

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Quando le mamme lavorano: doppio carico di lavoro e salute

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1643023> since 2017-06-23T13:12:25Z

Publisher:

Inferenze scarl

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Quando le mamme lavorano: doppio carico di lavoro e salute *

Cosa dice la letteratura scientifica

Nel corso degli ultimi decenni, nei paesi più industrializzati si è assistito a una poderosa crescita della partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In Italia, dal 1977 al 2013, le donne occupate sono aumentate dal 31,5% al 41,3% del totale degli occupati (Istat 2013). Ma il lavoro familiare, ad eccezione dei paesi scandinavi (Gershuny 2000; Anxo et al. 2011), rimane quasi esclusivamente attribuito alle donne (Saraceno 2003). La ripartizione disuguale del lavoro familiare e la carenza di adeguati servizi per l'infanzia sovraccaricano di lavoro le donne occupate con figli. Nel 2002-2003 la cura dei figli era completamente a carico della donna nel 41% delle coppie intervistate (Mencarini 2012). Nel 2008 il 64% delle donne occupate risultavano impegnate per più di 60 ore settimanali in attività lavorative, incluse quelle non retribuite, e in presenza di figli tale percentuale saliva al 68%; per gli uomini, invece, le percentuali erano inferiori di oltre 10 punti (Istat e CNEL 2013). Le donne italiane svolgono 11 ore di lavoro domestico non retribuito alla settimana più degli uomini (OECD 2013).

Tale doppio carico di lavoro cui le donne sono esposte può senza dubbio incidere sul loro stato di salute (per una rassegna di contributi si veda Waldron et al. 1998). Da una parte ci sono ricercatori che abbracciano la '*Role Accumulation Hypothesis*', in base alla quale rivestire ruoli multipli comporterebbe un miglioramento delle condizioni di salute, poiché accrescerebbe le risorse economiche e sociali, nonché l'autostima e la soddisfazione personale (Sieber 1974; Thoits 1983; Waldron e Jacobs 1989; Moen et al. 1992). L'evidenza empirica che supporta questa ipotesi riguarda in particolar modo esiti come lo stato di salute fisica o mentale percepita (Waldron e Jacobs 1989; Fokkema 2002; Lahelma et al. 2002) e la mortalità per tutte le cause (Kotler et al. 1989; Hibbard e Pope 1991). Sul versante teorico opposto, invece, si collocano le teorie che propongono che i ruoli multipli rivestiti dalle donne abbiano effetti dannosi sulla salute. In base alla '*Role Strain Hypothesis*' (Gove 1984; McLanahan e Adams 1987; Ross et al. 1990), la donna che riveste più ruoli (come quelli di moglie, di madre e di lavoratrice) 'è investita da carichi troppo onerosi in termini di *stress*, tempo ed energie, tali da compromettere il proprio stato di salute mentale' (Waldron et al. 1998, p. 218, TdA).

Più recente è la teoria del '*negative spillover*' tra lavoro retribuito e quello domestico (Grzywacz e Marks 2000), che ipotizza un effetto nocivo sulla salute del trasferimento in ambito familiare dei sentimenti negativi originati nell'ambiente lavorativo, e viceversa. A conferma della teoria, lo studio di Väänänen et al. (2004) ha dimostrato che il rischio di disturbi psicologici a cui vanno incontro le donne con doppio carico di lavoro cresce in misura significativa di quasi 4 volte (OR=3,92; IC 95%: 2,78-5,52) in presenza di un'influenza negativa

* di Fabrizio D'Ovidio, Angelo d'Errico, Cecilia Scarinzi e Giuseppe Costa

Questo capitolo costituisce la sintesi e rielaborazione di un saggio pubblicato su *Social Science & Medicine* (D'Ovidio et al. 2015).

del lavoro familiare su quello retribuito (*negative family-work spillover*) e di oltre 6 volte (OR=6,65; IC 95%: 5,22-8,47) in relazione a un'influenza negativa del lavoro retribuito su quello familiare (*negative work-family spillover*).

Oltre ai disturbi mentali, anche le malattie cardiovascolari, in particolare la malattia coronarica, sono risultate associate in numerosi studi all'esposizione a vari fattori stressogeni in ambito lavorativo e non, tra cui soprattutto lo scarso supporto sociale, gli alti carichi e il basso controllo sul proprio lavoro (per revisioni si veda Lett et al. 2005 e Eller et al. 2009). La malattia coronarica (d'ora in avanti MC) rappresentava la principale causa di morte delle donne nei paesi più sviluppati già alla fine degli anni Ottanta (Thom 1987; World Health Organization 1989). In Italia, nel 2008 la MC rappresentava la seconda causa di decesso dopo i tumori (13,4% tra gli uomini e al 12,6% tra le donne), con percentuali sbilanciate tra i sessi al di sotto dei 65 anni (10,6% tra gli uomini e 4,2% tra le donne) grazie alla protezione femminile da estrogeni e progestinici durante l'età fertile.

Oltre ai fattori di rischio biologici (alti livelli di pressione arteriosa, colesterolemia e glicemia) e comportamentali (fumo di sigaretta, obesità, inattività fisica), anche le caratteristiche socio-demografiche e l'esposizione a fattori psico-sociali extra-lavorativi sarebbero associate al rischio di infarto, tra cui lo *status* socio-occupazionale, i problemi emotivi cronici, la mancanza di supporto sociale e il lutto (si veda Kaplan e Keil 1993 per una rassegna generale e Brenzika e Kittel 1995 per una rassegna riferita esclusivamente alle donne). Lo *status* socio-economico rappresenta un predittore abbastanza robusto del rischio di MC. Dalle tabelle allegate in appendice sulla mortalità per malattie dell'apparato circolatorio, emerge chiaramente l'aumento del rischio relativo delle donne occupate dai 30 ai 64 anni al decrescere della classe sociale, ma solo nell'ultimo decennio (dalla classe borghese a quella operaia il rischio relativo aumenta di oltre 2 volte e mezzo nel periodo 2002-2011). Al contrario, il rischio associato a bassa istruzione è costantemente incrementato in tutti i quinquenni considerati dal 1972, con eccessi di rischio di circa 3 volte tra le donne con licenza elementare rispetto a quelle con laurea e di circa 2 volte nelle classi intermedie di istruzione. La discrepanza osservata nel gradiente sociale del rischio di morte per patologie circolatorie tra le donne occupate e l'intera popolazione femminile è verosimilmente da ricercarsi in meccanismi di selezione, che, soprattutto in passato, hanno tenuto fuori dal mercato del lavoro le donne di bassa istruzione con problemi di salute, oltre che nell'effetto benefico dell'essere occupate per le donne meno istruite sul benessere psico-fisico, l'integrazione sociale al di fuori delle relazioni familiari, e il conseguente scambio di conoscenze relative alla salute con altre donne. Anche la pressione lavorativa e discriminatoria sostenuta dalle donne in carriera di classe borghese negli anni '70

e '80, quando la presenza di donne dirigenti o imprenditrici si scontrava ancor più di oggi con un mondo dirigenziale prevalentemente maschile, può aver concorso a ridurre la differenza nel rischio tra classi sociali, innalzando la mortalità nella classe di riferimento.

La letteratura sul rischio di sviluppare la MC per le donne che conciliano le responsabilità lavorative extra-domestiche con quelle domestiche di cura dei figli è piuttosto esigua. Due studi di coorte statunitensi, nell'ambito del Framingham Heart Study (Haynes e Feinleib 1980) e del Nurses' Health Study (Lee et al. 2003), mostravano che la cura di due o più figli, o carichi supplementari di lavoro di cura di più di nove ore settimanali, in donne occupate accresceva il rischio di sviluppare una MC con eccessi variabili dal 50 al 100% rispetto alla non cura dei figli.

Lo Studio Longitudinale Torinese permette di valutare se la combinazione tra lavoro retribuito e cura dei figli comporti un aumento del rischio di MC tra le donne residenti a Torino e se questo effetto si modifichi secondo il sesso dei figli. I risultati potrebbero avere implicazioni per le future traiettorie di politiche sociali a sostegno della conciliazione e della salute psico-fisica della donna.

Il doppio carico di lavoro e cura tra le donne torinesi

La popolazione in studio era costituita da 109.358 donne di età compresa tra i 25 e i 50 anni alla data del censimento del 2001, residenti a Torino in famiglie mononucleari, caratterizzate cioè dalla presenza di singoli o di coppie, seguite dal 2002 fino al 2010 per misurare l'incidenza di MC. La restrizione alle famiglie mononucleari ha permesso di escludere dall'osservazione le convivenze con presenza di nonni o zii che potrebbero rappresentare sia un valido supporto per la cura dei bambini, sia un carico di cura supplementare in presenza di limitazioni funzionali.

L'incidenza di infarto era rappresentata dall'aver subito un ricovero ospedaliero per MC o dall'essere deceduti per questa patologia (ICD-IX: 410-414¹) nel periodo di osservazione (2002-2010). Sono state escluse dallo studio le donne che avevano già subito un ricovero per malattia coronarica prima della data di inizio del *follow-up* (1 gennaio 2002).

Il rischio di MC a parità di età e di condizione socio-economica è stato studiato² nelle diverse esperienze di carico di cura dei figli attraverso i seguenti indicatori:

- 1) il numero dei figli all'interno del nucleo, distinti anche per genere;
- 2) le diverse combinazioni del numero dei figli per genere (un figlio maschio, una figlia femmina, un figlio maschio e una figlia femmina, due figli maschi, due figlie femmine);
- 3) l'età cumulata dei figli, complessiva e per genere, all'interno del nucleo familiare, equivalente alla sommatoria delle età di tutti i figli conviventi al censimento 2001;
- 4) l'interazione tra la presenza dei bambini in famiglia e il numero di ore lavorative settimanali sul rischio di MC (meno di 30 ore, dalle 30 alle 35 ore e oltre le 35 ore settimanali).

Le donne non occupate erano in media leggermente più anziane di quelle occupate (età medie rispettivamente di 40,1 e 38,4 anni), per cui l'età media dei figli era pari a 12,4 anni per le non occupate e a 10,8 anni per le occupate. Come atteso, il rischio di malattia coronarica cresceva con l'età. Più di 4 donne su 5 risultavano coniugate. Le donne precedentemente

¹ Nel macro-gruppo di malattie coronariche sono comprese: l'infarto miocardico acuto (410), le altre forme acute e subacute di ischemia coronarica (411), l'infarto pregresso (412), l'angina pectoris (413) e le altre forme di cardiopatia ischemica cronica (414).

² Il rischio è stato stimato per mezzo di modelli di regressione multivariata di Poisson, stratificati per condizione professionale delle donne (occupata/non occupata) e controllati per età (riclassificata in classi quinquennali), stato civile (coniugata, precedentemente coniugata e nubile) e livello di istruzione (elementare, media, diploma e laurea).

Lo studio rivela, solo tra le donne occupate, un'associazione significativa tra l'aver figli maschi e il rischio di malattia coronarica, che aumenta anche all'aumentare del numero e dell'età dei figli maschi.

coniugate (11%) presentavano un indice di rischio di MC molto più alto delle coniugate e delle nubili, ad eccezione però delle nubili non occupate con figli, il cui indice era decisamente molto elevato (190,6 per 100.000 persone anno). La maggior parte delle donne possedeva un diploma di scuola superiore (39,2%) o la licenza media (33,8%). Il livello di istruzione era marcatamente più alto tra le donne occupate e tra quelle senza figli. Dalla classe di istruzione più alta a quella più bassa i tassi di incidenza di MC aumentavano di cinque volte. Infine, due terzi delle donne occupate lavoravano più di 35 ore settimanali (il 61,7% di quelli con figli e il 73,7% di quelle senza figli) con un'incidenza di MC più alta tra le donne che vivono con figli e che lavorano dalle 30 alle 35 ore a settimana.

Lavoro e cura dei figli maschi fanno male alla salute coronarica delle mamme torinesi

Dall'analisi multivariata emergeva che, mentre tra le donne non occupate la presenza di figli non aumentava il rischio di MC, tra quelle occupate il rischio cresceva in misura significativa del 28% per ogni figlio (RR=1,28; IC 95%: 1,11-1,49) (Tabella 1, I modello). Categorizzando il numero di figli (un figlio, due figli e più di due figli all'interno del nucleo familiare) si osservava un eccesso significativo solo tra le donne occupate con almeno tre figli (RR=2,75; IC 95%: 1,65-4,58).

Distinguendo per genere il numero dei figli all'interno della famiglia (Tabella 1, II modello), il peso dei figli maschi sulla probabilità di MC tra le donne occupate è alto e statisticamente significativo (RR=1,39 per ogni figlio maschio; IC 95%: 1,16-1,66), a fronte di un indice contenuto, e non significativo, associato al numero delle figlie femmine. In particolare, la presenza di almeno due figli maschi nel nucleo familiare raddoppiava significativamente il rischio di MC nelle donne occupate (RR=2,17; IC 95%: 1,44-3,28) rispetto alle donne occupate senza figli (Tabella 1, III modello).

Stimando la dose cumulativa di cura dei figli attraverso la sommatoria delle età di tutti i figli, emergeva un incremento medio del 48% del rischio di MC per le donne occupate esposte a una dose cumulativa di carico dei figli superiore a 20 anni (RR=1,49; IC 95%: 1,07-2,07), valore che cresceva al 136% (RR=2,36; IC 95%: 1,18-4,73) nel caso di figli maschi per più di 20 anni (Tabella 1, IV modello). Inoltre, tra le donne non occupate il rischio di sviluppare una MC non era mai significativamente incrementato dalla presenza di figli nel nucleo familiare, né maschi né femmine, qualunque fosse il tipo di misura utilizzata per definirla.

Riguardo invece alle ore settimanali di lavoro retribuito, usate per stimare approssimativamente il grado di *stress* lavorativo a cui sono soggette le donne selezionate, l'indicatore non modificava le associazioni osservate in precedenza.

3.1.3 / Quando le mamme lavorano: doppio carico di lavoro e salute

Tabella 1. Rischi Relativi (e Intervalli di Confidenza al 95%) di malattia coronarica nelle donne per occupazione e per numero dei figli (I modello), per numero dei figli maschi e femmine (II modello), per combinazioni del numero e del genere dei figli (III modello) e per età cumulata dei figli maschi e femmine (IV modello) - modelli di regressione multivariata di Poisson aggiustati per età^a, istruzione^b e stato civile^c. Modificata da: D'Ovidio et al. 2015

		donne occupate			donne non occupate		
		N (evento)	RR	IC 95%	N (evento)	RR	IC 95%
I modello	senza figli	65	1		17	1	
	numero figli	188	1,28	1,11-1,49	94	0,96	0,78-1,19
II modello	senza figli maschi	120	1		46	1	
	numero figli maschi	133	1,39	1,16-1,66	65	0,96	0,74-1,23
	senza figlie femmine	147	1		54	1	
	numero figlie femmine	106	1,16	0,95-1,42	57	0,97	0,73-1,27
III modello	senza figli	65	1		17	1	
	1 figlio maschio	48	1,14	0,72-1,70	22	1,05	0,55-2,00
	1 figlia femmina	41	1,15	0,76-1,73	19	1,15	0,59-2,23
	1 figlio maschio e 1 figlia femmina	31	1,05	0,66-1,65	25	1,20	0,64-2,26
	almeno 2 figli maschi	45	2,17	1,44-3,28	18	1,01	0,51-1,99
	almeno 2 figlie femmine	22	1,40	0,84-2,32	10	1,78	0,35-1,73
IV modello	senza figli maschi	70	1		19	1	
	età cumulata figli maschi (0-9 anni)	62	1,13	0,57-2,25	34	1,46	0,59-3,63
	età cumulata figli maschi (10-19 anni)	42	1,41	0,69-2,89	30	2,28	0,91-5,71
	età cumulata figli maschi (oltre i 20 anni)	79	2,36	1,18-4,73	28	1,31	0,51-3,36
	senza figlie femmine	73	1		22	1	
	età cumulata figlie femmine (0-9 anni)	99	0,79	0,41-1,54	44	0,66	0,28-1,55
	età cumulata figlie femmine (10-19 anni)	40	0,82	0,40-1,65	20	0,64	0,26-1,58
	età cumulata figlie femmine (oltre i 20 anni)	41	1,01	0,50-2,06	25	0,75	0,31-1,85

^a l'età è definita in classi quinquennali.

^b l'istruzione è ripartita in 4 classi: senza titolo e lic. elementare, lic. media inferiore; diploma; laurea.

^c lo stato civile è ripartito in 3 classi: nubile; coniugata; precedentemente coniugata (separata, divorziata e vedova)

Dalle spiegazioni alle implicazioni per l'azione

Dallo studio è emersa una relazione significativa tra doppio carico di lavoro delle donne torinesi e rischio di sviluppare una malattia coronarica. Se tra le donne non occupate la presenza di figli non aumenta il rischio di MC, tra quelle occupate il rischio cresce del 28% per ogni figlio. Tale associazione tra doppio carico di lavoro e incidenza di malattia coronarica è consistente con i risultati dei tre contributi presenti in letteratura su questo specifico filone di ricerca (Haynes e Feinleib 1980; Lee et al. 2003; Lawlor et al. 2003).

Rispetto a tali studi, l'originalità del presente lavoro di ricerca deriva dalla distinzione per genere dei figli. L'incremento del rischio di sviluppare una MC sarebbe dovuto esclusivamente alla presenza dei figli maschi all'interno del nucleo familiare. Da un punto di vista meramente biologico, è noto il maggior dispendio di energia in corso di gravidanza di figli maschi (più 10%) (Tamimi et al. 2003), dovuto al maggiore tasso di crescita intrauterina dei maschi (Hindmarsh et al. 2002) o al maggior peso dei feti maschi (Maršál et al. 1996), ma non c'è ragione di pensare che questo fenomeno riguardi solo le gravidanze delle donne occupate. Tuttavia, gli studi che si concentrano in modo specifico sul nesso causale tra genere dei figli e mortalità della donna sono esigui, contraddittori e riferiti quasi esclusivamente alle società preindustriali (Helle et al. 2002; Van de Putte et al. 2004; Hurt et al. 2006; Cesarini et al. 2007).

Il numero dei figli è stato positivamente associato anche a diversi fattori di rischio per MC, come la sindrome metabolica (Catov et al. 2008), l'ipertensione (Brisson et al. 1999; Zimmerman e Hartley 1982), gli alti livelli di trigliceridi e i bassi livelli di colesterolo HDL (Catov et al. 2008), l'alto livello di BMI (Lawlor et al. 2003; Hardy et al. 2007), l'aumento del tono del sistema nervoso simpatico (Eller et al. 2011) e il diabete mellito di tipo II (Hardy et al. 2007). Ma nessuno studio finora si è concentrato sulle differenze legate al sesso dei figli.

Rispetto ai fattori socio-culturali, invece, l'effetto dei figli maschi sul rischio di sviluppare una malattia coronarica può essere verosimilmente interpretabile grazie al dato Istat, in base al quale in Italia i figli maschi dedicano decisamente meno tempo al lavoro domestico rispetto alle figlie femmine:

«fin da piccoli il contributo delle figlie al lavoro familiare è maggiore di quello dei maschi: mediamente le figlie spendono un'ora e quattro minuti della loro giornata in attività di lavoro familiare, a fronte degli appena 22 minuti dei figli. Il divario appare significativo già durante l'adolescenza e cresce all'aumentare dell'età, fino a raggiungere una differenza di un'ora e venti minuti dopo i 24 anni» (Romano 2012, p. 74).

Dalla nascita all'età adulta, il divario progressivo tra figli maschi e figlie femmine in termini di partecipazione ai lavori domestici appare coerente con la dimensione cumulativa dell'esposizione ai figli maschi riscontrata nell'analisi: l'esposizione prolungata per più di 20 anni ai figli maschi aumentava il rischio di MC del 136%, cosa che suggerisce un effetto cronico del doppio carico di lavoro sullo sviluppo della patologia.

Non mancano limiti e debolezze della fonte informativa dello Studio Longitudinale Torinese. Lo studio non permette di controllare per potenziali confondenti dell'associazione tra doppio carico e malattia coronarica, tra cui principalmente fattori di rischio per la MC eventualmente correlati con la presenza di figli nel nucleo familiare, come diabete, ipertensione, iperlipidemia, obesità. Poiché però non c'è nessuna prova in letteratura che questo accada solo tra donne occupate e non tra quelle non occupate, è assai improbabile che la mancata misura di questi fattori nello studio abbia influenzato i risultati.

Inoltre, a causa della cadenza decennale del censimento, questo studio classifica il numero dei figli al momento del censimento e assume che durante il periodo di osservazione il

numero di figli e la condizione professionale delle donne siano rimasti immutati, fatto che porterebbe aver portato a sottostimare il rischio vero. Un analogo effetto potrebbe derivare dal fatto che la sola informazione disponibile sull'occupazione al censimento potrebbe aver reso poco precisa la misura degli anni di esposizione combinata a lavoro retribuito e cura dei figli. Infine, l'assenza di dati sui livelli di *stress* da lavoro domestico ed extra-domestico a cui sono soggette le donne occupate potrebbe rappresentare un limite significativo. Per avvicinarsi a questo fattore sono state testate le interazioni tra il numero di ore lavorative settimanali e la presenza dei figli nel nucleo familiare, senza però ottenere alcun risultato significativo in termini di rischio. L'effetto del doppio carico di lavoro sul rischio di MC dovrebbe essere teoricamente maggiore per le donne esposte a fattori stressogeni sul lavoro. Il paradigma teorico dominante dello *stress* occupazionale è lo '*job strain model*' nel quale lo *stress* psicologico deriverebbe dall'interazione tra le richieste di lavoro ('*job demands*') e l'autonomia di decisione ('*job decision latitude*'): lo *stress* psicologico aumenterebbe quando il lavoratore si trova in una condizione di alto livello di richieste e di basso grado di autonomia decisionale e di controllo (Karasek 1979). Una recente meta-analisi degli studi longitudinali sulla relazione tra *job strain* e MC ha confermato la presenza di un significativo eccesso di rischio associato all'esposizione a *job strain*, evidenziando inoltre un maggior rischio a carico delle donne (RR=1,46) rispetto agli uomini esposti (RR=1,29) (Kivimäki et al. 2012). Utilizzando questo modello di *stress* occupazionale, Brisson et al. (1999) hanno osservato un incremento significativo della pressione arteriosa solo tra le donne occupate esposte ad alto *job strain* e ad elevato carico di lavoro familiare, mentre l'aumento non era significativo per le donne esposte solamente a uno di questi fattori.

In conclusione, i risultati emersi dallo studio longitudinale appaiono estremamente originali nel panorama dei contributi scientifici internazionali. In generale, comunque, i dati suggeriscono la necessità di attivare interventi di *policy* mirati, a partire dalla disciplina della flessibilità nei contratti di lavoro e dall'incentivazione del *part-time* volontario. Infatti, anche se oggi il mercato del lavoro si mostra decisamente meno strutturato di quanto fosse qualche decennio fa, si tratta in ogni caso di una 'flessibilità relativa'; «è ragionevole dunque ipotizzare che la partecipazione delle donne rimanga contrassegnata dalla discontinuità, cioè dall'alternarsi di presenze e assenze in relazione al ciclo di vita familiare» (Scisci 1999, p. 239). A questo proposito va precisato che, se da una parte i modelli coniugali tendono a evolvere sotto il profilo culturale verso una maggiore parità nella divisione dei compiti tra i partner, dall'altra tali aspettative sembrano realizzarsi solo negli intenti decisionali. Diviene pertanto necessaria una ridefinizione concreta dell'attività di *caring*, nell'ottica di favorire il bilanciamento della ripartizione dei compiti domestici e di cura dei figli all'interno del nucleo familiare; attività, queste, che risultano ancora oggi quasi esclusivamente a carico delle donne. Da ultimo, la presenza capillare e il potenziamento dei servizi rivolti all'infanzia si dimostrerebbero essenziale nel facilitare sia l'accesso e la permanenza delle donne nel mercato del lavoro sia una migliore conciliazione tra attività lavorativa e vita familiare.

BIBLIOGRAFIA

- Anxo D., Mencarini L., Paihlé A., Solaz A., Tanturri M.L., Flood L. (2011), Gender differences in time-use over the life-course. A comparative analysis of France, Italy, Sweden and the United States, *Feminist economist*, 17(3): 159-195.
- Brenzika V. and Kittel F. (1995), Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review, *Soc Sci Med*, 42(10): 1351-1365.
- Brisson C., Laflamme N., Moisan J., Milot A., Mâsse B., Vézina M. (1999), Effect of Family Responsibility and Job Strain on Ambulatory Blood Pressure Among White-Collar Women, *Psychomatic Medicine*, 61: 205-213.
- Catov J.M., Newman A.B., Sutton-Tyrell K., Harris T.B., Tylavsky F., Visser M., Ayonayon H.N., Ness R.B. (2008), Parity and Cardiovascular Disease Risk among Older Women: How Do Pregnancy Complications Mediate the Association?, *Annals of Epidemiology*, 18: 873-879.
- Cesarini D., Lindwist E., Wallace R.N. (2007), Maternal longevity and the sex of offspring in pre-industrial Sweden, *Annals of Human Biology*, 34(5): 535-546.
- D'Ovidio F., d'Errico A., Scarinzi C., Costa G. (2015), Increased incidence of coronary heart disease associated with "double burden" in a cohort of Italian women, *Soc Sci Med*, 135: 40-6.
- Eller N.U., Kristiansen J., Hansen A.M. (2011), Long-term effects of psychosocial factors of home and work on biomarkers of stress. *International Journal of Psychophysiology*, 79: 195-202.
- Employment Gazette (1994), Labour Force Survey: Help-Line, *Employment Gazette*, June.
- Fokkema T. (2002), Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands?, *Soc Sci Med*, 54: 741-752.
- Gershuny J. (2000), *Changing times: work and leisure in post-industrial society*, Oxford University Press, Oxford.
- Gove W.R. (1984), Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles, *Soc Sci Med*, 19: 77-91.
- Grzywacz J.G. and Marks N.F. (2000), Reconceptualizing the work-family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family, *J Occup Health Psychol*, 5: 111-26.
- Hardy R., Lawlor D.A., Black S., Wadsworth M.E.J., Kuh D. (2007), Number of children and coronary heart disease risk factors in men and women from a British birth cohort, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114: 721-730.
- Haynes S. and Feinleib M. (1980), Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham Heart Study, *Am J Public Health*, 70: 133-141.
- Helle S., Lummaa V., Jokela J. (2002), Sons Reduced Maternal Longevity in Preindustrial Humans, *Science*, 296(5570): 1085.
- Hibbard J.H. and Pope C.R. (1991), Effect of domestic and occupational roles on morbidity and mortality, *Soc Sci Med*, 32: 805-811.
- Hindmarsh P.C., Geary M.P., Rodeck C.H., Kingdon J.C.P., Cole T.J. (2002), Intrauterine growth and its relationship to shape at birth, *Pediatric Research*, 52: 263-268.
- Hurt L.S., Ronsmans C., Quigley M. (2006), Does the number of sons born affect long-term mortality of parents? A cohort study in rural Bangladesh, *Proc R Soc B*, 273:149-155
- Istat e CNEL (2013), *Rapporto Bes 2013. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, CSR, Roma.
- Istat (2013), *Occupati e disoccupati. Dati ricostruiti dal 1977*, Statistiche Report.
- Kaplan G.A. and Keil J.E. (1993), Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature, *Circulation*, 88: 1973-98.
- Karasek R.A. (1979), Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign, *Admin Science Q*, 24: 285-308.
- Kivimäki M., Nyberg S.T., Batty G.D. et al. (2012), Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data, *Lancet*, 380(9852): 1491-7
- Kotler P. and Wingard D.L. (1989), The Effect of Occupational, Marital and Parental Roles on Mortality: The Alameda County Study, *American Journal of Public Health*, 79(5): 607-612.
- LaHelma E., Arber S., Kivelä K., Roos E. (2002), Multiple roles and health among British and Finnish women: The influence of socioeconomic circumstances, *Soc Sci Med*, 54(5): 727-740.
- Lawlor D.A., Emberson J.R., Ebrahim S., Whincup P.H., Goya Wannamethee S., Walker M., Smith G.D. (2003), Is the Association Between Parity and Coronary Heart Disease Due to Biological Effects of Pregnancy or Adverse Lifestyle Risk Factors Associated With Child-Rearing?, *Circulation*, 107(9): 1260-4.
- Lee S., Colditz G., Berkman L., Kawachi I. (2003), Caregiving to children and grandchildren and risk of coronary heart disease in women, *American Journal of Public Health*, 93(11): 1939-1944.
- Lett H.S., Blumenthal J.A., Babyak M.A., Strauman T.J., Robins C., Sherwood A. (2005), Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment, *Psychosomatic Medicine*, 67: 869-878.
- Maršál K., Persson P.H., Larsen T., Lilja H., Selbing A., Sultan B. (1996), Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights, *Acta Paediatrica*, 85: 843-848.
- McLanahan S. and Adams J. (1987), Parenthood and Psychological Well-Being, *Annual Review of Sociology*, 13: 237-57.
- Mencarini L. (2012), Soddisfazione e uso del tempo nelle coppie italiane, in: Romano M.C., Mencarini L. e Tanturri M.L. (a cura di), *Uso del tempo e famiglia nel ciclo di vita*, Istat, Roma.
- Moen P., Dempster-McClain D., Williams R.M. (1992), Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health, *American Journal of Sociology*, 97: 1612-38.
- OECD (2013), *How's life? 2013. Measuring Well-being*, OECD Publishing.
- Romano M.C. (2012), Generazioni a confronto: un approccio triangolare allo studio del lavoro familiare, in: Romano M.C., Mencarini L. e Tanturri M.L. (a cura di), *Uso del tempo e ruoli di genere. Tra lavoro e famiglia nel ciclo di vita*, Istat, Roma.
- Ross C.E., Mirowsky J., Goldsteen K. (1990), The impact of the family on health: the decade in review, *Journal of Marriage and the Family*, 52: 1059-78.
- Saraceno C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Scisci A. (1999), La donna tra famiglia e lavoro: il caso italiano, *Studi di Sociologia*, 37(2): 235-253.
- Sieber S.D. (1974), Toward a Theory of Role Accumulation, *American Sociological Review*, 39: 357-78
- Tamimi R.M., Lagiou P., Mucci L.A., Hsieh C.C., Adami H.O., Trichopoulos D. (2003), Average energy intake among pregnant women carrying a boy compared with a girl, *BMJ*, 326: 1245-6.
- Thoits P.A. (1983), Multiple Identities and Psychological Well Being: A Reformulation and Test of the Social Isolation Hypothesis, *American Sociological Review*, 48: 174-87.
- Thom T. J. (1987), Cardiovascular disease mortality among United States women, In: Eaker E. D., Packard B., Wenger N.K., Clarkson T.B., Tyroler H.A. (eds), *Coronary Heart Disease in Women*, Haymarket Doyma, New York, pp. 33-41.
- Väänänen A., Kevin M.V., Ala-Mursula L., Pentti J., Kivimäki M., Vahtera J. (2004), The Double Burden of and Negative Spillover Between Paid and Domestic Work: Associations with Health Among Men and Women, *Women Health*, 40: 1-17.
- Van de Putte B., Matthijs K., Vlietinck R. (2004), A social component in the negative effect of sons on maternal longevity in pre-industrial humans, *Journal of Biosocial Science*, 36(3): 289-297.
- Waldron I. and Jacobs J.A. (1989), Effects of Multiple Roles on Women's Health. Evidence from a National Longitudinal Study, *Women and Health*, 15: 3-19.
- Waldron I., Weiss C.C., Hughes M.E. (1998), Interacting Effects of Multiple Roles on Women's Health, *Journal of Health and Social Behavior*, 39(3): 216-236.
- World Health Organization (1989), *World Health Statistics Annual*, World Health Organization, Geneva.
- Zimmerman M.K. and Hartley W.S. (1982), High blood pressure among employed women: a multi-factor discriminant analysis, *J Health Soc Behav*, 23: 205-20.

