

Sorvegliare la maternità. Consumo di droghe, disuguaglianze sociali e controllo istituzionale

Surveilling Motherhood: Drug Use, Social Inequalities, and Institutional Control

DANIELE SCARSCCELLI¹, ROSALBA ALTOPIEDI², CHIARA BERTONE³

Sommario

L'articolo analizza il rapporto tra maternità, consumo di droghe illegali e intervento istituzionale adottando una prospettiva costruttivista del corso di vita. A partire da una ricerca partecipata di tipo *Community-Based Participatory Research* (CBPR), condotta con madri con esperienza di uso di sostanze psicoattive illegali, il contributo esplora come le carriere di consumo e i corsi di vita delle madri vengano socialmente costruiti e valutati nel tempo attraverso l'intreccio tra pratiche quotidiane, reti di sostegno, risorse disponibili e dispositivi istituzionali di regolazione e controllo. L'analisi si fonda su 16 interviste in profondità e utilizza un dispositivo comparativo ispirato alla logica delle *sliding doors*, affiancando una storia empirica a una storia alternativa fondata su evidenze empiriche. Il confronto mostra come esiti biografici divergenti dipendano dalla configurazione dei corsi di vita e dal ruolo attivo delle istituzioni nel tradurre pratiche e difficoltà materne in indicatori di rischio per il benessere dei figli. I risultati evidenziano come cornici medicalizzanti e individualizzanti producano forme di ingiustizia epistemica, con implicazioni rilevanti per un lavoro sociale critico e anti-oppressivo.

Parole chiave: consumo di droghe illegali; corso di vita; ingiustizia epistemica; genitorialità e controllo istituzionale; *community-based participatory research* (CBPR)

1 Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze politiche, economiche e sociali, Università Piemonte Orientale. daniele.scarscelli@uniupo.it

2 Dipartimento di Culture, Politica e Società, Università degli Studi di Torino. rosalba.altopiedi@unito.it

3 Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze politiche, economiche e sociali, Università Piemonte Orientale. chiara.bertone@uniupo.it

Abstract

This article examines the relationship between motherhood, illicit drug use, and institutional intervention through a constructivist life course perspective. Drawing on a Community-Based Participatory Research (CBPR) project conducted with mothers with lived experience of illicit substance use, the study explores how drug use careers and maternal life courses are socially constructed and assessed over time through the interplay of everyday practices, support networks, available resources, and institutional mechanisms of regulation and control. The analysis is based on 16 in-depth interviews and employs a comparative device inspired by *sliding doors* logic, juxtaposing an empirical life story with an alternative story grounded in empirical evidence. The comparison shows how divergent biographical outcomes are contingent upon the configuration of life courses and the active role played by institutions in translating maternal practices and difficulties into risk indicators for child wellbeing. The findings highlight how medicalised and individualising frameworks produce forms of epistemic injustice, with significant implications for critical and anti-oppressive social work.

Keywords: illegal drug use; life course; epistemic injustice; parenthood and institutional control; community-based participatory research (CBPR)

1. Prologo

Io non ho più fatto uso dal momento in cui ho deciso di concepire: era una gravidanza cercata, desiderata, scelta e il mio era uso ricreativo, sporadico e occasionale. Al consultorio, quando mi chiedono se avessi mai usato droghe, accenno al mio uso occasionale, sporadico e loro hanno scritto sulla cartella uso sporadico occasionale e poi basta: la gravidanza era super fisiologica, i miei valori erano super a posto. Quando passo in carico all'ospedale mi dicono che bisognerà fare degli altri accertamenti. In reparto mi fanno le 1000 domande e mi mettono in mano un barattolino... "deve fare la pipì qua dentro". Al secondo incontro si ripete tutto il refrain: visita, ecografia, barattolino. Quando faccio notare che le analisi sono negative, mi rispondono: "noi non possiamo essere certi che lei non abbia fatto un uso", cioè che io non stia ancora consumando. Poi arriva la frase: "lei non partorirà al *****". Io esco sconvolta, piangendo, con la sensazione di essere espropriata della mia capacità di scegliere. Dopo il parto si rivolgono a mio figlio dicendo: "saluta la mamma che adesso vai al nido", e resto senza mio figlio per ore. Infine, arriva anche l'assistente sociale "per quella cosa lì, delle droghe", mi dice e minaccia: "se non va al SerD passiamo tutto al Tribunale dei minori".

2. Introduzione

Questa storia, raccolta nell'ambito di una ricerca partecipata di tipo *Community-Based Participatory Research* (CBPR) realizzata con madri con esperienza di consumo di droghe illegali, non rimanda soltanto all'esperienza di una donna concreta, ma può essere letta come una *storia tipica*, nel senso indicato da Olagnero e Saraceno (1993, p. 14): una vicenda individuale che “parla anche per il contesto in cui si colloca”.

L'attribuzione di questo statuto non dipende da una generalizzazione astratta, ma è strettamente legata all'impostazione partecipata della ricerca. L'adozione di un approccio di CBPR ha infatti consentito di leggere l'esperienza narrata non come un caso eccezionale o idiosincratico, bensì come l'espressione di configurazioni ricorrenti di senso, di pratiche e di interazioni istituzionali, emerse dal confronto sistematico tra più storie e dal riconoscimento dei saperi esperienziali delle madri come risorse epistemiche centrali (Israel et al., 1998; Minkler e Wallerstein, 2003).

In questa prospettiva, la storia rende osservabile un assetto ricorrente di pratiche istituzionali e di definizioni interpretative che attraversa le esperienze di madri a cui viene associato il consumo di droghe, all'interno del quale la maternità, attraverso una cornice medicalizzante, viene progressivamente definita, valutata e monitorata mediante dispositivi di sorveglianza e controllo.

L'attenzione degli operatori tende così a concentrarsi non tanto sulle traiettorie integrate del corso di vita o sulle modalità d'uso dichiarate, quanto sulla possibilità sempre latente – perché biologicamente fondata nel paradigma del *brain disease* della dipendenza – che il consumo persista, venga occultato o si riattivi. È entro questa logica che un uso passato, ricreativo e occasionale viene ricodificato come indicatore clinico rilevante e che la maternità viene sottratta alla sfera della fisiologia per essere ricondotta entro procedure istituzionali di valutazione del rischio.

La vicenda di questa donna, dunque, non parla solo di lei, ma rende visibile il funzionamento di un contesto istituzionale in cui la medicalizzazione del consumo di droghe tende a isolare la presunta “carriera deviante” dalle altre traiettorie del corso di vita, producendo una definizione anticipata di rischio che prescinde tanto dalle evidenze empiriche quanto dai significati attribuiti dalla diretta interessata alla propria esperienza.

A fronte di questa cornice interpretativa, che assume il consumo di droghe come indicatore diretto di rischio per la funzione genitoriale, l'articolo adotta una prospettiva costruttivista del corso di vita, che sposta l'attenzione dai meccanismi biochimici e psicologici ai processi sociali, istituzionali e relazionali attraverso cui le carriere di consumo vengono costruite nel tempo.

Tale prospettiva non nega la rilevanza dei meccanismi biologici o psicologici, ma li concepisce come interconnessi con le dimensioni sociali e relazio-

nali dell'esperienza (Mortimer e Shanahan 2004; Benson 2002), rifiutando l'idea che possano funzionare come variabili esplicative uniche o dominanti. Assunti isolatamente, i meccanismi biologici non sono in grado di spiegare né la diversificazione degli esiti delle carriere di consumo – ad esempio il fatto che alcune persone interrompano o regolino l'uso senza ricorrere all'intervento degli esperti (Scarscelli 2003) – né il senso che i soggetti attribuiscono nel tempo alla propria condotta, senso che può essere compreso solo situando tale esperienza entro specifici contesti storici, sociali e relazionali.

È in questa prospettiva, come vedremo, che le carriere di consumo vengono lette come processi socialmente costruiti, prodotti dall'intreccio tra pratiche di uso, traiettorie familiari, lavorative e relazionali, disponibilità di risorse, reazioni sociali e interventi istituzionali.

Per rendere analiticamente visibile la costruzione sociale dei corsi di vita delle madri che consumano droghe illegali, abbiamo adottato la logica delle *sliding doors*, intesa come il confronto tra una storia empirica e una storia alternativa, essa stessa storia tipica, costruita a partire dalle evidenze emerse dalle altre interviste.

Non si tratta, come vedremo, di un esercizio controfattuale astratto, ma di un dispositivo comparativo fondato interamente su dati empirici: esso consiste nell'affiancare a una storia reale una seconda storia tipica, costruita per sintesi a partire da più biografie reali, al fine di mostrare come, a parità di pratiche di consumo, differenti assetti sociali e istituzionali producano traiettorie di vita divergenti.

Le riflessioni che proponiamo in questo articolo non hanno un valore esclusivamente analitico, ma interrogano le implicazioni operative delle cornici interpretative adottate dagli operatori dei servizi, collocandosi all'interno di una prospettiva di lavoro sociale critico e anti-oppressivo (Scarscelli 2022).

In particolare, mostreremo come una lettura prevalentemente biomedica del consumo di droghe e una lettura della genitorialità, e in particolare della maternità, in termini di competenze definite dai saperi esperti (Gillies 2011) possano generare forme di ingiustizia epistemica (Fricker 2007), sia testimoniale che ermeneutica, con effetti rilevanti sulla possibilità delle madri di essere riconosciute come soggetti credibili e competenti nel proprio ruolo genitoriale.

Questa dimensione è tutt'altro che secondaria per il lavoro sociale: se, come indicato, per esempio, dal codice deontologico delle assistenti sociali, l'azione professionale deve essere orientata alla promozione della giustizia sociale, allora interrogare i presupposti epistemici che producono esclusione, stigmatizzazione e svalutazione delle testimonianze e dei saperi esperienziali diventa parte integrante della responsabilità etica degli operatori.

3. Framework teorico

Negli studi sociologici sul consumo di droghe, il concetto di carriera rappresenta da tempo uno strumento analitico fondamentale per mettere a fuoco la dimensione diacronica dei percorsi di uso. A partire dal classico lavoro di Becker (1987) sul “diventare consumatore di marijuana”, l’attenzione si è progressivamente spostata dal consumo in sé alle sequenze di apprendimenti, definizioni sociali, aspettative e opportunità che, nel tempo, rendono possibile e “sensato” per un soggetto assumere droghe.

L’idea di carriera mette in discussione ogni lettura naturalizzante del consumo. Ciò che diventa rilevante non sono tanto le caratteristiche psicologiche individuali, il funzionamento dei cervelli o gli effetti biochimici delle sostanze considerati isolatamente, quanto i processi sociali attraverso cui si impara a usare droghe, si attribuisce significato a tale uso e lo si integra – con esiti differenti – nelle altre sfere della vita. In questa prospettiva, la carriera di consumo è sempre intrecciata alle altre traiettorie biografiche (morale, lavorativa, familiare, relazionale, ecc.), talvolta in modo complementare, talvolta in tensione o in conflitto.

Assumere la carriera come unità analitica significa, dunque, spostare lo sguardo dall’individuo isolato al soggetto situato: una persona la cui condotta prende forma dentro contesti sociali attraversati da significati, vincoli strutturali, opportunità differenziali e relazioni di potere. Questo spostamento è particolarmente rilevante quando si analizzano percorsi di consumo che si intrecciano con ruoli fortemente normati, come quello genitoriale.

Su questo sfondo, si è sviluppato un filone di studi che ha applicato la più ampia prospettiva del corso di vita all’uso di sostanze (DeWit et al. 1997; Scarscelli 2003; Beccaria e Scarscelli 2007; Hser et al. 2007; Hser et al. 2009; Measham et al. 2011; Lander 2015, Moxon e Waters, 2017).

Una prima declinazione di questo approccio è la cosiddetta *lifecourse perspective*, fortemente influenzata dal lavoro di Elder (1974, 1985, 1994), che considera le biografie come sequenze di eventi e ruoli socialmente definiti, distribuiti nel tempo storico e nello spazio sociale. In questa prospettiva assumono rilievo concetti come il “*timing*” degli eventi (quando avvengono rispetto alle altre traiettorie), l’interdipendenza delle vite (le vite collegate ad altre vite), l’intreccio tra differenti traiettorie e l’agentività dei soggetti. Applicata al consumo di droghe, questa prospettiva ha mostrato come transizioni chiave – ad esempio l’ingresso nel mercato del lavoro, la perdita dell’occupazione, la costruzione o la rottura di una relazione affettiva stabile, la nascita di un figlio – possano avere effetti di intensificazione, trasformazione o riduzione dell’uso di sostanze (Hser et al. 2009).

Accanto a questa declinazione maggiormente centrata sull’individuo e sulle transizioni, che Grenier (2012) ha definito “personologica”, si è sviluppato un secondo filone che legge il corso di vita in termini *istituzionali*.

Nel caso delle madri, tali transizioni assumono una particolare rilevanza perché si collocano all'intersezione tra aspettative normative fortemente istituzionalizzate sulla maternità e pratiche di consumo che vengono frequentemente lette come incompatibili con il ruolo genitoriale. La nascita di un figlio, in particolare, non agisce come "fattore causale" automatico di cambiamento, ma come evento il cui significato e i cui effetti dipendono dalla configurazione complessiva delle traiettorie, dalle risorse disponibili in quel momento del corso di vita e dalle dinamiche istituzionali in cui le madri sono inserite.

In questa declinazione, il corso di vita è concepito come una costruzione sociale e politica, organizzata attraverso norme di età, standard di normalità e sequenze biografiche considerate "appropriate". Le istituzioni - educative, lavorative, familiari, sanitarie, penali - non si limitano ad accompagnare i percorsi individuali, ma contribuiscono attivamente a definirne i confini, stabilendo quali transizioni sono considerate "in tempo" e quali "fuori tempo", quali scelte biografiche risultano legittime e quali deviano dalle aspettative istituzionalizzate.

Applicata all'uso di droghe, questa prospettiva consente di leggere le biografie dei consumatori di droghe come posizionate entro un ordine istituzionale che regola l'accesso a diritti, risorse e riconoscimento, producendo in modo differenziale stigmi e controlli (Moxon e Waters 2017). Nel caso delle madri, l'intreccio tra consumo e maternità rende particolarmente evidente il ruolo delle istituzioni nel definire cosa conta come rischio, adeguatezza o inadeguatezza genitoriale.

Un terzo filone, che possiamo definire *critico*, mette al centro la natura socialmente costruita del corso di vita e insiste sulla dimensione interpretativa e narrativa dell'esperienza. Questo approccio, cui rimandano ad esempio gli studi di Grenier (2012) e di autori che lavorano sull'invecchiamento e sulle identità negoziate, consente di problematizzare sia l'enfasi individualizzante tipica di parte della *lifecourse perspective*, sia una lettura eccessivamente strutturalista del corso di vita come mera istituzione (Holstein e Gubrium 2000; Grenier 2012; Moxon e Waters 2017). Il focus si sposta sulle modalità attraverso cui le persone raccontano i propri percorsi, interpretano le transizioni, rielaborano i vincoli strutturali e le aspettative normative, costruendo - anche in condizioni di forte vulnerabilità - margini di agentività e di resistenza.

Questi diversi approcci non vanno letti come alternative rigide, ma come modi differenti di concepire che cosa sia un corso di vita e come esso debba essere conosciuto. Come osserva Grenier (2012), ogni approccio al corso di vita si fonda su assunti teorici che definiscono ciò che diventa rilevante nell'analisi. Il corso di vita non è, quindi, una sequenza di eventi che attende di essere descritta, ma una costruzione epistemica: il risultato di uno specifico sguardo teorico sulle biografie. Questa consapevolezza è cruciale quando ci si confronta con le vite di madri che hanno fatto uso di droghe

illegali, perché ciò che appare come “transizione”, “deviazione” o “fallimento” dipende in larga misura dai criteri di normalità incorporati nelle cornici interpretative adottate.

All'interno di questa prospettiva risultano particolarmente utili alcuni concetti chiave. Il primo è quello di *transizione*, intesa come cambiamento di status o di ruolo relativamente circoscritto nel tempo – ad esempio, entrare in una convivenza, perdere il lavoro, diventare genitore – le cui conseguenze possono però dispiegarsi nel lungo periodo. Tuttavia, non sono le transizioni in sé a produrre cambiamento, bensì il modo in cui esse si inseriscono dentro *traiettorie* più durature, intese come linee di sviluppo che attraversano diverse dimensioni del corso di vita - familiare, lavorativa, formativa, relazionale, morale e di consumo. Alcune traiettorie si intrecciano in modo particolarmente stretto con quelle istituzionali: l'ingresso in una comunità madre-bambino, una valutazione di rischio da parte dei servizi, un intervento del Tribunale per i minorenni possono configurarsi come *punti di svolta*, ossia come eventi capaci di riorientare il corso di vita delle madri e dei loro figli. Tali punti di svolta non sono mai eventi “puri”, ma acquistano significato solo all'interno delle traiettorie in cui si collocano e delle risorse accessibili in quel momento, date le condizioni sociali e relazionali del soggetto.

L'impatto di una transizione dipende infatti da una pluralità di fattori interconnessi: dal grado di prevedibilità dell'evento, dal momento biografico in cui avviene, dal margine di controllo esercitabile sul cambiamento di status, dall'importanza dello status precedente nell'organizzazione dell'identità personale e sociale (Hughes 1945), dal grado di reversibilità della transizione stessa (Ebaugh 1988), nonché dalla disponibilità di risorse materiali, simboliche e relazionali mobilitabili nella fase di attraversamento e rielaborazione dell'evento (Meo, 2000).

Assumono, infine, rilievo le nozioni di *carriera morale* (Goffman 1968) e di *attore biografico* (Heinz 1996).

La prima rimanda ai mutamenti nel modo in cui gli individui giudicano sé stessi e sono giudicati dagli altri lungo il corso della vita: nel caso delle madri che usano droghe, questo intreccio tra auto-definizione e definizioni esterne è cruciale, perché il consumo viene letto alla luce di aspettative fortemente normate sulla maternità, sulla femminilità e sulla “buona cura”. La particolare concentrazione di aspettative normative sulle madri è caratteristica della società moderna (D'Amelia 1997), ma nel contesto neoliberale di individualizzazione delle responsabilità ha assunto forme specifiche (Mercuri 2025), informate dal modello di “maternità intensiva” (Hays 1998) e dalla centralità attribuita alla gestione dei rischi nella logica del determinismo genitoriale (Furedi 2008). I *disability studies* hanno inoltre messo in luce come queste aspettative abbiano implicazioni abiliste, comprendendo la capacità

continua di prendersi cura in modo efficiente ed auto-sufficiente del figlio (Daniels 2019; Micalizzi 2026).

La seconda sottolinea che le persone non sono semplici portatrici di ruoli, ma soggetti che tentano di collegare esperienze, vincoli e risorse in progetti dotati di senso, confrontandosi con traiettorie pregresse, aspettative e regole istituzionali, posizionamenti sociali differenziati e reti di sostegno più o meno disponibili.

L'adozione di una prospettiva di corso di vita permette dunque di leggere le carriere di consumo non come esiti "natural" di tratti individuali o di proprietà farmacologiche delle sostanze, ma come percorsi socialmente costruiti, storicamente situati e profondamente segnati dalle strutture di genere, di classe e da come si configura l'organizzazione sociale della cura, tra reti familiari e informali, sostegno pubblico e mercato. Nel caso specifico delle madri che usano droghe, tali carriere si intrecciano con traiettorie parentali, lavorative, affettive e con i dispositivi istituzionali di welfare, cura e controllo, producendo configurazioni di vita che possono essere comprese solo nella loro dinamica di lungo periodo.

A partire da questo *frame* teorico, nel seguito dell'articolo analizzeremo due storie di madri che usano droghe: una basata su una biografia empirica e una costruita nella logica delle *sliding doors* come storia tipica alternativa, a partire dalle evidenze emerse dal lavoro di ricerca. I concetti di transizione, traiettoria, punto di svolta, carriera morale e attore biografico fungeranno da strumenti interpretativi per comprendere come il consumo si intrecci con la genitorialità e come le istituzioni partecipino attivamente alla costruzione di tali percorsi, con esiti talvolta trasformativi, talvolta profondamente oppressivi.

4. Metodologia

4.1 Approccio di ricerca

Le storie alla base delle riflessioni proposte in questo articolo provengono da un percorso di ricerca partecipata, nel quale un gruppo di madri con esperienza di uso di sostanze psicoattive illegali è stato coinvolto non solo come "oggetto" di indagine, ma come parte attiva nei processi di definizione del disegno e delle domande di ricerca, di analisi dei materiali empirici e di riflessione sulle modalità di restituzione dei risultati.

Lo studio si colloca nel solco delle ricerche partecipate di tipo *Community-Based Participatory Research* (CBPR), un approccio che ha trovato applicazione anche in ambiti affini a quello qui considerato, inclusi studi sul consumo di droghe illegali, sulla salute e sulle pratiche di welfare rivolte a gruppi

socialmente marginalizzati (Damon et al. 2017; Simon et al. 2021; Jozaghi et al. 2018; Thulien et al. 2022; Raynor 2022).

Nel nostro studio, la CBPR non è stata adottata unicamente come cornice metodologica orientata all'inclusione, ma come risposta strutturale alle forme di ingiustizia epistemica che colpiscono le madri che usano sostanze. In questi contesti, il sapere esperienziale delle donne è sistematicamente delegittimato da dispositivi istituzionali fondati su sospetto, sorveglianza e valutazione del rischio, che tendono a interpretare il consumo esclusivamente come indicatore di inadeguatezza genitoriale. La CBPR consente di redistribuire il potere cognitivo all'interno del processo di ricerca, riconoscendo le partecipanti non come fonti di dati, ma come soggetti epistemicamente competenti nella definizione dei problemi, nella produzione delle categorie interpretative e nella lettura critica delle istituzioni con cui interagiscono. In linea con la letteratura che concepisce la ricerca partecipativa come pratica di giustizia epistemica, il coinvolgimento delle madri ha permesso di mettere in discussione cornici biomediche e tutelari date per scontate, facendo emergere forme di regolazione informale del consumo, strategie di cura e negoziazioni quotidiane che restano generalmente invisibili nelle ricerche estrattive e nei saperi professionali (Israel et al. 1998; Minkler e Wallerstein 2003; Fricker 2007).

Il presente lavoro si sviluppa a partire da un precedente studio qualitativo che aveva ricostruito, attraverso le voci dei diretti interessati, il rapporto con i servizi sociali di un campione di genitori a cui erano stati allontanati temporaneamente o definitivamente i figli. Tra le storie raccolte, vi erano anche quelle di madri che avevano fatto uso di droghe illegali (Scarscelli 2022). Sebbene quel lavoro avesse rappresentato un passaggio importante nella decostruzione di stereotipi consolidati e nella produzione di conoscenza critica sui meccanismi del controllo istituzionale, esso restava ancorato a un'impostazione in cui i soggetti coinvolti erano principalmente intervistati, seppur riconosciuti come portatori di saperi rilevanti.

Il presente studio introduce un cambio epistemico significativo: non si limita più a raccogliere punti di vista sull'esercizio del potere istituzionale, ma assume come principio fondativo la co-produzione della conoscenza. In linea con un approccio critico e anti-oppressivo al lavoro sociale (Scarscelli 2022), la ricerca riconosce i saperi situati delle madri come risorse epistemiche indispensabili per comprendere come maternità, consumo di droghe e intervento dei servizi vengano esperiti, interpretati e negoziati nel corso di vita.

Da un punto di vista epistemologico, un approccio anti-oppressivo non può fondarsi esclusivamente su "evidenze" prodotte da dispositivi di conoscenza che escludono o marginalizzano la voce dei gruppi sottoposti al controllo sociale. La partecipazione attiva delle madri non viene quindi considerata un valore aggiunto opzionale, ma un requisito metodologico

essenziale per evitare che la ricerca stessa riproduca dinamiche di dominio e processi di estrattivismo epistemico, intesi come modalità di produzione di conoscenza che estraggono le esperienze dei soggetti senza riconoscerne la competenza epistemica né promuovere una redistribuzione del potere interpretativo, ossia il riconoscimento delle madri come co-produttrici di significato e la messa in discussione del monopolio interpretativo del ricercatore.

Come osservano Wilson e Beresford (2000), in assenza di una reale partecipazione dei gruppi oppressi alla progettazione e alla realizzazione delle attività di ricerca, l'esperienza stessa di partecipare a ricerche controllate dai gruppi dominanti può risultare opprimente per i partecipanti, e la conoscenza prodotta può contribuire a rafforzare visioni stigmatizzanti delle loro vite e dei loro problemi.

4.2 Disegno della ricerca

Il progetto di ricerca è stato avviato nel maggio 2023. Lo studio è stato presentato inizialmente ad alcuni operatori dei servizi per le dipendenze di una città piemontese, che hanno svolto una funzione di mediazione nel contatto con madri, che avevano avuto esperienze di presa in carico da parte dei servizi. Le madri che hanno manifestato interesse sono state invitate a un incontro di presentazione, durante il quale sono stati illustrati gli obiettivi della ricerca - esplorare il rapporto tra maternità, consumo di droghe e controllo istituzionale - nonché l'impostazione partecipata dello studio.

Quattro madri hanno aderito al percorso di ricerca e hanno preso parte a incontri periodici con cadenza almeno mensile.

La prima fase del lavoro è stata dedicata alla definizione condivisa del disegno di ricerca. Dal confronto è emersa la scelta di sviluppare uno studio qualitativo basato su interviste in profondità, ritenute lo strumento più adeguato a raccogliere narrazioni biografiche e punti di vista sulle esperienze di consumo, maternità e relazione con i servizi.

La traccia di intervista è stata elaborata attraverso un processo di confronto e revisione durato circa un anno.

Complessivamente sono state realizzate 16 interviste. La raccolta dei dati è stata condotta dai ricercatori e dalle ricercatrici accademici, in quanto le madri co-ricercatrici hanno preferito non partecipare direttamente alla fase di discesa sul campo.

La scelta delle madri co-ricercatrici di non partecipare alla discesa sul campo non va interpretata come un limite metodologico, ma come una decisione situata e politicamente significativa. Essa esprime una forma di protezione dalla ri-esposizione e un atto di controllo sui confini del proprio coinvolgimento, mettendo in discussione modelli di partecipazione totalizzanti. Infatti, la partecipazione non coincide con la presenza in ogni fase

della ricerca, ma con la possibilità di negoziare tempi, modalità e limiti del coinvolgimento, rivendicando una concezione di CBPR rispettosa dei confini biografici ed emotivi delle persone coinvolte.

Il campionamento è stato di tipo non probabilistico per obiettivi, al fine di includere profili di consumo sociologicamente differenziati. Facendo riferimento agli studi che hanno analizzato i modelli di consumo di droghe illegali al di fuori di un esclusivo riferimento alle popolazioni cliniche (Zinberg 1984; Waldorf et al. 1991; Boyd 1999; Granfield e Cloud 1999; Decorte 2001; Cohen e Hendrien 2001; Scarscelli 2003; Zuffa 2010; Zuffa e Ronconi 2017; Petrilli 2020; Cippitelli e Ronconi 2022; Altopiedi et al. 2025), abbiamo individuato alcuni tipi sociali rilevanti per gli obiettivi dello studio: consumatrici che hanno interrotto un consumo regolare senza ricorrere ai trattamenti; consumatrici che hanno interrotto l'uso attraverso percorsi di trattamento ambulatoriale e/o residenziale; consumatrici che hanno alternato interruzioni e uso regolare; consumatrici che fanno o hanno fatto un uso saltuario e contestuale delle sostanze. Il campione ha incluso anche esperienze di trattamento in comunità terapeutiche madre-bambino e in comunità residenziali per soli adulti.

4.3 Analisi dei dati

Le interviste sono state trascritte integralmente e analizzate attraverso un approccio qualitativo di tipo tematico, con il supporto del software ATLAS.ti. La codifica è stata orientata alla ricostruzione del modo in cui la carriera di consumo di sostanze si intreccia, nel corso di vita, con le traiettorie genitoriali e con altri funzionamenti sociali delle madri intervistate, con particolare attenzione alla loro articolazione temporale, relazionale e istituzionale.

Coerentemente con il quadro teorico adottato, l'analisi è stata organizzata lungo cinque aree tematiche: la carriera di consumo, l'esperienza della gravidanza, l'impatto del consumo sul ruolo genitoriale, l'impatto sui funzionamenti sociali e il rapporto con i servizi e le istituzioni. Per ciascuna area sono stati individuati temi ricorrenti, configurazioni tipiche e nessi tra pratiche di consumo, risorse disponibili, traiettorie biografiche e interventi istituzionali.

La discussione e l'interpretazione dei materiali empirici sono state condotte in forma collettiva, all'interno del gruppo di ricerca, in coerenza con l'impostazione partecipata dello studio. In questa fase, il confronto con le madri coinvolte come co-ricercatrici ha svolto una funzione centrale nel rendere visibili dimensioni dell'esperienza che rischiavano di restare sullo sfondo.

4.4 Costruzione della storia “alternativa” e uso dell’intelligenza artificiale

A partire dall’analisi tematica condotta con ATLAS.ti, il materiale empirico è stato successivamente riorganizzato con il supporto di ChatGPT. In questa fase, l’intelligenza artificiale è stata utilizzata esclusivamente come strumento di ausilio alla riorganizzazione analitica e alla sintesi concettuale dei dati già codificati, operando sotto il controllo teorico del gruppo di ricerca.

ChatGPT non è stato impiegato per produrre interpretazioni autonome, né per generare contenuti a partire da informazioni non presenti nei materiali empirici. Il suo utilizzo è stato circoscritto alla rielaborazione di contenuti già emersi dall’analisi tematica, lungo i cinque assi analitici precedentemente definiti. Ogni passaggio è stato verificato e discusso dal gruppo di ricerca sul corpus delle interviste⁴.

Come discusso nell’Introduzione, abbiamo adottato la logica delle *sliding doors* per affiancare a una storia empirica una storia alternativa, intesa non come esercizio controfattuale astratto, ma come sintesi analitica fondata su evidenze empiriche ricorrenti. La storia alternativa rappresenta una delle storie tipo emerse dall’analisi: una configurazione in cui l’assenza di capitale sociale e di reti di sostegno si accompagna a una progressiva compromissione dei funzionamenti sociali e genitoriali e a una crescente visibilità e controllo istituzionale.

Il processo di costruzione della storia alternativa ha previsto un controllo continuo di coerenza empirica. Le espressioni linguistiche, i registri discorsivi e le modalità narrative adottate riprendono intenzionalmente parole, formule e stili presenti nel corpus delle interviste. In questo senso, l’uso di ChatGPT ha avuto una funzione esclusivamente tecnica di supporto alla rielaborazione analitica, senza introdurre un livello autonomo di interpretazione.

L’interpretazione teorica, la definizione delle categorie analitiche e l’attribuzione di significato sociologico ai dati sono rimaste interamente in capo al gruppo di ricerca.

4 L’uso di ChatGPT si colloca all’interno di una riflessione metodologica recente sull’impiego dei modelli di linguaggio nell’analisi qualitativa, che ne sottolinea il possibile ruolo di supporto alla riorganizzazione, alla comparazione e alla sintesi di materiali già analizzati, a condizione di mantenere il controllo interpretativo e la verifica sul corpus empirico in capo ai ricercatori. In questa prospettiva, l’intelligenza artificiale non è concepita come agente interpretativo autonomo, ma come strumento ausiliario inserito in un processo analitico guidato teoricamente (cfr. Morgan 2023; Goyanes et al. 2025; NguyenTrung 2025).

5. Le due storie

5.1 Storia reale

Fin dall'adolescenza ho convissuto con l'ansia e quando mio padre si è lasciato con mia madre sono diventata anoressica. Crescendo ho iniziato a frequentare i rave e a fare uso di molte sostanze. In alcune serate arrivavo a usare fino a sei sostanze diverse: hashish, LSD, cocaina, MD, speed, eroina, oppio, ketamina. Era un periodo in cui il consumo faceva parte della mia vita sociale.

Durante il primo anno di università sono rimasta incinta. Ho deciso di portare avanti la gravidanza. Dopo la nascita di mio figlio ho continuato a studiare. Frequentavo regolarmente i corsi, studiavo di notte e mi sono laureata alla prima sessione utile, occupandomi allo stesso tempo di mio figlio. In quel periodo ho continuato ad usare sostanze durante i rave. Avevo la necessità di uscire e tornare due giorni dopo. Ma io il lunedì ero perfetta, andavo all'università e nessuno avrebbe mai potuto dirmi nulla. In questo percorso è stata decisiva la presenza di mia madre. Mi ha sostenuta ogni giorno nella gestione del bambino. Nei momenti in cui ero depressa e non avevo le forze per occuparmi di tutto, interveniva lei. Lo stesso faceva nei periodi di studio più intenso. Grazie a questo supporto sono riuscita a concludere l'università, a costruire un'identità professionale come infermiera e ad accedere al lavoro. Dopo la laurea, dopo aver raggiunto questo obiettivo, il mio corpo ha fatto boom! Mi sono buttata a letto senza forze. Per circa due anni ho sofferto di depressione e ansia. Anche in quel periodo mia madre ha continuato a garantire una base di sicurezza per mio figlio, assicurando continuità nella cura quotidiana. Il consumo di sostanze è continuato, ma l'ho regolato con regole precise.

Non ho mai consumato in presenza di mio figlio. Concentravo l'uso nei weekend, quando lui era con suo padre. Tenevo sempre il telefono acceso e carico, anche durante le feste, per qualsiasi motivo, perché mamma non smetti mai di esserlo. Non tenevo sostanze in casa. Durante la gravidanza ho interrotto l'uso della ketamina e ho continuato solo con tabacco e benzodiazepine prescritte. Dopo il parto mi sono rivolta al SerD per chiedere aiuto anche se ci ho messo molto tempo prima di rivolgermi al SerD perché avevo troppa paura che il mio bambino potesse subire qualcosa. Il rapporto con la psichiatra e con l'educatrice è stato positivo. Mi sono sentita riconosciuta nella mia identità professionale di infermiera, si confrontavano con me su cosa darmi. Quando mi è stato proposto un incontro con l'assistente sociale ho rifiutato e ho interrotto il percorso, non volevo che si infilassero nel rapporto con mio figlio, non è mai stato minimamente trascurato.

In seguito ho tentato un ricovero volontario in comunità, ma ho abbandonato dopo poco tempo. La prescrizione di numerosi farmaci mi era sembrata eccessiva.

Negli anni il consumo di cocaina è continuato, alternando periodi anche lunghi di sospensione a ricadute. Su di me ha un effetto calmante. Ho messo in

atto strategie per ridurre e controllarne l'uso, come confidarmi con persone fidate che potessero fermarmi nei momenti critici. Negli ultimi tempi sono riuscita a separare maggiormente i momenti di uso dalla quotidianità.

Ho sempre mantenuto un rapporto affettivo stretto con mio figlio. Ogni giorno l'ho rassicurato del mio amore e della mia presenza, anche nei momenti di depressione. La mia rete familiare è piccola ma efficace, soprattutto grazie a mia madre. Il fatto che fosse sempre mia mamma ad accompagnare e andare a prendere mio figlio ha reso tutto normale agli occhi degli altri: erano abituati a vedere lui con lei fin da quando aveva pochi mesi. Io lavoravo come libera professionista, potevo esserci o non esserci, e nessuno metteva in dubbio la mia presenza. In questo modo la mia fatica non si vedeva. Ho avuto il tempo di stare male, di deprimermi, senza che questo significasse mancare a mio figlio. Le sostanze sono state per me sia una fonte di danno sia una modalità di sfogo e di resistenza nei momenti di forte pressione. So che se mi fosse stato tolto mio figlio forse mi sarei uccisa, non l'avrei sopportato. Ecco, penso che proprio la cosa che avrebbe distrutto la mia vita sarebbe stata quella, nient'altro. Il cambiamento più importante è avvenuto attraverso un clic nella testa, qualcosa che non può essere indotto dall'esterno.

5.2 Storia alternativa

Fin dall'adolescenza ho convissuto con l'ansia e quando mio padre si è lasciato con mia madre sono diventata anoressica. Crescendo ho iniziato a frequentare i rave e a fare uso di molte sostanze. In alcune serate arrivavo a usare fino a sei sostanze diverse: hashish, LSD, cocaina, MD, speed, eroina, oppio, ketamina. Era un periodo in cui il consumo faceva parte della mia vita sociale.

Durante il primo anno di università sono rimasta incinta. Ho deciso di portare avanti la gravidanza. Dopo la gravidanza e la nascita di mio figlio ho cercato di continuare gli studi universitari, ma ero sola e non potendo contare sul sostegno di nessuno, neanche dei miei genitori, non sono riuscita a conciliare la maternità con lo studio. La gestione del bambino era interamente sulle mie spalle. Le notti insonni, la depressione e la mancanza di aiuto mi hanno impedito di frequentare regolarmente i corsi. Non sono riuscita a laurearmi. L'assenza della laurea non mi ha permesso di fare l'infermiera, né di trovare altri lavori qualificati: mi sono ritrovata senza stabilità economica e, soprattutto, senza la possibilità di presentarmi con una posizione sociale riconosciuta. Con il passare degli anni la depressione si è aggravata. Non avendo reti di sostegno, i momenti in cui non riuscivo a occuparmi di mio figlio sono diventati visibili all'esterno (per esempio, a volte sono andata in ritardo a prendere mio figlio all'uscita dalla scuola materna). L'uso di sostanze non è rimasto confinato ai weekend. Non potendo contare su momenti in cui mio figlio potesse essere affidato ad altri, il consumo ha cominciato ad avere un impatto sulla mia vita familiare. Le insegnanti hanno segnalato assenze e "trascuratezze".

Il conflitto con il padre di mio figlio si è acuito. Lui ha utilizzato queste difficoltà per presentare denunce e segnalazioni. A quel punto sono entrati

in scena i servizi sociali. La loro lettura della mia situazione si è concentrata esclusivamente su di me come persona: mi sono sentita trattata come madre inadeguata, come una persona con problemi psicologici, incapace di prendersi cura del proprio figlio.

Ho incominciato a sentirmi sotto osservazione, controllata. Hanno raccolto informazioni dalla scuola, dai vicini, dal padre di mio figlio, costruendo una immagine di me in cui non mi riconoscevo. Quello che vedevano era solo me, come se tutto dipendesse da me. La depressione, l'uso di sostanze, il fatto che non lavorassi venivano messi insieme e letti come se fossero difetti miei, prove che non ero in grado di fare la madre. Non avevo un lavoro, non avevo persone che mi sostenessero, e quindi non avevo nemmeno la forza o gli strumenti per difendermi. Piano piano è passata l'idea che fossi fragile, pericolosa per mio figlio, e io non sono riuscita a fermare questo modo di guardarmi. Il rapporto con gli operatori non mi ha offerto spazi di riconoscimento: mi sono sentita subito messa dentro una categoria, come se fossi una delle tante "madri tossiche" con cui avevano a che fare, senza che la mia storia contasse davvero, facendo cioè "di tutta un'erba un fascio". Il tentativo di entrare in comunità è diventato un'esperienza in cui non avevo voce: mi davano farmaci, decidevano per me, e io mi sentivo sempre più schiacciata e alla fine dopo un po' me ne sono andata via.

Poi sono arrivate le decisioni. La depressione, l'uso di sostanze, il fatto che non lavorassi, il conflitto con il padre di mio figlio, il fatto che avessi interrotto il programma in comunità sono stati messi insieme come prove che non ero una madre adatta. Mio figlio è stato allontanato. Non sono riuscita a fermare questo modo di raccontare la mia storia, che mi ha trasformata in una "cattiva" madre.

6. Analisi comparativa delle due storie

Le due storie prendono avvio da condizioni di partenza in larga parte simili: una traiettoria di poli-uso giovanile di droghe in contesti ricreativi e l'ingresso nella maternità in una fase relativamente precoce dell'età adulta, rispetto alle aspettative di ruolo istituzionalizzate. Il confronto mostra tuttavia come l'esito divergente dei due corsi di vita non sia spiegabile né in termini di scelte individuali né attraverso modelli che attribuiscono un ruolo esplicativo centrale agli effetti delle sostanze o al funzionamento neurobiologico del soggetto. Al contrario, tali esiti risultano comprensibili solo alla luce della diversa articolazione delle traiettorie di vita e del loro intreccio con le reti di supporto e con l'azione istituzionale.

In questa prospettiva, il corso di vita non appare come una sequenza lineare di eventi, ma come un processo socialmente e istituzionalmente situato, in cui l'intreccio tra relazioni, contesti e politiche di intervento rende praticabili – o progressivamente impraticabili – specifiche modalità di regolazione del consumo e di esercizio della genitorialità.

6.1 La prima storia: traiettorie interdipendenti e invisibilità istituzionale

Nella prima storia, la maternità si sviluppa entro una configurazione in cui le traiettorie procedono in parallelo ma risultano fortemente interdipendenti. La traiettoria familiare è caratterizzata da una rete ristretta ma stabile, centrata sul sostegno continuativo della madre dell'intervistata, che interviene nei momenti di maggiore fatica emotiva e garantisce la continuità quotidiana della cura del bambino. Questo supporto non ha una funzione meramente compensativa, ma svolge un ruolo strutturante del corso di vita.

La presenza della rete familiare consente infatti la prosecuzione della traiettoria formativa, assorbendo gli effetti potenzialmente destabilizzanti degli episodi depressivi e impedendo che tali fasi si traducano in rotture visibili della funzione genitoriale. In termini di corso di vita, la traiettoria familiare sostiene direttamente quella formativa, rendendo possibile il completamento degli studi e l'accesso a una traiettoria professionale qualificata.

Il consolidamento della traiettoria professionale produce effetti che vanno oltre la stabilità economica. Esso influenza la carriera morale favorendo un riconoscimento sociale dell'intervistata che si definisce, ed è definita dagli altri, come madre presente, responsabile e capace di prendersi cura del figlio, nonostante la persistenza di pratiche di consumo. Questa definizione morale non è separata dal consumo, ma ne orienta la regolazione. Le pratiche di uso vengono progressivamente ricondotte entro regole esplicite che separano tempi e spazi del consumo dalla quotidianità della cura, garantendo continuità, reperibilità e responsabilità genitoriale.

È significativo che l'intervistata stessa riconosca il carattere controfattuale di questa tenuta, sottolineando come, in assenza del supporto materno, le pratiche di consumo avrebbero potuto produrre un impatto negativo sui suoi funzionamenti sociali e sull'esercizio della genitorialità. La regolazione del consumo appare quindi come una funzione dell'inserimento stabile in uno stile di vita caratterizzato da ruoli e investimenti socialmente riconosciuti (*commitment*). Tali legami producono una forma di controllo sociale informale, poiché aumentano i costi potenziali della trasgressione e orientano le condotte verso pratiche compatibili con il mantenimento di tali ruoli (Hirschi 1969; Becker 1987).

All'interno di questa configurazione, anche la traiettoria istituzionale assume caratteristiche specifiche. L'accesso al SerD è narrato come uno spazio di aiuto e riconoscimento, in cui l'intervistata mantiene una posizione attiva e non stigmatizzata, anche grazie alla possibilità di mobilitare un'identità professionale riconosciuta. L'assenza di un intervento dei servizi sociali non va letta semplicemente come assenza di criticità, ma come effetto di una configurazione istituzionale che, in presenza di reti di supporto e di una traiettoria morale socialmente legittimata, non attiva automaticamente di-

spositivi di sorveglianza. In questo quadro, il rifiuto dell'intervento dell'assistente sociale si configura come una forma di *agency* situata, resa praticabile dal fatto che la competenza genitoriale non viene messa in discussione.

6.2 La storia alternativa: svantaggio cumulativo e visibilità istituzionale

Nella storia alternativa, la medesima traiettoria iniziale si riorganizza in modo profondamente diverso a partire dall'assenza di sostegni familiari. La traiettoria familiare diventa una traiettoria di cura interamente sulle spalle della madre, senza possibilità di delega nei periodi di sofferenza emotiva. Questo produce un effetto diretto sulla traiettoria formativa, che diventa progressivamente impraticabile fino all'abbandono degli studi.

In termini di corso di vita, la mancata laurea assume lo statuto di *turning point* negativo non tanto per il titolo in sé, quanto per le conseguenze cumulative che essa produce sull'intera configurazione delle traiettorie successive. L'impossibilità di accedere a una traiettoria professionale qualificata determina una condizione di precarietà economica e simbolica che si prolunga nel tempo e che impatta progressivamente sulla carriera morale.

In questo assetto, la mancanza di reti di supporto rende visibili all'esterno le difficoltà nella gestione della quotidianità. Pratiche che nella prima storia restavano confinate nella sfera relazionale informale diventano osservabili da attori esterni e quindi traducibili in segnalazioni. Parallelamente, le pratiche di consumo, che nella prima storia potevano essere regolamentate attraverso una separazione dei tempi e degli spazi, diventano meno confinabili, non per una scelta deliberata, ma per il venir meno delle condizioni materiali che rendevano possibile tale separazione.

La perdita progressiva di controllo può essere letta anche come effetto dell'indebolimento del *commitment*: l'assenza di ruoli sociali riconosciuti e di investimenti stabili riduce i vincoli che rendevano praticabile una regolazione del consumo compatibile con i funzionamenti sociali.

Il conflitto con il padre del bambino contribuisce ulteriormente alla destabilizzazione, traducendosi in denunce che attivano l'intervento dei servizi sociali. È in questo passaggio che la dimensione istituzionale del corso di vita diventa centrale. L'intervento dei servizi non si limita a registrare una situazione problematica, ma contribuisce attivamente a riorganizzare le traiettorie attraverso pratiche di osservazione, valutazione e sorveglianza.

La lettura istituzionale privilegia una prospettiva individualizzante e medicalizzante che interpreta la combinazione di consumo, sofferenza emotiva, assenza di lavoro e difficoltà genitoriali come espressione di un *deficit* personale, piuttosto che come esito di un corso di vita segnato dall'assenza di supporti relazionali e da fattori strutturali. In questo processo, fragilità situate

vengono progressivamente trasformate in categorie di rischio, ridefinendo la madre come soggetto pericoloso per il figlio.

6.3 *Controllo istituzionale e agency*

Il rapporto tra controllo istituzionale e *agency* emerge con particolare chiarezza osservando come pratiche quotidiane simili assumano significati radicalmente differenti a seconda delle cornici istituzionali entro cui vengono lette e tradotte. In una prospettiva istituzionale del corso di vita, l'*agency* non è una proprietà individuale astratta, ma una capacità situata, le cui condizioni di esercizio dipendono dalle modalità attraverso cui le istituzioni selezionano, interpretano e stabilizzano eventi e pratiche lungo il corso di vita.

Nella prima storia, la traiettoria morale socialmente riconosciuta funge da dispositivo di protezione: limita l'esposizione alla sorveglianza e rende praticabile l'*agency*, consentendo alla madre di mantenere un controllo attivo sulle proprie pratiche di consumo e sulla relazione con le istituzioni. Nella storia alternativa, pratiche in parte analoghe assumono invece significati differenti perché si collocano in un contesto privo di supporti informali e caratterizzato da una crescente visibilità istituzionale. Elementi eterogenei della vita quotidiana vengono estratti dal loro contesto e ricomposti in una narrazione istituzionale coerente che ridefinisce l'intera traiettoria come strutturalmente problematica, riducendo progressivamente i margini di *agency*.

L'analisi comparativa mostra così come la maternità in presenza di pratiche di consumo non costituisca un oggetto intrinsecamente "a rischio", ma un campo di interazione in cui politiche, servizi e approcci professionali contribuiscono attivamente a produrre continuità o rotture biografiche.

6.4 *Ingiustizia epistemica, consumo di sostanze e genitorialità*

I risultati della comparazione possono essere letti attraverso il concetto di ingiustizia epistemica, così come elaborato da Fricker (2007) e applicato al campo del consumo di droghe illegali da O'Mahony (2025).

Con questa espressione si fa riferimento a forme di ingiustizia che colpiscono le persone nella loro capacità di essere soggetti conoscitivi, ovvero di comprendere la propria esperienza e di essere riconosciute dagli altri come fonti credibili di conoscenza.

Fricker distingue due forme principali di ingiustizia epistemica. La ingiustizia testimoniale si verifica quando il racconto di una persona perde credibilità a causa di pregiudizi legati alla sua identità sociale. Nel caso delle madri consumatrici di sostanze si intersecano due elementi che ne minano

la credibilità: la svalutazione dei saperi informali femminili sulla cura dei bambini, che ha una lunga storia nell'organizzazione moderna della riproduzione sociale (Federici 2015) e vede nell'attuale cultura della genitorialità una particolare intensificazione (Mercuri 2025), e la lettura biomedica del consumo.

La ingiustizia ermeneutica si produce quando le risorse interpretative disponibili nella cultura dominante, pur consentendo ai soggetti di descrivere la propria esperienza, impongono cornici di senso individualizzanti e medicalizzanti che oscurano le cause sociali, relazionali e istituzionali dello svantaggio, rendendo tali cause difficilmente riconoscibili e politicamente nominabili.

Applicare questo frame alla comparazione delle due storie consente di andare oltre una lettura centrata sugli esiti individuali e di mettere a fuoco il ruolo attivo del contesto sociale e delle istituzioni nella produzione di traiettorie divergenti.

In entrambe le storie, le pratiche di consumo e le difficoltà a conciliare cura e quotidianità fanno parte della biografia delle madri. Nella prima storia, il sostegno della rete familiare consente di assorbire e contenere le fasi di maggiore fatica, evitando che esse diventino osservabili e valutabili dagli attori istituzionali. Nella seconda, l'assenza di supporti relazionali rende le difficoltà più esposte allo sguardo esterno, favorendo la loro emersione nello spazio istituzionale. È a partire da questa visibilità che le istituzioni intervengono, ricodificando progressivamente le difficoltà come indicatori di rischio e attivando pratiche di controllo che incidono sulla carriera morale della madre e orientano in modo cumulativo il corso di vita.

In questo quadro, la presenza, nella prima storia, di una rete familiare stabile e di una traiettoria formativa e professionale socialmente legittimata contribuisce a mantenere la madre in una posizione di credibilità epistemica. Le sue definizioni della situazione - la regolazione del consumo, la gestione selettiva dei tempi di uso, il ricorso al supporto familiare nei momenti di maggiore fatica - vengono riconosciute come pratiche responsabili e situate. Le difficoltà non vengono trasformate in segnali di rischio strutturale e non attivano dispositivi di sorveglianza. In questo quadro, la madre continua a essere riconosciuta come soggetto capace di comprendere e governare la propria esperienza, e la sua genitorialità non viene messa in discussione.

Nella seconda storia, al contrario, l'assenza di reti di supporto e di una traiettoria professionalmente legittimata produce una progressiva erosione della credibilità testimoniale. Le narrazioni della madre sulla propria fatica, sulla difficoltà di conciliare cura e quotidianità, sul significato attribuito alle proprie pratiche di consumo vengono progressivamente svalutate e reinterpretate attraverso cornici esperte che la definiscono come soggetto inaffidabile o inadeguato. Ciò che a livello micro era vissuto come difficoltà

situata perde statuto di conoscenza legittima e viene sostituito da definizioni istituzionali eterodirette.

Parallelamente, opera una forma di ingiustizia ermeneutica. La cornice interpretativa dominante, fortemente individualizzante e medicalizzante, non fornisce strumenti concettuali per comprendere l'esperienza della madre come esito di un intreccio tra isolamento relazionale, precarietà economica, conflittualità di coppia e sovraccarico genitoriale.

Come nel caso discusso da O'Mahony a proposito del *Brain Disease Model of Addiction*, l'attenzione si concentra sul deficit individuale, mentre le condizioni strutturali che rendono impraticabile una regolazione del consumo e sostenibile l'esercizio della cura restano sullo sfondo o vengono completamente oscurate. In questo passaggio, fragilità che hanno origini strutturali vengono trasformate in indicatori stabili di rischio e la traiettoria viene progressivamente ricodificata come deviante.

In questa prospettiva, l'intervento istituzionale non si limita a rispondere a una situazione problematica, ma contribuisce attivamente a produrre una specifica lettura della realtà che restringe le possibilità di *agency* e rende l'allontanamento del figlio un esito coerente con la narrazione costruita.

L'ingiustizia epistemica emerge così come un meccanismo centrale che contribuisce a strutturare un processo di svantaggio cumulativo nel corso di vita, incidendo, quindi, in modo diretto sulle possibilità di esercizio della genitorialità.

7. Conclusioni

Le considerazioni esposte nel precedente paragrafo hanno implicazioni dirette per una prospettiva anti-oppressiva del lavoro sociale con madri che fanno uso di sostanze.

In primo luogo, essi mostrano la necessità di riconoscere le madri come soggetti epistemici competenti, assumendo che le loro narrazioni costituiscano forme di conoscenza situata e debbano rappresentare un punto di partenza dell'intervento. Un approccio anti-oppressivo implica, in questo senso, una sospensione riflessiva dei meccanismi di svalutazione testimoniale che tendono ad attivarsi nei confronti delle madri che consumano droghe. Come evidenziano anche studi condotti in altri Paesi (Kearney et al. 1994; Reid et al. 2008; Holt e French 2020; Banwell e Bammer 2006; Radcliffe 2011), le madri adottano diverse strategie per cercare di essere "mamme adeguate" e per rispondere alle aspettative sociali associate alla maternità, mettendo in atto accorgimenti volti a proteggere i figli dai rischi connessi al consumo di sostanze illegali: ad esempio, mantenendo separati i comportamenti di consumo dalla vita quotidiana dei figli, evitando di manifestare il proprio malessere in loro presenza, organizzando tempi e spazi in

modo da preservare continuità e prevedibilità nella cura. L'adozione di tali accorgimenti riflette lo sforzo delle madri di minimizzare il danno e di preservare una condizione di "normalità" nella vita dei bambini. Tuttavia, come mostrano le storie analizzate, la possibilità di mantenere questa regolazione non dipende soltanto dalla volontà individuale, ma da condizioni sociali e relazionali specifiche: la disponibilità di una rete di sostegno, risorse economiche sufficienti, un'organizzazione del tempo che consenta di separare gli spazi della cura da quelli dell'uso, e – soprattutto – una cornice istituzionale che riduca la trasformazione automatica delle difficoltà in segnali di rischio.

Quando le madri non vengono riconosciute come soggetti epistemici competenti, questi sforzi tendono a rimanere invisibili o a essere interpretati con sospetto; e se tali sforzi non vengono visti e riconosciuti, diventa impossibile sostenerli.

Ne deriva una relazione di distanza e sfiducia nei confronti dei servizi, che finiscono per essere percepiti non come risorse di supporto, ma come apparati di controllo da cui stare lontani, anche quando si vorrebbe chiedere aiuto.

In secondo luogo, l'analisi evidenzia la necessità di interrogare criticamente il processo attraverso cui alcune pratiche genitoriali vengono rese visibili e definite come "inadeguate" nello spazio istituzionale. Le difficoltà legate alla cura non diventano automaticamente oggetto di osservazione e intervento: esse lo diventano quando reti relazionali, risorse materiali e condizioni di vita non sono in grado di mediare gli effetti del consumo e di mantenerle fuori dallo sguardo istituzionale. Le pratiche dei servizi non si limitano quindi a rilevare situazioni problematiche già date, ma contribuiscono attivamente a selezionare, rendere intelligibili e classificare alcune condotte genitoriali come devianti. Un lavoro sociale anti-oppressivo non può limitarsi a reagire a ciò che emerge nello spazio istituzionale, ma deve interrogarsi su come le proprie modalità di valutazione e intervento contribuiscano alla costruzione stessa di ciò che viene definito come "negligenza" o "condotta pregiudizievole" (Scarscelli 2022).

In terzo luogo, assumere la genitorialità come pratica sociale e non come attributo individuale implica uno spostamento dell'intervento: dal giudizio sull'adeguatezza del singolo genitore alla costruzione di condizioni sociali che rendano praticabile l'esercizio della cura. Come mostrano le due storie, la tenuta della genitorialità dipende dalla distribuzione della cura dentro reti relazionali e istituzionali, dall'accesso a servizi sociali, sanitari ed educativi non giudicanti e dalla disponibilità di misure di sostegno materiale. Quando la responsabilità genitoriale viene letta in termini individuali, le difficoltà segnalate dalle madri tendono a essere spiegate prescindendo dalle condizioni materiali e relazionali in cui prendono forma e sono ricondotte alle caratteristiche morali o psicologiche della madre, o agli effetti considerati inevitabili dell'uso di droghe sui funzionamenti sociali.

Infine, la comparazione delle due storie consente di individuare non tanto un'“alternativa ideale” alla seconda traiettoria, quanto alcuni snodi critici in cui la deriva verso l'allontanamento assume progressivamente il carattere di esito necessario.

Ciò che distingue le due storie non è l'assenza di difficoltà nella prima o la loro presenza nella seconda, ma il momento e le modalità con cui tali difficoltà diventano visibili alle istituzioni e vengono tradotte in categorie di rischio. Nella seconda storia, la deriva si innesca nel momento in cui l'assenza di reti relazionali rende le difficoltà immediatamente osservabili e valutabili, senza che siano disponibili dispositivi di sostegno in grado di contenerle prima che vengano formalizzate.

In questa sequenza, un intervento orientato alla costruzione di supporti materiali e relazionali avrebbe potuto interrompere il passaggio dalla fatica situata alla sua traduzione in rischio strutturale: ad esempio, sostenendo concretamente l'organizzazione della cura (tempi, accompagnamenti, sollievo), riconoscendo e valorizzando le pratiche di responsabilità già in atto, e costruendo alleanze non giudicanti prima che le difficoltà vengano tradotte in indicatori di rischio.

L'analisi di questo passaggio mostra che l'esito finale non è riconducibile a una singola decisione, ma prende forma attraverso una sequenza di azioni, interazioni e valutazioni che coinvolgono una pluralità di attori sociali – la madre, i familiari, il partner, gli operatori – e, soprattutto, attraverso il modo in cui le istituzioni osservano, selezionano e rendono rilevanti alcune difficoltà piuttosto che altre. È su questo piano epistemico che si costruiscono, o si erodono, la credibilità delle madri e i loro margini di *agency*, ben prima che intervengano decisioni formali come l'allontanamento.

In questa prospettiva, la giustizia epistemica non riguarda soltanto il riconoscimento delle madri come soggetti credibili, ma anche la possibilità di rendere esplicite le cause strutturali e sociali delle difficoltà vissute, riconoscendole come condizioni condivise da molte altre donne.

Ciò implica un cambiamento paradigmatico del lavoro sociale: dal modello centrato sulla presa in carico individuale a forme di presa in carico collettiva, capaci di creare spazi di parola e di confronto in cui le difficoltà non vengano trattate come fallimenti personali o problemi clinici, ma come questioni sociali che richiedono risposte collettive e trasformative.

In termini operativi, ciò può tradursi, ad esempio, nella costruzione di spazi collettivi di confronto tra madri seguite dai servizi, in cui le fatiche legate alla cura, al lavoro precario, alla mancanza di reti di sostegno e/o alla gestione dell'uso di sostanze possano essere condivise e nominate come esperienze radicate in condizioni sociali comuni, piuttosto che come criticità individuali.

Analogamente, pratiche di accompagnamento che mettano in relazione più nuclei familiari, o che coinvolgano attivamente reti informali di suppor-

to, possono contribuire a sottrarre le difficoltà alla logica dell'eccezione e del caso problematico.

Un approccio orientato alla presa in carico collettiva implica inoltre che i servizi rendano espliciti i propri criteri di valutazione e di rischio, aprendo spazi di discussione e negoziazione con le madri prima che tali valutazioni si cristallizzino in giudizi formali. In questo senso, il lavoro sociale non si limita a intervenire sui singoli comportamenti, ma assume una funzione riflessiva e politica, rendendo visibili i vincoli strutturali che attraversano le traiettorie di vita e contribuendo a costruire risposte che non individualizzino il disagio, ma ne riconoscano la dimensione sociale condivisa.

È a partire da questo riconoscimento che diventa possibile attivare forme di azione collettiva condivisa orientate alla trasformazione delle condizioni sociali comuni, spostando l'intervento dal piano della gestione individuale del rischio a quello della costruzione di risposte sociali e politiche capaci di incidere sulle cause strutturali delle difficoltà.

Bibliografia

- Altopiedi, R., Fornero, E., Petrilli, E., (2025), Stili di consumo e nuove sostanze psicoattive. Una ricerca esplorativa sui contesti marginali e ricreativi, *Sociologia del diritto*, 52, 1, pp. 132-152.
- Banwell, C., Bammer, G., (2006), Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use, *International Journal of Drug Policy*, 17, 6, pp. 504-513.
- Beccaria, F., Scarscelli, D., (2007), Life Cycles and Changes in Alcoholic Beverage Consumption: Research Project & Theoretical Framework, *Contemporary Drug Problems*, 34, 2, pp. 287-298.
- Becker, H., (1987), *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
- Benson, M., (2002), *Crime and the Life Course*, Los Angeles, Roxbury.
- Boyd, S., (1999), *Mothers and illicit drugs: transcending the myths*, Toronto, University of Toronto Press.
- Cippitelli, C., Ronconi, S., a cura di, (2022), *A casa di mia sorella, niente*, Bologna, Edizioni ETS.
- Cohen P., Hendrien, L., (2001), *The Irrelevance of Drug Policy. Patterns and Careers of Experienced Cannabis Use in the Populations of Amsterdam, San Francisco and Brema*, Amsterdam, Cedro.
- D'Amelia, M., a cura di, (1997), *Storia della maternità*, Bari, Laterza.
- Damon, W., Callon, C., Wiebe, L., Small, W., Kerr, T., McNeil, R., (2017), Community-based participatory research in a heavily researched inner city

- neighbourhood: perspectives of people who use drugs on their experiences as peer researchers, *Social science & medicine*, 176, pp. 85-92.
- Daniels, J. N., (2019), Disabled mothering? Outlawed, overlooked and severely prohibited: Interrogating ableism in motherhood, *Social Inclusion*, 7,1, pp. 114-123.
- Decorte, T., (2001), Drug users' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use, *International Journal of Drug Policy*, 12, 4, pp. 297-320.
- DeWit, D. J., Offord, D.R., Wong, M., (1997), Patterns of Onset and Cessation of Drug Use Over the Early Part of the Life Course, *Health Education & Behavior*, 24, 6, pp. 746-758.
- Ebaugh, H. R. F., (1988), *Becoming an EX: The process of role exit*, Chicago, University of Chicago Press.
- Elder, G., (1974), *Children of the great depression*, Chicago, University of Chicago Press.
- Elder, G., (1985), *Perspectives on the life course*, Ithaca, Cornell University Press.
- Elder, G., (1994), Time, human agency and social change: perspectives on the life course, *Social Psychology Quarterly*, 57, 1, pp. 4-15.
- Federici, S., (2015), *Calibano e la strega: Le donne, il corpo e l'accumulazione originaria*, Mimesis, Milano.
- Fricker, M., (2007), *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford, Oxford University Press.
- Furedi, F., (2008), *Paranoid Parenting: Why Ignoring the Experts May Be Best for Your Child*, London, Bloomsbury Publishing.
- Gillies, V., (2011), From function to competence: Engaging with the new politics of family. *Sociological research online*, 16, 4, pp. 109-119.
- Goffman, E., (1968), *Asylums*, Torino, Einaudi.
- Goyanes, M., Lopezosa, C., Jordá, B., (2025), Thematic analysis of interview data with ChatGPT: Designing and testing a reliable research protocol for qualitative research, *Quality & Quantity*, 59, pp. 5491-5510.
- Granfield, R., Cloud, W., (1999), *Coming clean. Overcoming addiction without treatment*, New York e Londra, New York University Press.
- Grenier, A., (2012), *Transitions and life course: challenging the constructions of "growing old"*, Bristol, Policy Press.
- Hays, S., (1998), *The cultural contradictions of motherhood*, Yale University Press.
- Heinz, W., (1996), Status passages as micro-macro linkages in life course research, in Weyman, A., Heinz, W., eds., *Society and biography*, Weinheim, Deutscher Studien Verlag, pp. 51-65.
- Hirschi, T., (1969), *Causes of delinquency*, Berkeley, University of California Press.
- Holstein, J., Gubrium, J., (2000), *The self we live by: Narrative identity in a postmodern world*, Oxford, Oxford University Press.

- Holt K., French, G., (2020), Exploring the motherhood experiences of active methamphetamine users, *Crime, Law and Social Change*, 73, pp. 297–314.
- Hser, Y.-I., Hamilton, A., Niv, N., (2009), Understanding Drug Use over the Life Course: Past, Present, and Future, *Journal of Drug Issues*, 39, 1, pp. 231–236.
- Hser, Y.-I., Longshore, D., Anglin, M. D., (2007), The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories, *Evaluation Review*, 31, 6, pp. 515–547.
- Hughes, E. C., (1945), Dilemmas and contradictions of status, *American Journal of Sociology*, 50, pp. 353–359.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A, Becker, A. B., (1998), Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health, *Annual Review Public Health*, 19, pp.173–202.
- Mercuri, E., (2025), *Buoni genitori. Come esperti e famiglie costruiscono la genitorialità*, Roma, Carocci.
- Minkler, M., Wallerstein, N., eds., (2003), *Community based Participatory Research for Health*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Jozaghi, E., Buxton, J. A., Thomson, E., Marsh, S., Gregg, D., Bouchard, M., (2018), Building new approaches to risk reduction with social networks and people who smoke illegal drugs from participatory community-based research, *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1.
- Kearney, M. H., Murphy, S., Rosenbaum, M., (1994), Mothering on crack cocaine: A grounded theory analysis, *Social Science & Medicine*, 38, 2, pp. 351–361.
- Lander, I., (2015), Gender, aging and drug use: A post-structural approach to the life course, *British Journal of Criminology*, 55, 2, pp. 270–85.
- Measham, F., Williams, L., Aldridge, J., (2011), Marriage, mortgage, motherhood: what longitudinal studies can tell us about gender, drug ‘careers’ and the normalization of adult ‘recreational’ drug use, *International Journal of Drug Policy*, 22, 6, pp. 420–427.
- Meo, A., (2000), *Vite in bilico*, Napoli, Liguori Editore.
- Micalizzi, E., (2026), ‘I want to be seen as a normal mother!’ Ableism and the construction of ‘good motherhood’ in Italy, *Disability & Society*, pp. 1–23. <https://doi.org/10.1080/09687599.2026.2614529>.
- Morgan, D. L., (2023), Exploring the use of artificial intelligence for qualitative data analysis: The case of ChatGPT, *International Journal of Qualitative Methods*, 22, pp. 1–12.
- Mortimer, J.T., Shanahan, M.J., (2004), *Handbook of the life course*, New York, Springer.
- Moxon, D., Waters, J., (2017). *Illegal Drug Use Through The Lifecourse: A Study Of ‘Hidden’ Older Users*, Londra, Routledge

- NguyenTrung, K., (2025), ChatGPT in thematic analysis: Can AI become a research assistant in qualitative research, *Quality & Quantity*, 59, pp. 4946-4978.
- O'Mahony, S., (2025), The brain disease model of addiction and epistemic injustice, *International Journal of Drug Policy*, 145, pp.105-115.
- Olagnero, M., Saraceno, C., (1993), *Che vita è*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Petrilli, E., (2020), *Notti tossiche. Socialità, droghe e musica elettronica per resistere attraverso il piacere*, Milano, Meltemi.
- Radcliffe, P., (2011), Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: The moral career of drug treatment, *Social Science & Medicine*, 72, 6, pp. 984-991.
- Raynor, P., Corbett, C., Prinz, R., West, D., Litwin, A., (2022), Using community-based participatory methods to design a digital intervention for mothers with substance use disorders: Qualitative results from focus group discussions, *Perspective in Psychiatric Care*, 58, 2, pp. 615-622.
- Reid, C., Greaves, L., Poole, N., (2008), Good, bad, thwarted or addicted? Discourses of substance-using mothers. *Critical Social Policy*, 28, 2, pp. 211-234.
- Scarscelli, D., (2003), *Riuscire a smettere*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
- Scarscelli, D., (2022), *Controllo e autodeterminazione nel lavoro sociale*, Milano, Meltemi.
- Simon, C., Brothers, S., Strichartz, K., Coulter, A., Voyles, N., Herdlein, A., Vincent, L., (2021), We are the researched, the researchers, and the discounted: the experiences of drug user activists as researchers, *International Journal of Drug Policy*, 98, pp. 103364.
- Thulien, M., Anderson, H., Douglas, S., Dykeman, R., Horne, A., Howard, B., Sedgemore, K., Charlesworth, R., Fast, D., (2022), The generative potential of mess in community-based participatory research with young people who use(d) drugs in Vancouver, *Harm Reduction Journal*, 19, pp. 19-30.
- Waldorf, D., Reinerman, C., Murphy, S., (1991), *Cocaine changes. The experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University Press.
- Wilson, A., Beresford P., (2000), "Anti-oppressive practice": emancipation or appropriation?, *British of Journal of Social Work*, 30, pp. 553-573.
- Zuffa, G., a cura di, (2010), *Cocaina, il consumo controllato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Zuffa, G., Ronconi, S., (2017), *Droghe e autoregolamentazione. Note per consumatori e operatori*, Roma, Futura Editrice.