e spesso criptico, ci si è abituati ad annotare informazioni e impressioni.

Questa modalità ha consentito di circostanziare e supportare con fatti ed elementi frasi ricorrenti nella storia degli operatori, come “sono preoccupato ma non saprei dire”, “ci sono talmente tanti problemi che non so da dove partire” consentendo di lavorare anche nell’urgenza senza esserne travolti.

LA VALUTAZIONE REALE

La diagnosi

La fatica dell’utilizzo del protocollo (e della griglia) ha permesso una formulazione più chiara della valutazione richiesta in esordio dal mandato dell’autorità giudiziaria. Ciò che avevamo notato all’inizio del lavoro del gruppo di ricerca, leggendo le nostre relazioni di indagine, era una marcata difficoltà ad esprimere con chiarezza una valutazione esplicita e quindi l’assenza di una “diagnosi” sull’esistenza o meno della condizione di pregiudizio.

L’idea che la diagnosi, un termine che di per sé evoca il mondo della clinica, non appartenga al sociale, mette in luce una fragilità della professione che per definire delle chiavi di lettura in diverse occasioni ricorre al prestito da altri saperi professionali, valorizzando poco significati e indicatori specifici del servizio sociale.

In questo senso pensare che l’ampiezza del racconto induca il magistrato a formulare le stesse valutazioni in merito alla minore o maggiore gravità della situazione, frequentemente da vita a fraintendimenti e al fallimento di speranze magiche “di essere compresi” e considerati “collaboratori fidati” della magistratura.

In questo senso, mettendo l’accento sul grado di coerenza esistente tra le sue diverse parti, a fronte di una richiesta dell’autorità giudiziaria e di un’ipotesi di valutazione dichiarata, il protocollo aiuta a far emergere i “non detti” e gli impliciti e ad evitare di mimetizzare, dietro a termini vaghi o eccessivamente tecnici, aspetti che talvolta sono così rilevanti e drammatici da risultare difficilmente esprimibili nelle sue valenze più profonde.

Nel caso di V., l’entità degli elementi riconducibili all’area del rischio e la fragilità dei fattori di protezione, non solo riferiti all’unico genitore vivente, ma all’assenza di un qualsiasi riferimento parentale significativo, ha portato alla conferma dell’ipotesi iniziale in merito alla sussistenza di una situazione di grave pregiudizio. In particolare, il pregiudizio si compone della grave trascuratezza emotiva in cui V. viene lasciata dalla madre (volontariamente o meno non appare qui rilevante) e dall’estrema difficoltà di prefigurare un cambiamento sufficientemente tempestivo per la cronicità e la molteplicità delle problematiche familiari. Questa valutazione fonda e giustifica le strategie di miglioramento prospettate, quali un intervento di protezione urgente per V.

Al momento della definizione delle strategie appariva chiaro come l’urgenza di pensare alla protezione di V., con il suo inserimento in una comunità, fosse direttamente connessa al progressivo e irreversibile deterioramento del quadro clinico di F. In questa prospettiva dunque, agli elementi di trascuratezza e maltrattamento pregressi, si sommava un altro importante dato dell’aspettativa di vita del genitore.

UN VALORE AGGIUNTO

Come cambia la relazione con la famiglia grazie al protocollo

Va da sé che una maggiore chiarezza di percorso nella testa dell’operatore consente una maggiore esplicitazione non solo dei motivi che hanno indotto l’autorità giudiziaria a disporre l’indagine, ma delle scansioni temporali, delle modalità adottate, delle fonti di cui il servizio sceglie di avvalersi, tentando per quanto possibile di contenere al minimo i non detti.

Parlare delle conclusioni delle relazioni e quindi della diagnosi e della prognosi, consente di definire con la famiglia due passaggi chiave:

- il primo, che comunque la valutazione esplicitata appartiene al Servizio e che il convincimento del Giudice si costruirà su un complesso di pareri (non sempre omologhi) e che sarà dunque terzo rispetto alla diagnosi degli operatori;
- che la diagnosi fatta dal servizio non si struttura in una “sentenza” né in una decisione, ma si fonda e si articola in un passo successivo: le strategie di miglioramento. In questo passaggio la relazione con la famiglia può diventare, nel migliore dei casi, un processo di co-costruzione delle strategie o comunque una condivisione della necessità di introdurre elementi di cambiamento negli stili familiari.

Offrire un diritto di cittadinanza alla relazione tra operatori e famiglia,

consente di collocare non solo informazioni utili sulla dipendenza o sulle strategie di evitamento adottate da un nucleo familiare, ma genera uno spazio di pensiero per le sensazioni, le emozioni, i vissuti dello stesso operatore.

Parlare del senso di soffocamento, della fatica, del disagio, anche fisico, legato all’incombente della prospettiva ravvicinata morte, della diffidenza che l’assistente sociale vive nella relazione con una persona specifica, evita che questi elementi diventino un metro inconsapevole di giudizio, soprattutto quando si modulano le strategie di cambiamento.

La chiarezza dei passaggi imposti dal protocollo ha facilitato la restituzione di altrettanta chiarezza nel rapporto con la madre di V.

Accompagnare F. in un franco quanto doloroso esame di realtà ha consentito all’équipe di modulare il piano della valutazione, mantenendo l’attenzione sul benessere di V., senza scivolare in falsi pietismi o in atteggiamenti giudicanti.

La maggiore tranquillità e lo spazio dato alle emozioni ci sembra abbia consentito alla madre di V. di condividere, seppur con dolore e tristezza, la necessità di pensare un distacco dalla figlia, al fine di consentirle di aver ciò che lei era impossibilitata a dare. Questo ha consentito a F. di accompagnare emotivamente la figlia al collocamento in comunità, riuscendo a sopportare la lacerazione provocata dai sensi di colpa senza mistificarli con fantasmatiche persecuzioni messe in atto dai servizi ai suoi danni.

CONCLUSIONI

Riteniamo che il gruppo di ricerca non abbia solo prodotto uno strumento utile per affrontare con più lucidità oggettività e consapevolezza un delicatissimo compito valutativo, ma che esso costruisca uno spazio in cui possa svilupparsi anche in contesti così impervi una relazione di aiuto profondamente professionale nella quale tenere insieme le competenze tecniche con quelle relazionali ed emotive.

Ci sembra uno strumento che apre tante finestre sostenendo uno sguardo ampio su diversi orizzonti; è anche uno strumento da migliorare e ci auguriamo che possa essere occasione di scambio confronto osservazioni e critiche nell’ambito della professione e, perché no anche al di fuori, con gli psicologi, ad esempio, così contigui agli assistenti sociali, in particolare nel campo delle valutazioni richieste dall’autorità giudiziaria minorile.

Note

¹ Alford F., *L’évaluation en protection de l’enfance. Théorie et méthode*, Dunod, Paris, 1999.