

Maschilità e malattia cronica Il caso dei padri con figli diabetici

di SILVIA FORNASINI, FRANCESCO MIELE, ENRICO MARIA PIRAS

1. *Introduzione*¹

Negli ultimi decenni, mutamenti di ampio respiro quali l'individualizzazione dei percorsi di vita, la crescente partecipazione delle donne nel mercato del lavoro, il riconoscimento di valori come l'uguaglianza tra sessi e la promozione di politiche sociali e del lavoro apertamente volte a promuoverli, hanno portato a una ridefinizione almeno parziale dei ruoli familiari, sancendo un progressivo allontanamento di molti padri italiani dal vecchio modello del genitore «sfocato e periferico» (Maggioni 2000; Gillis 2000; Finn, Henwood 2009).

Nelle famiglie italiane con figli, però, il superamento del modello di distribuzione del lavoro domestico tradizionale sta avvenendo in modi tutt'altro che rapidi e lineari. Recenti dati Istat (2012)² mostrano come i padri siano mediamente più coinvolti di un tempo nella cura dei figli e che, tuttavia, siano ben lontani dall'essere «mariti egualitari» (Fuochi *et al.* 2014). A puro scopo esemplificativo si prendano i dati del 2013 inerenti le coppie a doppio reddito con il più piccolo dei figli di età compresa tra i 3-5 anni: gli uomini investono un'ora giornaliera nella cura

¹ Questo lavoro è stato finanziato dall'Ufficio per le politiche di pari opportunità tra uomo e donna della Provincia Autonoma di Trento. Gli autori ringraziano l'Unità Operativa di Pediatria dell'ospedale Santa Chiara di Trento, i volontari dell'Associazione Diabete Giovanile del Trentino e le famiglie intervistate. Un ringraziamento va anche ai reviewer per i commenti e suggerimenti. L'articolo è frutto di un lavoro congiunto ed indivisibile degli autori. Se tuttavia, per ragioni accademiche, va attribuita una responsabilità individuale, Silvia Fornasini ha scritto l'introduzione e i paragrafi 4.2 e 4.4, Francesco Miele ha scritto le conclusioni, il capitolo 1 e il paragrafo 4.3, e Enrico Maria Piras ha scritto il capitolo 3 e i paragrafi 4.1 e 4.5.

² I dati citati provengono dal sito <http://dati.istat.it>, sezione «Uso del tempo», sottosezione «Attività principali svolte dalle persone in coppia».

dei figli contro le due ore delle partner, e il divario cresce notevolmente se si guarda il tempo complessivamente investito nel lavoro domestico e familiare (circa tre ore contro le quasi otto ore delle partner). Se, quindi, il coinvolgimento attivo nella cura dei figli sembra essere ormai diffuso tra i padri italiani, anche se in quantità minori rispetto alle partner, essi investono un tempo giornaliero minimale nella cura domestica (in particolar modo la pulizia e il riordino della casa) e svolgono altri compiti in maniera decisamente sporadica (ad esempio cucinare, lavare e riordinare le stoviglie).

Negli anni più recenti, diverse ricerche qualitative svolte sul nostro territorio hanno cercato di analizzare da vicino queste contraddizioni (Murgia, Poggio 2009; Magaraggia 2012; Della Puppa, Miele 2015; Carriero, Todesco 2017), mostrando come, da una parte, sul territorio italiano coesistano nuovi e vecchi modelli di paternità e come, dall'altra, anche i padri più intenzionati ad essere coinvolti nella crescita dei figli si trovino a dovere fare i conti con modelli di maschilità che li vogliono lontani dalla sfera della cura. In particolare, sembra permanere l'egemonia culturale del *male breadwinner model*: un uomo adulto, capo famiglia, impegnato solitamente in un lavoro full time e con uno status derivante dal suo impegno nella sfera del lavoro retribuito e, più in generale, pubblica (Collinson, Hearn 1994). Tale modello di maschilità continua a esercitare un ruolo egemone nella rappresentazione socialmente accettata dell'essere uomini e vive in costante tensione con gli slanci valoriali dei padri, le esigenze di realizzazione lavorativa e sociale delle madri, i bisogni di cura dei figli e le pressioni provenienti dal contesto socio-culturale e istituzionale.

Al fine di indagare i conflitti esistenti tra coinvolgimento nella cura dei figli e modelli di maschilità preesistenti, le famiglie con figli con malattie croniche appaiono interessanti in quanto caratterizzate da un elevato carico di cura, in gran parte non delegabile a terzi (Piras, Zanutto 2014), e che richiede, conseguentemente, un coinvolgimento attivo da parte dei padri (Boman *et al.* 2014). Al fine di contribuire ad un dibattito in continua evoluzione, il nostro lavoro si sofferma su famiglie con un minore con diabete di tipo 1 che, a differenza del molto più diffuso diabete di tipo 2, si manifesta solitamente in giovane età, non sorge a causa dello stile di vita e ha cause ancora ignote (Società Italiana di Diabetologia 2016). Il lavoro proposto, par-

tendo da un background teorico proveniente dai *men's studies*, considera un campo empirico ancora poco tematizzato dagli studi sulla maschilità, perseguendo una doppia finalità: da una parte si esploreranno in profondità i modi attraverso cui i padri con figli affetti da una malattia cronica si impegnano nella loro cura quotidiana; dall'altra si analizzerà come l'egemonia del *male breadwinner model* viene riprodotta, ibridata o sfidata dai padri con figli aventi queste particolari esigenze di cura.

2. *Maschilità al plurale: tra subordinazione, egemonia e ibridazione*

I *men's studies* si collocano all'interno del vasto complesso degli studi di genere, e da ormai più di vent'anni si sono concentrati sui modi attraverso cui, in determinati contesti sociali e materiali, insieme di attività, simboli e significati vengono definiti e concettualizzati come maschili. Questo filone di studi si è occupato di comprendere come la maschilità venga costruita in differenti sfere della vita quotidiana, come quella lavorativa (Collinson, Hearn 1994; 1996; Bruni, Gherardi 2001; Martin 2004; Bruni 2012), domestica (Connell 2005; Nentwich 2008; Ranson 2011), sessuale (Trappolin 2008; Connell 2009; Halberstam 2010) e politica (Kimmel 1995; Bellassai 2011; Gregory, Milner 2011). Tra i riferimenti principali di questo filone di studi vi è certamente il lavoro di Connell (1987; 1995; 2005), studiosa che a partire dagli anni '80 ha analizzato come i modi di agire reputati «naturali» per gli uomini cambino a seconda di variabili quali il contesto territoriale, la classe sociale e l'etnia di appartenenza. Nel lavoro di Connell le maschilità sono intese come «configurazioni di pratiche che sono costruite, riprodotte e cambiate nel corso del tempo (ossia 'cose fatte', non solo aspettative di ruolo o identità di genere)» (Connell, Messerschmidt 2005, 852, traduzione propria): tra queste, alcune si affermano come egemoni. Il concetto gramsciano di egemonia porta a concentrarsi sulle dinamiche attraverso cui alcune forme di maschilità divengono dominanti poiché ritenute «normali» e «naturali» (Donaldson 1993) rispetto ad altre che invece si collocano in una posizione di subordinazione rispetto ad esse. In particolare, l'egemonia di alcune forme di maschilità verrebbe raggiunta attraverso la complicità delle maschilità subordinate che, riconoscendone la maggiore appropriatezza, contribuiscono ad affermarne il dominio.

Se per lungo tempo nei Paesi occidentali le maschilità egemoni sono ruotate attorno al tradizionale *male breadwinner model* e alle cosiddette «tre P» (May 1996) – *to provide, to produce, to protect* – a cui fa da contraltare una femminilità passiva, emozionale e portata naturalmente al lavoro di cura e relazionale (McNeil 2007), diversi autori notano come oggi sia necessario un ripensamento delle caratteristiche della maschilità egemone «post-moderna» (Pringle *et al.* 2011). Di fronte a imponenti cambiamenti socio-culturali e alla stigmatizzazione di comportamenti apertamente sessisti, la preservazione delle asimmetrie di potere tipiche della società patriarcale implica un parziale rinnovamento delle maschilità egemoni. Particolarmente interessante è lo studio di Arxer (2011) che, riprendendo il concetto di maschilità ibrida (Demetriou 2001; Bridges 2014; Bridges, Pascoe 2014), mostra come l'omosocialità tra uomini eterosessuali serva non solo a stabilire chi aderisce o meno alla maschilità egemone, ma anche a rinnovarne i tratti distintivi, perpetuando il suo dominio su altre forme di maschilità³. Altri autori (Anderson 2005; Anderson, McGuire 2010; McCormack, Anderson 2010) invece, si muovono su posizioni più fiduciose rispetto ai cambiamenti in atto e affermano come la riduzione di una cultura apertamente omofoba e discriminatoria porti all'emergere di una pluralità di maschilità caratterizzate dall'inclusività e dalla mancanza di una maschilità egemone rispetto alle altre.

Nonostante una spiccata eterogeneità interna, va notato come i *men's studies* si siano contraddistinti per negare la visione essenzialista, che interpreta le differenze nelle attività svolte come intrinsecamente legate al dato biologico, e per restituire una visione plurale delle maschilità, intese come aggregati di pratiche in costante mutamento e la cui legittimità varia assieme al contesto storico-sociale. Facendo tesoro di tale visione dinamica delle relazioni di genere, una parte consistente dei *men's studies* ha preso in considerazione l'esperienza della paternità, concepita come potenzialmente sfidante per le maschilità storicamente egemoniche nelle nostre società, accomunate tradizionalmente da

³ L'autore, attraverso uno studio sulla socialità nei college americani, si sofferma sui modi in cui ai tratti distintivi della maschilità *male breadwinner* (ad esempio eterosessualità, valorizzazione della razionalità e oggettivazione della donna) vengano affiancati tratti solitamente associati a maschilità subordinate (ad esempio apertura alle emozioni e ostilità ai comportamenti apertamente sessisti): tali processi avvengono per perpetuare l'egemonia su maschilità altre e sulla popolazione femminile.

una concezione degli uomini come inadatti ad essere coinvolti nella sfera della cura e dell'affettività (Brandth, Kvande 1998).

3. *Maschilità e cura: il caso delle famiglie con figli diabetici*

Se la maggior parte delle ricerche svolte nel Nord e nel Centro Europa evidenziano il diffondersi di nuove esperienze di maschilità e la messa in discussione da parte dei padri del tradizionale breadwinner model (Brandth, Kvande 1998; Lewis 2001; Nentwich 2008), studi svolti in Italia mostrano come i padri italiani non sembrano andare molto oltre a questa esperienza di maschilità (Trifiletti 1999; Murgia, Poggio 2009; Miele, Della Puppa 2014; Della Puppa, Miele 2015). In particolare, al di là delle peculiarità nazionali, diversi lavori hanno recentemente dato spazio ai modelli di *involved, nurturing e caring fathers* (Hobson 2002; Featherstone 2009; Miller 2011; Murgia, Poggio 2011; Magaraggia, 2012; Bosoni 2011), sottolineando come tali padri spesso vogliano entrare nella sfera della cura senza però essere pienamente legittimati a farlo dagli attori con cui interagiscono quotidianamente. Tali contributi mettono in luce come molti padri, a causa di un insieme di elementi contestuali (es. l'età dei figli o l'impegno a tempo pieno della partner nel mercato del lavoro) e/o dei i valori di riferimento (es. l'uguaglianza di genere o l'auto-realizzazione nella sfera familiare oltre che lavorativa), vivano con un alto coinvolgimento emotivo la cura e la crescita dei figli, pur mantenendo molti elementi caratteristici del *male breadwinner model* (es. evitare alcuni compiti nell'ambito della cura dei figli e del lavoro domestico, interpretare il lavoro salariato come sfera di realizzazione primaria). Il nostro lavoro, scegliendo il caso dei padri con figli con diabete di tipo 1, si propone di analizzare le modalità di coinvolgimento dei padri nel lavoro di cura e di osservare i modi in cui essi si relazionano con il *male breadwinner model*. Il caso delle malattie croniche e, in particolare, del diabete, appare interessante per alcune ragioni.

Prima di tutto, come mostrato ampiamente dalla letteratura in materia (Worrall-Davies *et al.* 2002; Landolt *et al.* 2005; Sullivan-Bolyai *et al.* 2002; 2006; Streisand *et al.* 2008; Grey 2009; Chisholm *et al.* 2011), il diabete di tipo 1 è una malattia che porta con sé un grande carico di cura per un periodo di tempo prolungato. Esso, infatti, genera una persistente instabilità del

livello di glucosio nel sangue (glicemia) a causa della incapacità del pancreas di produrre insulina, un ormone regolato fisiologicamente nelle persone sane. La gestione della malattia, ormai in gran parte delegata al paziente e ai suoi familiari, richiede un costante monitoraggio dei valori glicemici attraverso l'uso di dispositivi miniaturizzati e di rimediare alla mancata produzione dell'ormone tramite iniezioni di insulina sintetica, osservazione di una dieta corretta e costante attività fisica. In un primissimo periodo di educazione intensiva in reparto, e poi nel corso della quotidianità, i genitori devono acquisire un ingente bagaglio di competenze riguardante l'uso di dispositivi (es. glucometri e misuratori di chetonuria), l'interpretazione dei dati e il dosaggio del farmaco, la gestione dell'alimentazione e dell'attività fisica e l'intervento in casi di emergenza. Le competenze peculiari, inoltre, richieste ai genitori e al/alla loro figlio/a fanno sì che il diabete di tipo 1 sia una malattia che rende difficile, se non impossibile, la delega dei compiti di cura a persone esterne alla famiglia siano essi parenti appartenenti alla famiglia allargata, amici o insegnanti (Piras, Zanutto 2014).

In secondo luogo diversi studi, per lo più appartenenti alla letteratura medico-infermieristica, definiscono il diabete di tipo 1 come una malattia «famigliare» che il più delle volte chiama in causa in maniera significativa i padri nella cura dei figli (Sparud-Lundin *et al.* 2013), rendendoli una risorsa importante per la gestione della patologia (Boman *et al.* 2014). In particolare, dopo l'esordio della malattia si ha una ridefinizione delle routine familiari dovuta al cambiamento delle esigenze del/della figlio/a (es. cambio della dieta e regolarizzazione degli orari dei pasti) e all'ingresso di nuovi compiti di cura (es. misurazione valori glicemici, raccolta dati in diari cartacei o elettronici, iniezione insulina).

Le famiglie con figli diabetici si distinguono, quindi, per avere un elevato carico di cura aggiuntivo non delegabile rispetto alle altre famiglie, che può comportare un coinvolgimento attivo da parte dei padri. Per queste ragioni, tali nuclei famigliari si configurano come contesti particolarmente adatti ad analizzare le tensioni esistenti nella nostra società tra la necessità e/o la volontà da parte dei padri di essere coinvolti nella cura dei figli e la persistenza di costrutti culturali che li vogliono lontani dalla sfera famigliare.

4. *Contesto e metodo della ricerca*

La ricerca presentata si è svolta nel corso del 2015 ed ha coinvolto 20 famiglie con un/una figlio/a con esordio di malattia recente, in cura presso l'Unità Operativa di Pediatria del maggiore ospedale della provincia di Trento: il reparto ha in carico la gestione dei pazienti tra 0 e 16 anni neo-diagnosticati nella provincia. Il campionamento è stato effettuato considerando due dimensioni che incidono sul fenomeno da osservare: l'età del/della bambino/a all'esordio di malattia e il tempo trascorso dall'esordio.

L'età all'esordio è una variabile che incide in modo significativo sul carico di lavoro delegabile al paziente e alle strutture scolastiche: sono state dunque scelte famiglie i cui figli avesse avuto un esordio tra 0 e 5 anni (7 famiglie), tra 6 e 10 anni (6 famiglie), e tra 11 e 15 anni (7 famiglie). Per quanto concerne il secondo criterio, è stato deciso di coinvolgere nella ricerca famiglie che avessero affrontato l'esordio di malattia nei tre anni precedenti allo studio, con lo scopo di indagare i processi di adeguamento familiare alla malattia in via di consolidamento o ancora in corso. Per entrambe le dimensioni, i criteri di inclusione sono stati individuati muovendo da una conoscenza pregressa del fenomeno (Piras, Zanutto 2014; Miele, Piras 2016; Piras, Miele 2017) e consultandosi con i medici e con un'associazione di genitori con figli con diabete.

Il numero di esordi di diabete in età pediatrica nella provincia considerata è attorno alle dieci unità all'anno: le famiglie coinvolte nella ricerca costituiscono pertanto oltre il 65% dell'universo delle famiglie con un/una figlio/a con esordio di malattia nel periodo considerato (entro 3 anni dall'avvio della ricerca).

La principale tecnica di rilevazione utilizzata è stata quella dell'intervista semi-strutturata, condotta in tutti i casi in presenza dei padri e delle madri. Attraverso le interviste si sono esplorate in dettaglio le emozioni e i significati attribuiti dai genitori al momento dell'esordio, la comprensione e la messa in pratica delle nozioni apprese in reparto, nonché la suddivisione dei ruoli e delle pratiche di cura conseguente l'avvento del diabete. Gli intervistati sono stati contattati grazie alla collaborazione di un'associazione di pazienti e famigliari e del principale reparto di pediatria della zona considerata: i volontari e i medici hanno infatti agito da *gatekeeper* o intermediari (Bruni 2003; Gobo 2001), condividendo i contatti delle famiglie e anticipando loro l'obiettivo dello studio.

TAB. 1. *Caratteristiche delle famiglie internistate e tipi di padri*

Famiglia	Età padre	Età madre	Condizione occupazionale padre	Condizione occupazionale madre	Numero figli	Età figlio/a diabetico/a	Età all'esordio	Tipo di padre
Bianca	46	44	Impiegato	Dietista	2	6	3	Coprotagonista
Gialla	42	35	Medico	Insegnante	2	3	1	Caratterista
Rossa	49	48	Impiegato	Impiegata	2	14	4	Comparsa
Verde	51	47	Direttore d'albergo	Casalunga	1	4	2	Caratterista
Bordeaux	44	36	Imprenditore	Operaia	2	14	2	Comparsa
Viola	41	33	Operaio	Impiegata	2	9	3	Caratterista
Grigia	49	45	Operaio	Casalunga	2	8	6	Comparsa
Celeste	49	43	Impiegato	Impiegata	2	9	6	Caratterista
Blu	43	33	Camieriere	Commissa	1	5	1	Comparsa
Argento	43	39	Impiegato	Commissa	2	12	10	Stuntman
Beige	37	38	Rappresentante	Disoccupata	2	8	5	Coprotagonista
Indaco	51	50	Maniscalco	Maestra d'asilo	1	15	12	Caratterista
Fuxia	47	46	Rappresentante	Odontoiatra e insegnante	2	11	7	Coprotagonista
Azzurro	45	44	Impiegato	Internal auditor	3	11	9	Coprotagonista
Cobalto	45	38	Commerciante	Maestra	2	7	3	Comparsa
Nera	37	33	Operaio	Casalunga	2	5	4	Stuntman
Pervinca	43	36	Camionista	Casalunga	2	5	4	Stuntman
Malva	43	33	Impiegato	Casalunga	2	8	7	Caratterista
Otrone	33	42	Operaio	Camieriera	2	8	7	Caratterista
Rame	46	39	Agricoltore	Casalunga	2	14	13	Comparsa

L'analisi dei dati, condotta secondo il metodo della *content analysis* (Silverman 2007; 2008), ha posto attenzione alla descrizione delle attività di cura da parte dei genitori e ai significati che essi vi attribuiscono, dando particolare importanza all'influenza della malattia sulle routine quotidiane famigliari e alla suddivisione dei compiti di cura tra padre, madre ed eventuali altri famigliari. L'analisi dei materiali empirici è stata condotta con una prima codifica dei segmenti tematici e un successivo confronto orizzontale che ha portato all'individuazione di categorie interpretative attraverso le quali è stata condotta l'analisi finale. La codifica iniziale comprendeva tre gruppi di categorie:

– L'esordire della malattia: «contattare il pediatra e arrivare in ospedale», «suddividersi le presenze in ospedale», «ricevere l'educazione in reparto», «incontrare l'associazione», «avere la libera uscita»;

– Ritornare a casa: «riadattare gli insegnamenti ricevuti in reparto», «vivere i primi giorni di autonomia», «raggiungere una nuova normalità»;

– (Ri)trovare una quotidianità: «stabilire chi fa cosa», «ricevere (o no) l'aiuto di altre persone», «utilizzare supporti tecnologici».

Dalle 11 categorie sopra riportate si sono estrapolate quattro macro-categorie trasversali che hanno poi permesso di elaborare alcuni tipi di maschilità, al fine di schematizzare la realtà e renderla intelligibile (Schnapper 2005):

– l'organizzazione e divisione dei carichi di lavoro di cura nella coppia;

– la quantità e la qualità del tempo dedicato dai padri alla cura;

– il tipo di attività da loro svolte nell'ambito della cura della malattia;

– le scelte lavorative, i tempi e i modi della conciliazione tra lavoro e pratiche di cura.

5. *Prendersi cura di figli con una malattia cronica: la comparsa, il caratterista, lo stuntman e il coprotagonista*

L'esordio del diabete costituisce un punto di svolta nella vita di un/una bambino/a e dei suoi genitori, a partire dal periodo di ospedalizzazione – della durata di circa una settimana – durante

la quale al bambino/a vengono somministrate le prime cure, e tutta la famiglia riceve le istruzioni necessarie per far fronte alla malattia. Durante i giorni trascorsi in ospedale la famiglia subisce un «*bombardamento di informazioni*» (parafrasando un'espressione usata dal papà della famiglia Viola) che nei padri e nelle madri intervistati lascia impresse sensazioni di spaesamento e incertezza. Il timore di essere al centro di un cambiamento radicale e irreversibile viene confermato una volta terminata la settimana d'esordio, quando alla famiglia viene consentito di lasciare l'ospedale: una volta tornati a casa, i genitori realizzano che le conoscenze teoriche e pratiche acquisite in reparto non sono più sufficienti a gestire la malattia (Wennick, Hallström 2006; Piras, Zanutto 2014). I primi giorni trascorsi a casa vengono ricordati come estremamente caotici e caratterizzati dalla difficoltà ad interpretare i segnali della malattia. Le ansie e le paure iniziali vengono affrontate grazie al supporto delle associazioni dei pazienti dei medici, che forniscono una reperibilità a tempo pieno: a poco a poco, però, le telefonate si diradano, e la famiglia ri-assesta le proprie routine allineandole con le esigenze di gestione della malattia (Mellin *et al.* 2004; Wennick, Hallström 2006; Lowes *et al.* 2004).

Nelle pagine successive si proporrà una tipologia volta a descrivere le diverse pratiche attraverso cui i padri partecipano alla gestione del diabete dei figli e ai quali essi associano significati ben precisi. Per presentare le diverse esperienze di paternità nell'ambito della cura del diabete abbiamo scelto di utilizzare la metafora del set cinematografico e quattro sue figure tipiche: la comparsa, lo *stuntman*, il characterista e il coprotagonista. Nel fare questo presteremo attenzione ai modi in cui questi tipi differenti di padri entrano in relazione con la maschilità costruita attorno alla figura al *male breadwinner model*, riproducendola, ibridandola e/o sfidandola.

5.1. *La comparsa*

I padri-comparsa – che costituiscono sei dei venti casi analizzati – rimangono sullo sfondo della scena, e non intervengono, né vengono coinvolti, nella trama principale, riproducendo una rigida divisione dei compiti secondo linee di genere. Il carico di cura è completamente affidato alla madre, mentre il padre

ha una posizione residuale, esonerandosi, e/o venendo esonerato dalla partner, e investendo nella sfera lavorativa. La condizione lavorativa del padre viene infatti data per scontata e considerata la normalità, mentre in quattro casi su cinque entrambi i coniugi assumono che ad abbandonare il proprio impiego, o a ridurlo, debba essere la madre:

Mamma: Alle sette di mattina faccio il primo controllo... perché di solito sono io la prima a svegliarsi...

Papà: Diciamo la verità dai... si è presa in mano tutto lei... manca solo il vestitino, la croce rossa... (...). Alle 5 vado via, insomma... lei si dedica al 99%, cioè non lavora e fa d'assistente... fa l'infermiera...

[Famiglia Grigia]

Papà: Allora, lei fa bene o male un 80-90%... poi mi chiede cosa ne pensi anche tu... io farei così, benissimo... 100% ha ragione, do per scontato questo... quindi a me va bene... semplicemente magari ha bisogno di una spalla, per sentirsi più sicura di quello che fa... ma io farei altrettanto, o piuttosto direi a lei «dimmi cosa fare»...

[Famiglia Blu]

Il padre-comparsa, oltre a riconoscere di non essere d'aiuto, associa le pratiche di cura all'immagine stereotipata dell'infermiera, traslazione professionale del ruolo domestico della donna nelle società mediterranee, con tutte le sue caratteristiche di devozione, passività, sacrificio (Bruni 2012; Holden, Littlewood 1991).

Il ruolo di comparsa dei padri ricalca una maschilità egemone in cui gli uomini devono stare il più lontano possibile dalla sfera domestica, mentre le partner sembrano destinate a rivestire un ruolo centrale nella cura dei figli:

Papà: Sì perché i maschi secondo me sono più ottimisti di solito... e allora dici lascio andare di più... e invece bisognerebbe essere più attenti... però alla fine sempre lì si arriva...

Mamma: Come dico io, vediamo «da mamme» proprio...

[Famiglia Rossa]

Papà: Mah, sì... poi quando ci provo però sbaglio... «dai faccio io», e poi è tutto sbagliato, boh... è che veramente sono via quasi tutte le settimane, sono in giro... il lavoro è così, e allora deve arrangiarsi... devono arrangiarsi loro... tante volte mi dimentico anche... cioè, quando sono via è normale un po' staccare... poi quando arrivi è tutto un... una serie di cose...

[Famiglia Grigia]

Il modello del padre-comparsa, analogamente agli altri tipi di esperienze di paternità, è costruito collettivamente e, in questo caso, è sostenuto da solidi repertori culturali. I padri-comparsa si descrivono spesso come lontani da casa per necessità di lavoro, inadatti a svolgere pratiche di cura e presenti a fianco della partner per conferirle sicurezza. La giustificazione delle differenze è ricercata nelle presunte qualità innate che portano le madri ad essere più attente alle esigenze dei figli e, allo stesso tempo, bisognose dell'ottimismo dei padri. Questa forma di maschilità presenta atteggiamenti tipici del breadwinner «forte e silenzioso» (Duncan *et al.* 2003; Chesler, Parry 2001) ancora dominante nelle società mediterranee. A fare da contraltare vi è la «buona madre», da cui ci si aspetta una totale responsabilità nell'ambito della cura. Le comparse si tengono ai margini della trama principale della storia più per destino «naturale» che per scelta: investono la maggior parte del loro tempo nella sfera lavorativa, delegano la pressoché totalità del carico di cura alle partner e svolgono un ruolo minimale nella gestione del diabete.

5.2. *Lo stuntman*

Lo stuntman interviene nella pellicola unicamente per girare scene particolarmente pericolose, sostituendo solo momentaneamente il vero protagonista. Tale metafora appare particolarmente adatta per sintetizzare le pratiche e le autorappresentazioni che caratterizzano quei padri che partecipano al lavoro di cura, ma esclusivamente quando la situazione è considerata di difficile gestione. Il padre-stuntman prende in carico alcune situazioni considerate «emergenziali»: non esiste una quantità di tempo standard da dedicare alla cura, ma piuttosto una disponibilità di intervento al bisogno. Per quanto l'investimento maggiore riguarda la sfera lavorativa, la caratterizzazione eroica della paternità può anche essere affermata ribadendo la necessità di privilegiare l'emergenza della cura (o meglio, gli episodi rappresentati come emergenziali) rispetto alla routine lavorativa. All'interno dei numerosi casi in letteratura che descrivono le differenti modalità in cui i padri e le madri considerano il lavoro di cura (Mosse 1997; Christie 2006; Dawson 1996; Whitehead 2005; Hearn, Whitehead 2006; Maciver *et al.* 2010; Shulman, Seiffgre-Krenke 1997), la figura paterna ricopre spesso un ruolo eroico, batta-

gliero e salvifico, a lungo e tipicamente associato alla maschilità. I padri-stuntman – tre dei venti casi analizzati – sono attori prestati solo momentaneamente alla cura dei figli e che, appena possibile, ritornano alla propria vita ordinaria, lontana dagli spazi e dalle attività tipiche della cura.

Papà: Un paio di volte mi hanno chiamato dalla scuola, di nascosto da lei... perché io sono più tranquillo, più pragmatico, ecco... quando la situazione è grave, ma non troppo, chiamano me... così lei non si agita [*risata*] «non dirlo a Gaia però»... tranquilla, io non dico nulla... «Fai così, così, così»... ok, grazie, ciao... e l'altra sta tranquilla, non sa nulla...

[Famiglia Nera]

Papà: L'altro giorno era ammalato, e si viaggiava, anziché sulle due, sulle 4 o 5 punture al giorno... e quindi «Anna che faccio? Fargliela o non fargliela?», «Sì dai, fagliela»... questo è, proprio per il confronto... non c'è la necessità di essere in due... ma quando si ammala sì...

[Famiglia Argento]

Le occasioni reputate emergenziali possono essere differenti, a partire dalla temporanea assenza della partner a causa di una malattia, fino all'insorgere di complicazioni nella gestione del diabete: più in generale, situazioni che richiedano l'intervento di soggetti ritenuti «naturalmente» coraggiosi e considerati «la roccia» (Chesler, Parry 2001) all'interno della famiglia. Ritorna l'immagine dell'uomo forte che, questa volta, funge a conciliare lo sconfinamento temporaneo nella sfera della cura con gli stilemi classici della maschilità del *male breadwinner*: per il padre-stuntman, entrare nella cura è lecito solamente quando si tratta di una prova eroica ed emergenziale. Talvolta, però, la «chiamata alle armi» del diabete entra in conflitto con le richieste provenienti dall'ambito primario di realizzazione dello stuntman: il lavoro salariato.

Papà: Volevo sempre stare io in ospedale, durante l'esordio... ho litigato con lei, ho litigato con mia mamma... io capisco che anche loro mi dicevano «non puoi stare dentro dodici, sedici ore»... io dicevo «ascolta, è mio figlio, e di mio figlio decido io cosa fare e cosa non fare»... non mi pesava [...] Sul lavoro ho detto «me li date i giorni per stare con mio figlio, o no? O me li date, o mi licenzio, decidete voi»... loro hanno accettato, non hanno detto niente... però ero disposto anche a dare le dimissioni [...]. Io quando c'è uno che ha bisogno mi butto a capofitto... se l'altro sta bene, stai tu mamma con l'altro che sta bene...

[Famiglia Pervinca]

Per l'intervistato, l'esordio del diabete ha rappresentato la prima occasione per conciliare la cura del diabete con i valori tipici della maschilità egemone. Questo processo non è stato però del tutto indolore, e ha richiesto l'ingaggio in un'altra impresa eroica, il conflitto con il datore di lavoro. Nel racconto, il padre si scontra con il datore di lavoro spiegandogli come la sua richiesta di permesso non gli servirà certo per andare a «giocare a fare il mammo», espressione spesso utilizzata nei contesti organizzativi per stigmatizzare i lavoratori che richiedono un congedo familiare (Murgia, Poggio 2009). La negoziazione animata di un periodo di assenza dal lavoro è stata infatti funzionale all'intervistato per girare una scena rischiosa e circoscritta, l'assistenza del figlio in reparto, mentre la partner continua a recitare il suo ruolo primario nella cura quotidiana della casa e dell'altro figlio.

Rappresentare alcune fasi della gestione del diabete alla stregua di vere e proprie battaglie contro la malattia risulta importante per i padri al fine di conciliare lo svolgimento di alcune pratiche di cura con la riproduzione delle caratteristiche classiche della maschilità breadwinner, quali l'eroismo (Davies *et al.* 2004) e l'attitudine al rischio (Becker, Eagly 2004). La metafora utilizzata vuole però sottolineare come, a differenza dell'eroe, il personaggio dello stuntman rimanga comunque una controfigura in secondo piano: la gestione dei lati della cura più quotidiani ed ordinari continua ad essere svolta dalla madre, unica e vera possibile protagonista della trama.

5.3. *Il caratterista*

L'attore caratterista è una figura solitamente impegnata in ruoli secondari, ed i suoi tratti salienti sono facilmente intuibili e ben delineati. Altrettanto circoscritte sono le battute del copione riservate al padre-caratterista – sette dei venti casi analizzati – che partecipa alla gestione familiare nei ritagli di tempo libero dal lavoro e, quando interviene, lo fa per adempiere a compiti ben precisi, che rientrano nelle competenze storicamente e socialmente costruite come tipicamente maschili. Questo profilo fa emergere una prima forma stabile di suddivisione del lavoro di cura all'interno della coppia e la presa in carico di alcuni compiti in forma continuativa. Il padre caratterista non opera

scelte che incidano sulla sfera professionale, ma dedica una parte del tempo extra-lavorativo al lavoro di cura.

Mamma: Sì, la cucina è un mio compito... la gestione informatica è la sua... aumento, diminuisco...

Papà: Diciamo che però, allora... essendo lei anche più presente a casa, la conduzione ordinaria la fa soprattutto lei... poi io arrivo a casa la sera, vedo che le glicemie sono andate un po' alte, vedo come va... allora correggo un po' i parametri, li abbasso, li alzo... per vedere come funziona il prossimo giorno...

[Famiglia Celeste]

Papà: [il diario] lo tenevamo anche col cellulare... era comodo perché scriveva lei che io non c'ero, e la sera arrivavo e mi copiavo dal suo libro...

Intervistatrice: Quindi tu scrivevi il cartaceo...

Papà: E io il cellulare...

Intervistatrice: E anche quando c'era solo il cartaceo sempre tu...

Papà: Sempre lei...

[Famiglia Viola]

Sparud-Lundin e colleghi (2013), trattando proprio del caso del diabete giovanile, definiscono «paternità riadattata (*adjusted*)» le modalità attraverso cui i padri modificano le loro traiettorie di paternità adottando comportamenti tradizionali maschili per entrare nella sfera della cura. Tra queste spicca in particolar modo l'attitudine al *problem solving*: nel caso della conversazione sopra riportata, il padre si occupa della «gestione informatica» della malattia, e il suo compito, nel momento in cui arriva a casa la sera, è quello di controllare i parametri delle glicemie, correggendo eventuali errori. Altri padri-caratteristi si occupano della gestione di ulteriori aspetti tecnici della gestione, quali il riempimento delle cartucce ed il settaggio del microinfusore. In letteratura (Sparud-Lundin *et al.* 2013; Albanese *et al.* 2016) il controllo tecnologico del diabete viene definito come un compito attraente per la maggior parte dei padri che, in questo modo, possono affiancare le madri nella sfera della cura del diabete, solitamente impegnate in compiti naturalizzati come femminili, uno su tutti la gestione dell'alimentazione. Maneggiare le tecnologie della cura e supervisionare, al termine della giornata lavorativa, i valori glicemici dei figli, sono attività senz'altro importanti nella gestione del diabete e, allo stesso tempo, coerenti con gli stilemi reputati storicamente maschili (es. inclinazione a prendere decisioni razionali). Se, quindi, i padri caratteristi sfidano, da una parte, il *male breadwinner model* entrando in maniera attiva nella sfera

della cura, dall'altra cercano prontamente di riconciliarsi con questa e, ad ogni modo, affermano con forza la loro primaria dedizione alla sfera del lavoro salariato.

Mamma: Beh, io giro con quelle caramelle di zucchero in borsa, che me le ero dimenticate, e me le ha fatte ritornare in mente il dott. Corradi... quelle che mi dava mia nonna da bambina, alla frutta... io ho sempre il kit nella borsa...

Papà: E ce l'ha anche lui?

Mamma: No, perché di solito girano sempre con me...

Papà: Io ho il bancomat [*strizza l'occhio*]...

Mamma: Di solito sono in giro con me... li porto... siccome le donne di solito hanno la borsetta...

[Famiglia Malva]

5.4. *Il coprotagonista*

Il padre-coprotagonista appare nelle famiglie in cui le coppie – quattro su venti – hanno raggiunto un'intesa ed una collaborazione quasi paritaria nella gestione della malattia, e il padre svolge tutti i compiti di cura. Nelle coppie con un padre coprotagonista non vi sono dunque differenze significative tra padri e madri nella quantità del tempo dedicato alla cura né distinzioni tra i tipi di compiti svolti. La conciliazione tra le esigenze di cura e quelle dei membri della coppia è il prodotto di una gestione della quotidianità pianificata che può arrivare ad assumere la forma di una coreografia di cui entrambi i protagonisti conoscono mosse e battute alla perfezione.

Mamma: Lui ha sempre cambiato i pannolini ai bambini, ha sempre fatto... con lui fin da piccoli abbiamo sempre gestito insieme... è importante che sia proprio un discorso condiviso... anche perché la bambina deve sapere che può contare su tutti e due, perché l'obiettivo alla fine è renderla indipendente, a livello di testa, prima di tutto... puoi darle un'autostima così se anche noi siamo a nostra volta liberi... ed essere liberi vuol dire fidarsi...

[Famiglia Beige]

Papà: Allora, il grande prende l'autobus alle sette meno un quarto per andare a scuola... quindi alle sei e mezza dobbiamo svegliarlo per fare colazione... quindi io ho la sveglia alle sei, perché mi alzo, inizio a prepararmi io, e faccio la prova glicemica alle sei... intanto sappiamo che alle sei e mezza bisogna svegliare l'altro... se va bene, alle sei e mezza parte Filippo, lo accompagno a prendere il pullman, dopo rientro e partiamo con Stefano... all'ora di fare le iniezioni preparo la penna e la passo a lei... lo tengo su, lo

tengo con la pila, perché cerchiamo di non accendere le luci, allora tengo la pila, tengo la maglietta...

[Famiglia Bianca]

Le attività di cura dei due genitori si incastrano perfettamente l'una con l'altra, ed anche la descrizione di singole azioni legate alla cura della malattia, come la somministrazione dell'insulina, conferma una perfetta intesa tra i partner, entrambi pienamente coinvolti nella gestione quotidiana della malattia. Più in generale, i padri coprotagonisti sembrano avvicinarsi ad una suddivisione del lavoro domestico equa non tanto e non solo perché i genitori sembrano impegnarsi con la stessa intensità nella cura quotidiana dei figli, ma soprattutto perché le attività da svolgere tendono ad essere slegate dalla propria identità di genere (Micheli 2002; Nentwich 2008; Della Puppa, Miele 2015). È così che il coprotagonista si trova a misurare ogni mattina le glicemie del/della figlio/a, a preparargli e a somministrargli la terapia, ad accompagnare gli altri figli a scuola, partecipando quindi ad alcune attività di cura evitate dagli altri padri. La sfida alla maschilità egemone è questa volta consistente e i padri-coprotagonisti faticano a riconoscersi in essa, riproducendo nei gesti della quotidianità una maschilità alternativa e diversa da quella dominante.

La «diversità», però, può dare vita a processi discorsivi delegittimanti indirizzati a chi si discosta decisamente dagli stilemi classici dell'uomo impegnato primariamente nella sfera del lavoro salariato.

Mamma: Tra di noi c'è stata subito una collaborazione impressionante, dove Giovanni ha dato più di me, insomma... per noi è stato abbastanza naturale perché Giovanni è un uomo effeminato, posso dirlo? Cioè, ha la sensibilità di una donna...

Papà: Ho una parte di me gay...

Mamma: Ha una parte gay, che a me piace molto... no, è una battuta, chiaramente, ma voglio dire, non è... lui ha sempre condiviso, lui stira, lui fa tutto... fa tante cose a casa... quindi non gli è risultato difficile assumere il ruolo della mamma...

[Famiglia Fuxia]

Autorappresentarsi e venire rappresentati come uomini «con una parte gay» depotenzia in parte la sfida alla maschilità egemone. Come noto, gli uomini gay vengono ritenuti in maniera stereotipica come meno virili della propria controparte eterosessuale e aventi molte delle attitudini tipicamente ascritte

alla femminilità (McCreary 1994; Wong *et al.* 1999), di conseguenza storicamente le maschilità egemoni vengono definite in opposizione a quelle omosessuali (Pietrantonio, Prati 2011). Lo stralcio di intervista riportato, ad esempio, riporta il tentativo, messo in atto da un padre coprotagonista e dalla sua partner, di auto-espellere le attività di cura dal «circuitto della legittimità» (Connell 1995), ribadendo la propria subordinazione culturale alla maschilità egemone. In altre parole, in questo caso, chi si discosta dal modello di maschilità dominante non cerca nessun tipo di conciliazione con questa, ma d'altra parte autodefinisce il proprio modo di agire e di vivere la maschilità meno legittimo e appropriato.

6. *Discussione e conclusioni*

Il nostro contributo ha mostrato come, in famiglie caratterizzate da un elevato carico di cura aggiuntivo, alcuni padri entrino nella sfera della cura riproducendo set di pratiche differenziati. In ciascuna delle esperienze di paternità delineate vi sono, infatti, modi diversi di conciliare lavoro salariato e lavoro di cura, di scegliere quanto tempo investire in ciascuna delle due sfere e di appropriarsi di alcune pratiche di cura e di delegarne altre alle partner. Alla gestione della cronicità dei figli sono associati, inoltre, significati differenti: a chi la definisce come eroica ed emergenziale si affiancano coloro che la interpretano come un valido aiuto alla partner o come frutto di una gestione condivisa di una problematica comune. Analogamente, anche la mancata presa in carico della totalità o di una parte del carico di cura è al centro di processi di significazione che la rappresentano come legata alla propria incapacità di fare «certe cose» o alla necessità di impegnarsi nel lavoro salariato. I risultati presentati, però, oltre a fornire una rappresentazione complessa del coinvolgimento dei padri nella cura di figli con una malattia cronica, portano a svolgere almeno tre ordini di riflessioni sulle relazioni tra cura e maschilità.

Fronteggiare la maschilità egemone: ibridare vecchie identità con nuove pratiche. Come notato da Connell e Messerschmidt (2005), le maschilità egemoni trovano la loro forza non nell'essere normali, ossia riprodotte in maniera diffusa e maggioritaria,

ma nell'essere normative, costringendo la maggior parte degli uomini – ma non solo – a fare i conti con esse e a prendere posizione verso di esse. Secondo questa definizione, nel contesto empirico considerato il *male breadwinner model*, pur essendo riprodotto solo da una parte di famiglie, continua a mantenere la propria egemonia. Se, però, nel caso del padre-comparsa tale maschilità viene riprodotta fedelmente, negli altri casi vi è una relazione dinamica tra questa e le esperienze di paternità ricostruite. In particolare, i padri-stuntman e i padri-caratteristi ibridano il *male breadwinner model* (Arxer 2011), di cui rimangono i tratti centrali quali l'impegno primario nella sfera del lavoro salariato e la delega alle partner della cura ordinaria, con pratiche di cura che prevedono la vicinanza fisica ai figli. In un contesto contraddistinto da un elevato carico di cura, questo modello di maschilità tradizionale viene riaggiustato, senza però mettere in dubbio le asimmetrie di potere caratteristiche della società patriarcale. L'entrata nella sfera della cura, infatti, viene rappresentata come compatibile con le caratteristiche tipiche delle maschilità tradizionali, quali eroismo e razionalità, a cui fanno da contraltare femminilità emotive e bisognose del valido supporto della «forza» dei partner. Chi si trova, invece, a dover abbandonare gli stilemi classici della maschilità egemone sono i padri co-protagonisti, che però, talvolta, riducono il potenziale della loro sfida attraverso rappresentazioni delegittimanti messe in atto assieme alle partner. In questo caso, tali rappresentazioni, costruite all'interno della relazione di coppia, operano in modo da evitare che modifiche nella sfera della paternità si tramutino in modo automatico in sfide significative all'egemonia culturale di un certo tipo di maschilità.

Maschilità egemone e network di cura decurtati. I risultati presentati nel corso del nostro lavoro confermano quanto descritto da altre ricerche precedenti (Fuochi *et al.* 2014), nonché dai più recenti dati Istat (2013): il coinvolgimento dei padri nella cura dei figli non mette in dubbio l'esistenza di profonde disegualianze nella distribuzione del lavoro di cura e nel bilanciamento tra questo e il lavoro salariato. Le partner, anche di fronte all'insorgere di una malattia cronica e ad un grande carico di cura, continuano ad essere responsabili primarie della cura dei figli e, solo in alcuni casi, costruiscono assieme ai partner un modello egualitario di suddivisione del carico di lavoro domestico. Esse,

oltre a portare sulle spalle la maggior parte del lavoro familiare, contribuiscono a riprodurre rappresentazioni volte a legittimare la maschilità egemone e a delegittimare altre maschilità emergenti. Se nelle famiglie considerate i padri sono spesso coinvolti attivamente nella cura del diabete, un maggiore coinvolgimento nella cura dei figli e, più in generale, nel lavoro domestico e familiare sembra ostacolato dalla persistenza di questi repertori culturali. Se, quindi, dai risultati presentati, appare forzato affermare che i padri con un/una figlio/a avente una malattia cronica siano *genitori dimenticati* (May 1996; McNeill 2007), sicuramente è lecito affermare che potrebbero essere chiamati in causa più spesso.

La viscosità delle pratiche di cura e delle esperienze di paternità. Nella trattazione fin qui articolata è implicitamente dato per scontato che i padri abbiano ampi margini di scelta riguardo al grado di inclusione desiderato nelle pratiche di cura. Se questo è vero nelle prime fasi della malattia, in cui i costrutti culturali rispetto a cosa sia lecito o meno fare per un padre incidono in maniera decisiva sulla distribuzione del lavoro di cura, il progredire della specializzazione di un membro della coppia rende sempre più complicata una transizione verso forme di maggior coinvolgimento dell'altro. L'acquisizione da parte delle madri di un grande bagaglio di competenze relative alla gestione del diabete costituisce una barriera che preclude una partecipazione più ampia dei padri in un momento successivo. Questo è testimoniato indirettamente da quanto affermato, ad esempio, dai padri-comparsa nella misura in cui rappresentano la propria difficoltà ad interpretare i dati o dare suggerimenti appropriati. Quindi, se da una parte le esperienze di paternità presentate non possono considerarsi come date una volta per tutte, dall'altra le pratiche di cura posseggono una loro viscosità che rende oneroso il tentativo di incrementare il coinvolgimento con il passare del tempo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Albanese-O'Neill, A., Schatz, D.A., Bernhardt, J.M., Elder, J.H. (2016) *Educational Needs and Technological Preferences of Fathers of Youth With Type 1 Diabetes*, in «The Diabetes Educator», 42, 2, pp. 209-19

- Anderson, E. (2005) *Orthodox and Inclusive Masculinity: Competing Masculinities among Heterosexual Men in a Feminized Terrain*, in «Sociological Perspectives», 48, 3, pp. 337-55.
- Anderson, E., McGuire R. (2010) *Inclusive Masculinity Theory and the Gendered Politics of Men's Rugby*, in «Journal of Gender Studies», 19, 3, pp. 249-61.
- Arxer, S.L. (2011) *Hybrid masculine power: reconceptualizing the relationship between homosociality and hegemonic masculinity*, in «Humanity & Society», 35, 4, pp. 390-422.
- Becker, S.W., Eagly, A.H. (2004) *The heroism of women and men*, in «American Psychologist», 59, 3, pp. 163-78.
- Bellassai, S. (2011) *L'invenzione della virilità, Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea*, Roma, Carocci.
- Boman, Å., Povlsen, L., Dahlborg-Lyckhage, E., Hanas, R., Borup, I.K. (2014) *Fathers of children with type 1 diabetes: Perceptions of a father's involvement from a health promotion perspective*, in «Journal of Family Nursing», 20, 3, pp. 337-54.
- Bosoni, M.L. (2011) *Uomini, paternità e lavoro: la questione della conciliazione dal punto di vista maschile*, in «Sociologia e politiche sociali», 3, pp. 63-86.
- Brandth, B., Kvande, E. (1998) *Masculinity and Child Care. The Reconstruction of Fathering*, in «The Sociological Review», 46, 2, pp. 293-314.
- Bridges, T. (2014) *A very "gay" straight? Hybrid masculinities, sexual aesthetics, and the changing relationship between masculinity and homophobia*, in «Gender & Society», 28, 1, pp. 58-82.
- Bridges, T., Pascoe, C.J. (2014) *Hybrid masculinities: New directions in the sociology of men and masculinities*, in «Sociology Compass», 8, 3, pp. 246-58.
- Bruni, A. (2003) *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Roma, Carocci.
- Bruni, A. (2012) *Attraverso la maschilità: posizionamenti e sconfinamenti di genere in sala operatoria*, in «About Gender», 1, 2.
- Bruni, A., Gherardi, S. (2001) *Omega's Story: The Heterogeneous Engineering of a Gendered Professional Self*, in M. Dent, S. Whitehead, eds., *Knowledge, Identity and the New Professional*, London, Routledge, pp. 174-98.
- Carriero, R., Todesco, L. (2017) *Explaining the Male Contribution to Household Labor: Does Peers' Behavior Matter?*, Osservatorio MU. SIC, Working Paper Series.
- Chesler, M.A., Parry, C. (2001) *Gender roles and/or styles in crisis: An integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer*, in «Qualitative Health Research», 11, 3, pp. 363-84.
- Chisholm, V., Atkinson, L., Donaldson, C., Noyes, K., Payne, A., Kelnar, C. (2011) *Maternal communication style, problem-solving and dietary adherence in young children with T1D*, in «Clinical Child Psychology and Psychiatry», 16, 3, pp. 443-58.
- Christie, A. (2006) *Negotiating the uncomfortable intersections between gender and professional identities in social work*, in «Critical Social Policy», 26, 2, pp. 390-411.
- Collinson, D., Hearn, J. (1994) *Naming Men as Men: Implications for Work, Organization and Management, Gender*, in «Work and Organization», 1, 1, pp. 2-20.

- Collinson, D., Hearn, J. (1996) *Men as Managers, Managers as Men. Critical Perspectives on Masculinity*, London, Sage.
- Connell, R.W. (1987) *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*, Stanford, Stanford University Press.
- Connell, R.W. (1995) *Mascolinità*, Milano, Feltrinelli.
- Connell, R.W. (2005) *A Really Good Husband. Work/life Balance, Gender Equity and Social Change*, in «Australian Journal of Social Issues», 40, 3, pp. 369-83.
- Connell, R.W. (2009) *Accountable Conduct. Doing Gender in transsexual and political retrospect*, in «Gender & Society», 23, 1, pp. 104-11.
- Connell, R.W., Messerschmidt, J. (2005) *Hegemonic Masculinity Rethinking the concept*, in «Gender and Society», 19, 6, pp. 829-59.
- Davies, B., Gudmundsdottir, M., Worden, B., Orloff, S., Sumner, L., Brenner, P. (2004) *Living in the dragon's shadow': Fathers' experiences of a child's life-limiting illness*, in «Death Studies», 28, 2, pp.111-35.
- Dawson, G. (1996) *Heroes of history, heroes of phantasy: idealisation, masculinity and the soldiers of empire*, in «Soundings», 3, pp. 145-60.
- Demetriou, D.Z. (2001) *Connell's Concept of Hegemonic Masculinity: A Critique*, in «Theory and Society», 30, 3, pp. 327-61.
- Della Puppa, F., Miele, F. (2015) *Beyond (but not too much) the male breadwinner model: a qualitative study on child care and masculinities in contemporary Italy*, in «Modern Italy», 20, 2, pp. 167-84.
- Donaldson, M. (1993) *What is hegemonic masculinity?*, in «Theory and society», 22, 5, pp. 643-57.
- Duncan, S., Edwards, R., Alldred, P., Reynolds, T. (2003) *Motherhood, paid work and partnering: values and theories*, in «Work, Employment and Society», 17, 2, pp. 309-30.
- Featherstone, B. (2009) *Contemporary fathering: Theory, policy and practice*, Policy Press.
- Finn, M., Henwood, K. (2009) *Exploring masculinities within men's identificatory imaginings of first time fatherhood*, in «British Journal of Social Psychology», 48, 3, pp. 547-62.
- Fuochi, G., Mencarini, L., Solera, C. (2014) *Involved Fathers and Egalitarian Husbands: by Choice or by Constraint? A Study on Italian Couples with Small Children*, in «Carlo Alberto Notebooks», 370.
- Gillis, J.R. (2000) *Marginalization of fatherhood in Western countries*, in «Childhood», 7, 2, pp. 225-38.
- Gobo, G. (2001) *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Roma, Carocci.
- Gregory, A., Milner, S. (2011) *What is "New" about Fatherhood? The Social Construction of Fatherhood*, in «Men and Masculinities», 14, 5, pp. 588-606.
- Grey, M. (2009) *Coping and psycho-social adjustment in mothers of young children with T1D*, in «Child Health Care», 38, 2, pp. 91-106.
- Halberstam, J. (2010) *Maschilità senza uomini*, Pisa, Edizioni ETS.
- Hearn, J., Whitehead, A. (2006) *Collateral damage: men's 'domestic' violence to women seen through men's relations with men*, in «Probation Journal», 53, 1, pp. 38-56.

- Hobson, B. (2002) *Making men into fathers: Men, masculinities and the social politics of fatherhood*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Holden, P., Littlewood, J. (1991) *Anthropology and Nursing*, London, Routledge.
- Istat (2012) *Uso del tempo e ruoli di genere: tra lavoro e famiglia nel ciclo di vita*, Roma, Istat.
- Kimmel, M.S., ed. (1995) *The Politics of Manhood. Profeminist Men Respond to the Mythopoetic Men's Movement (and the Mythopoetic Leaders Answer)*, Philadelphia, Temple University Press.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Laimbacher, J., Gnehm, H.E., Sennhauser, F.H. (2005) *Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed T1D*, in «Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry», 44, 7, pp. 682-89.
- Lewis, J. (2001) *The Decline of the Male Breadwinner Model. Implications for Work and Care*, in «Social Politics», 8, 2, pp. 152-69.
- Lowes, L., Lyne, P., Gregory, J.W. (2004) *Childhood diabetes: parents' experience of home management and the first year following diagnosis*, in «Diabetic Medicine», 21, 6, pp. 531-8.
- Maciver, D., Jones, D., Nicol, M. (2010) *Parents' experiences of caring for a child with chronic pain*, in «Qualitative Health Research», 20, 9, pp. 1272-82.
- Magaraggia, S. (2012) *Tensions between fatherhood and the social construction of masculinity in Italy*, in «Current Sociology», 61,1, pp. 76-92.
- Maggioni, G., ed. (2000) *Padri nei nostri tempi: ruoli, identità, esperienze*, Roma, Donzelli Editore.
- Martin, P.Y. (2004) *Gender as a Social Institution*, in «Social Forces», 82, 4, pp. 1249-73.
- May, J. (1996) *Fathers: The forgotten parent*, in «Pediatric Nursing», 22, 3, pp. 243-47.
- McCreary, D.R. (1994) *The male role and avoiding femininity*, in «Sex Roles», 31, 9-10, pp. 517-31.
- McCormack, M., Anderson, E. (2010) *'It's Just Not Acceptable Any More': The Erosion of Homophobia and the Softening of Masculinity at an English Sixth Form*, in «Sociology», 44, 5, pp. 843-59.
- McNeill, T. (2007) *Fathers of Children with a Chronic Health Condition Beyond Gender Stereotypes*, in «Men and Masculinities», 9, 4, pp. 409-24.
- Mellin, A.E., Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Sockalosky, J. (2004) *Unhealthy weight management behavior among adolescent girls with type 1 diabetes mellitus: the role of familial eating patterns and weight-related concerns*, in «Journal of Adolescent Health», 35, 4, pp. 278-89.
- Micheli, G.A. (2002) *Modelli di legami forti e segnali di disagio. Scenari demografici in Lombardia*, Milano, Guerini e Associati.
- Miele, F., Della Puppa, F. (2014) *Che genere di padri? Maschilità e lavoro di cura tra equità e disuguaglianze*, in «Sociologia e Politiche Sociali», 3, pp. 157-78.
- Miele, F., Piras, E.M. (2016) *Apprendere a curarsi, dentro e fuori la scuola. L'autogestione del diabete come pratica socio-materiale*, in «Scuola democratica», 7, 1, pp. 139-58.
- Miller, T. (2011) *Making Sense of Fatherhood: Gender, Caring and Work*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Mosse, G.L. (1997) *L'immagine dell'uomo*, Torino, Einaudi (ed. or. 1996).

- Murgia, A., Poggio, B. (2009) *Challenging hegemonic masculinities. Men's stories on gender culture in organization*, in «Organization», 16, 3, pp. 407-23.
- Murgia, A., Poggio, B. (2011) *Padri che cambiano*, Pisa, Edizioni ETS.
- Nentwich, J. (2008) *New Fathers and Mothers as Gender Troublemakers? Exploring Discursive Constructions of Heterosexual Parenthood and their Subversive Potential*, in «Feminism & Psychology», 10, 2, pp. 207-230.
- Pietrantonio, L., Prati, G. (2011) *Gay e lesbiche. Quando si è attratti da persone dello stesso sesso*, Bologna, Il Mulino.
- Piras, E.M., Miele, F. (2017) *Clinical self-tracking and monitoring technologies: negotiations in the ICT-mediated patient-provider relationship*, in «Health Sociology Review», 26, 1, pp. 38-53.
- Piras, E., Zanutto, A. (2014) *One day it will be you who tells us doctors what to do! Exploring the "Personal" of PHR in pediatric diabetes management*, in «Information Technology & People», 27, 4, pp. 421-39.
- Pringle, R., Kay, T., Jenkins, J.M. (2011) *Masculinities, gender relations and leisure studies: Are we there yet?*, in «Annals of Leisure Research», 14, 2-3, pp. 107-19.
- Ranson, G. (2011) *Men, Paid Employment and Family Responsibilities. Conceptualizing the Working Father*, in «Gender, Work and Organization», 19, 6, pp. 741-61.
- Schnapper, D. (2005) *Comprensione e analisi tipologica*, in M. Borlandi, L. Sciolla, a cura di, *La spiegazione sociologica: metodi, tendenze, problemi*, Bologna, Il Mulino, pp. 169-84.
- Shulman, S., Seiffgre-Krenke, I. (1997) *Fathers and Adolescents: Development and Clinical Perspectives*, London, Routledge.
- Silverman, D. (2007) *Come fare ricerca qualitativa*, Roma, Carocci.
- Silverman, D. (2008) *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*, Milano, Feltrinelli.
- Società Italiana di Diabetologia (2016) *Il diabete in Italia*, Bologna, Bononia University Press.
- Sparud-Lundin, C., Hallström, I., Erlandsson, L.K. (2013) *Challenges, strategies, and gender relations among parents of children recently diagnosed with type 1 diabetes*, in «Journal of Family Nursing», 19, 2, pp. 249-73.
- Streisand, R., Mackey, E.R., Elliot, B.M., Mednick, L., Slaughter, I.M., Turek, J., Austin, A. (2008) *Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: opportunities for education and counseling*, in «Patient education and counseling», 73, 2, pp. 333-38.
- Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., Grey, M. (2002) *Mothers' experiences raising young children with T1D*, in «Journal of the Society of Pediatric Nursing», 7, 3, pp. 93-103.
- Sullivan-Bolyai, S., Rosenberg, R., Bayard, M. (2006) *Fathers' reflections on parenting young children with T1D*, in «MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing», 31, 1, pp. 24-31.
- Trappolin, L. (2008) *Omosapiens 3. Per una sociologia dell'omosessualità*, Roma, Carocci.
- Trifiletti, R. (1999) *Work-family arrangements in Europe*, Amsterdam, Thela Thesis.
- Wennick, A., Hallström, I. (2006) *Swedish families' lived experience when a child is first diagnosed as having insulin-dependent diabetes mellitus*:

- An ongoing learning process*, in «Journal of Family Nursing», 12, 4, pp. 368-89.
- Whitehead, A. (2005) *Man to man violence: how masculinity may work as a dynamic risk factor*, in «The Howard Journal», 44, 4, pp. 411-22.
- Wong, F.Y., McCreary, D.R., Carpenter, K.M., Engel, A., Korchynsky, R. (1999) *Gender-related factors influencing perceptions of homosexuality*, in «Journal of Homosexuality», 37, 3, pp. 19-31.
- Worrall-Davies, A., Owens, D., Holland, P., Haigh, D. (2002) *The effect of parental expressed emotion on glycaemic control in children with Type 1 diabetes: Parental expressed emotion and glycaemic control in children*, in «Journal of Psychosomatic Research», 52, 2, pp. 107-13.

[Articolo accettato il 10 febbraio 2018]

Masculinities and chronic illness. The case of fathers with diabetic children

Juvenile or Type 1 Diabetes (TD1) is an auto-immune disease that requires a significant effort in self-management. The onset of the disease in a child places this burden on parents, requiring a careful monitoring of fluctuations in blood glucose levels through diet, exercise and insulin injections.

Drawing on the theoretical underpinnings of the men's studies which suggests the existence of tensions between paternity and masculinity, this article proposes an empirically-based reflection on the challenges to the traditional male breadwinner model posed by the need to care for children with chronic illness. Starting from a qualitative investigation based on in depth interviews and observations involving families with a child affected by T1D, our research sheds light on how parents reproduce and challenge gender binary, strengthening or weakening the traditional gap between masculinity and care and show the emerging of new forms of masculinity. Through the adoption of a metaphor derived from the movie production we identify four forms of masculinity: the background actor, the character actor, the stuntman and the coprotagonist. The analysis reveals that the male breadwinner model seems to maintain its hegemony in the self-representation of fathers and mothers where cultural stereotypes remain unchallenged. However, the analysis of the daily practices of care reveal discloses a more nuanced picture in which most of fathers take part and share with their female partners, albeit in different ways, the burden of care.

Keywords: child care, masculinities, fatherhood, type 1 diabetes, male breadwinner model.

Silvia Fornasini, Fondazione Bruno Kessler, via Sommarive, 18, 38123, Povo (TN). Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, Università di Trento, Corso Bettini, 31, 38068, Rovereto (TN). E-mail: s.fornasini@fbk.eu.

Francesco Miele, Fondazione Bruno Kessler, via Sommarive, 18, 38123, Povo (TN). E-mail: miele@fbk.eu.

Enrico Maria Piras, Fondazione Bruno Kessler, via Sommarive, 18, 38123, Povo (TN). E-mail: piras@fbk.eu.