



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle  
Relazioni Interpersonali

Elaborato finale

INVISIBILITÀ DEL LAVORO DI CURA NON PAGATO: INFLUENZA SULLA  
SALUTE MENTALE E SUL POTERE CONTRATTUALE DELLE DONNE,  
DIRITTI MANCATI E PROSPETTIVE

INVISIBILITY OF UNPAID CARE WORK: INFLUENCE ON WOMEN'S MENTAL  
HEALTH AND BARGAINING POWER, MISSING RIGHTS AND PROSPECTS

Relatore:

Prof.ssa Ginevra Maria Cristina

Laureanda: Pavanelli Giulia

Matricola: 1222057

Anno Accademico: 2022-2023

## INDICE

I.	INTRODUZIONE	pag. 4
II.	CAPITOLO 1: LA CURA	pag. 5
	1.1 Significato della cura e del doversi dare	pag. 5
	1.2 Stereotipi e ruoli di genere	pag. 5
	1.3 Studio del lavoro di cura non pagato	pag. 7
	1.4 Divisione del lavoro di cura non pagato in base al genere	pag. 8
III.	CAPITOLO 2: SVOLGERE LAVORO DI CURA NON PAGATO INFLUISCE SULLA SALUTE MENTALE DELLE DONNE?	pag. 10
	2.1 Percezione di sé	pag. 10
	2.2 Codipendenza	pag. 11
	2.3 Matrimonio	pag. 12
	2.4 Genitorialità	pag. 13
IV.	CAPITOLO 3: IL LAVORO DI CURA NON PAGATO INFLUISCE SUL POTERE CONTRATTUALE DELLE DONNE?	pag. 17
	3.1 Per la salute mentale delle donne è meglio svolgere un lavoro pagato o non pagato?	pag. 17
	3.1.1 Double workers	pag. 18
	3.1.2 Conflitto tra ruoli	pag. 18
	3.1.3 Doppia presenza	pag. 19
	3.1.4 Lavoro flessibile	pag. 20
	3.2 Lavoro di cura sommerso come unica possibilità di avere accesso a un lavoro pagato	pag. 21
	3.2.1 Caratteristiche	pag. 21
	3.2.2 Insicurezza lavorativa	pag. 22
V.	CAPITOLO 4: DIRITTI MANCATI E PROSPETTIVE	pag. 24
	4.1 Controllo	pag. 24
	4.2 Consapevolezza critica	pag. 25

4.3 Partecipazione	pag. 25
4.4 Ripensare al lavoro	pag. 26
4.5 Violenza economica	pag. 28
4.6 Salute mentale	pag. 29
4.7 Ripensare insieme il concetto di cura	pag. 30
VI. CONCLUSIONE	pag. 31
VII. BIBLIOGRAFIA	pag. 33

## INTRODUZIONE

Con *cura* si intende un pensiero attento e costante che impegna il nostro animo e le nostre attività. Nel tempo è stata concepita come un destino imposto alle donne, sulla base di caratteristiche biologiche, ruoli e stereotipi di genere.

La suddivisione del lavoro di cura non pagato all'interno di coppie eterosessuali è organizzata in base al genere; le donne svolgono molto più ore degli uomini in lavoro non salariato finalizzato al mantenimento della casa, al soddisfacimento dei bisogni dei figli e all'assistenza di persone malate. Il mancato riconoscimento sociale di questo lavoro, a partire dal contesto familiare, ha conseguenze negative sulla salute mentale delle donne che lo svolgono.

Relegare le donne al lavoro in ambito domestico ha effetti anche sul loro potere contrattuale, indebolendo la loro posizione nel mercato del lavoro e favorendo l'insorgenza di ulteriori sintomi psicologici. Spesso l'unico modo per avere accesso a un lavoro salariato e per gestire il conflitto dato dalla doppia responsabilità di fornire sia cura sia un'entrata economica alla famiglia, consiste nello svolgere lavoro di cura pagato sommerso, anch'esso caratterizzato da molteplici fattori di rischio per la salute mentale come fragilità e invisibilità.

In questo elaborato ci si propone di indagare quali sono le conseguenze del lavoro di cura non pagato sulla salute mentale e sul potere contrattuale delle donne e in che senso questo significa impedire loro empowerment e negare diritti come la parità di genere, la pari dignità sociale, la possibilità di realizzarsi professionalmente e l'inclusione

## **CAPITOLO 1: LA CURA**

### **1.1 SIGNIFICATO DELLA CURA E DEL DOVERSI DARE**

La *cura* è un interessamento essenziale e necessario a far fiorire la vita. Il nostro essere è costruito nelle relazioni e, nell'occuparsi di sé, delle cose e dell'altro, prendono forma le cose. Il termine racchiude i valori di sollecitudine e di tensione che ne accentuano le caratteristiche di impegno e concretezza dell'agire.

L'occuparsi attivamente rimanda a vari significati, tra cui quello patriarcale. Il termine infatti significa anche affanno, dedizione, diligenza, caratteristiche del lavoro femminile, socialmente considerato servile, privo di dignità e di riconoscimento. La cura è stata un destino imposto alle donne, alle quali sono state attribuite dedizione e subalternità attraverso la creazione e il mantenimento di stereotipi di genere. Il prendersi cura ha assunto la valenza di predisposizione naturale, che si è formata nel processo di crescita e che ha effetti a livello culturale. Concepire le donne come soggetti dotati di cura, traduce il loro impegno in attività concreta e di completa disposizione emotiva verso la famiglia, rendendo la pratica della cura una offerta irriflessiva di sé all'altro. Questo comporta lo sviluppo di una relazione di dipendenza in cui la donna si sostituisce all'altro, che viene così deresponsabilizzato. Il primo movimento per le donne non consiste nella scelta di volersi mettere in gioco all'interno di dinamiche con componenti di cura ma piuttosto nella responsabilità e nell'obbedienza. Si sottostà all'ordine ancora prima che vengano formulati e che vengano elaborati dei ragionamenti per decidere consapevolmente e liberamente se stare nella relazione e in che termini. Il doversi dare, legato a caratteristiche di natura biologica e culturale, si sostituisce al sapersi dare, solo perché l'altro c'è.

### **1.2 STEREOTIPI E RUOLI DI GENERE**

Nelle società patriarcali le donne sono obbligate ad assumere il ruolo di genere di casalinga (Vizard, 2019) e in generale di persona che si dedica all'altro con sacrificio, obbedienza e passività (Bozet et al., 2018), caratteristiche tipiche anche di altri ruoli di genere come quello di moglie e madre, che vengono interiorizzate con conseguenze negative (Soylu & Kağnıcı, 2015). Le donne sono le persone maggiormente

svantaggiate da ruoli e stereotipi imposti dalla società (Howard et al., 2017; Rosenfield & Mouzon, 2013; Vo et al., 2015; Wilhelm, 2014).

Le conoscenze delle caratteristiche tipicamente associate al *genere*, ovvero alla costruzione sociale simbolica circa ciò che una persona di un certo sesso biologico dovrebbe mettere in atto in termini di atteggiamenti e comportamenti (ruoli), vengono acquisite sin da piccoli. Socialmente il genere è ancora strettamente correlato al corredo biologico, si configura quindi come una categoria con forte potenziale induttivo, ovvero caratterizzata dalla capacità di prevedere, sulla base di poche informazioni, altre caratteristiche della persona descritta solo perché appartenente a quella specifica categoria. Sempre per lo stesso motivo, si colloca verso il polo dell'inalterabilità per cui è molto difficile perdere (o acquisire) l'etichetta assegnata. Il genere, poiché caratterizzato da induttività e immodificabilità, viene equiparato a delle categorie naturali e a un fenomeno biologico e non invece a norme sociali risultanti dai continui mutamenti culturali e storici (Fiske e Taylor, 2008).

Le rappresentazioni delle categorie sociali sono organizzate da *stereotipi*, ovvero insiemi di conoscenze stabili e rigide (Lippman, 1922) che operano fuori dalla consapevolezza. Si categorizzano gli individui in base a delle caratteristiche visibili, si attribuiscono delle caratteristiche al gruppo e a tutti i membri di quella specifica categoria (Snyder, 1981); rappresentano quindi dei gruppi e non gli individui. In questo modo si riduce la complessità della realtà e si organizzano le conoscenze in modo da essere elaborate meglio dal sistema di elaborazione, dotato di capacità limitata. La semplificazione dei fatti contribuisce a creare omogeneità di valori, a stabilire dei confini netti tra l'ingroup e l'outgroup, ad assicurare una visione del mondo coerente che fa sentire di essere dalla parte del giusto e che quindi giustifica condotte, anche negative come l'esercizio di potere e la sottomissione, rivolte ad altre categorie (Allport, 1954; trad. it. 1973, 266). Inoltre, regolano implicitamente le interazioni interpersonali, i comportamenti e i giudizi a tutti i livelli e determinano anche le prestazioni intellettuali. Poiché culturalmente prodotti, mantenuti e promossi, le caratteristiche associate al proprio gruppo di appartenenza vengono interiorizzate. Ad esempio, le donne bianche mostrano maggior senso di inferiorità rispetto agli uomini bianchi (Kling et al., 1999) perché socialmente in una posizione di inferiorità.

Gli *stereotipi di genere* si riferiscono in particolare a un insieme di credenze circa le caratteristiche fisiche, psicologiche e di personalità, i ruoli e i comportamenti rispetto al genere di appartenenza. Riflettono la percezione pubblica e socialmente condivisa delle differenze sessuali nei tratti di personalità e nei comportamenti (Lueptow et al., 2001). Gli stereotipi di genere si basano sui concetti di biologia e di essenzialismo e sono quindi molto forti, a tal punto che le donne stesse stereotipizzano molto l'ingroup e, più si identificano con il gruppo, più si riferiscono al sé e si descrivono con termini che si rifanno alla stereotipizzazione come madre, moglie, emotiva, affettuosa, empatica, gentile, supportiva, fragile, fedele, portata per la cura, disposta a sacrificarsi ecc... Spesso non è necessario interagire con una persona portatrice di stereotipi per sentirne la pressione; è sufficiente la consapevolezza sul radicamento e sulla condivisione degli stereotipi sul proprio gruppo per esserne influenzati. Ad esempio, le donne rivendicano molto meno degli uomini la leadership perché lo stereotipo di donna non è coerente con le caratteristiche associate allo schema di leader e sin dall'età scolare pensano di non essere adatte allo studio di materie scientifiche perché socialmente sono discipline in cui eccellono gli uomini. Queste sono alcune dimostrazioni della forza della *minaccia dello stereotipo*, un sentimento che ci fa pensare che saremo trattati e giudicati sulla base di stereotipi negativi attribuiti al nostro gruppo che involontariamente confermeremo con il nostro comportamento perché sotto pressione.

### 1.3 STUDIO DELLAVORO DI CURA NON PAGATO

Si definisce *lavoro* un'attività che potrebbe essere svolta da un'altra persona pagata (Miranda, 2011). Quando si parla di *lavoro di cura non pagato*, ci si riferisce all'insieme di compiti svolti gratuitamente finalizzati a garantire il mantenimento della casa e della famiglia, al soddisfacimento dei bisogni dei figli (Lachance-Grzela & Bouchard, 2010, p. 769) e all'assistenza a persone malate. L'*approccio economico* (Becker, 1965) allo studio del lavoro di cura analizza le attività dal punto di vista dei processi economici. In passato il lavoro svolto al di fuori del mercato del lavoro non era considerato tale ma piuttosto un piacere (Robbins, 1930). Ora le attività non salariate sono suddivise in lavoro domestico non pagato e piacere. La prima delle due aree comprende attività che producono risultati simili a quelli ottenuti da lavori pagati e che potrebbero essere svolte da terzi pagati; se ne può quindi stimare il costo (Kooreman & Kapteyn, 1987).

L'*approccio femminista* invece indaga perché la distribuzione del lavoro di cura non pagato non è equa e perché alle donne spettano i compiti quotidiani e meno piacevoli. Considerando fattori culturali e sociali, indaga come i costi economici associati a questo tipo di lavoro implicino per le donne una perdita di opportunità in ambito lavorativo, una perdita di piacere (Bianchi, Folbre, & Wolf, 2012, p. 58) e l'insorgenza di sintomi psicologici e relazionali.

Le teorie sviluppate dagli anni '60 ad oggi (Blood & Wolfe, 1960), riconoscono che il principale fattore nella gestione del lavoro di cura è il genere e ognuna identifica ulteriori fattori che ne influenzano l'assegnazione. Per la *teoria delle risorse relative*, il partner che ha un grado di istruzione più elevato e più risorse economiche, ha più potere per decidere quanto tempo dedicare al lavoro domestico (Knudsen & Waerness, 2007). Per la *teoria del tempo disponibile* invece è il tempo occupato fuori casa a svolgere lavoro pagato a influire sulla condivisione del lavoro di cura. (Artis & Pavalko, 2003; Davis, Greenstein, & Marks, 2007). La questione di genere spiega meglio perché le donne, nonostante abbiano più risorse e più tempo, sentano comunque la responsabilità di svolgere più lavoro per la famiglia (Evertsson & Neramo, 2007; Gupta, 2007; Lincoln, 2008); ad esempio, una retribuzione maggiore delle donne non coincide ad un aumento delle ore spese in lavoro non salariato da parte degli uomini (Gupta, 2006), mentre solitamente avviene il contrario.

#### 1.4 DIVISIONE DEL LAVORO DI CURA NON PAGATO IN BASE AL GENERE

L'assegnazione del lavoro di cura non pagato all'interno di coppie eterosessuali è mediata da ruoli e stereotipi di genere interiorizzati (Evertsson & Neramo, 2007; Gupta, 2007; Lincoln, 2008). Secondo una ricerca Istat [17], “gli uomini sono meno adatti ad occuparsi delle faccende domestiche” (31,5%) e per loro “è molto più importante avere successo nel lavoro rispetto alle donne” (32,5%) poiché “devono provvedere alle necessità economiche della famiglia” (27,9%). Nei Paesi sviluppati le donne svolgono circa 4 ore al giorno di lavoro non pagato rispetto a 2,5 ore degli uomini (United Nations Statistics Division, 2015). In Italia le donne si fanno carico del 74% del lavoro non retribuito svolgendo circa 5 ore e 5 minuti di lavoro non salariato al giorno mentre gli uomini un'ora e 48 minuti (Organizzazione Internazionale del Lavoro). In queste ore svolgono compiti assegnati loro in quanto donne, compiti di routine che occupano molto



tempo e ai quali non ci si può sottrarre. Lavare, pulire la casa, cucinare, sistemare dopo i pasti e fare la spesa sono le attività domestiche che occupano più tempo (U.S Department of Labor, 2014). Gli uomini generalmente svolgono lavori più occasionali e flessibili come riparazioni e manutenzione della casa e di beni appartenenti alla famiglia.

I ruoli di genere influenzano anche le pratiche della genitorialità. Negli Stati Uniti le donne con dei figli di età minore di 18 anni spendono circa 31 ore alla settimana in lavoro non pagato, oltre alle 22 ore impiegate in lavoro salariato (Pew Research Center, 2013). In Italia una donna con figli che ha un lavoro salariato a tempo pieno dedica fino a 60 ore totali di lavoro alla settimana mentre il partner maschile 47, con un divario di genere di 2 ore superiore alla media europea. Poiché investite dalla responsabilità del ruolo di caregiver principale (Doucet, 2015), passano molto tempo con i figli, spesso sole e in attività percepite poco divertenti, come i compiti. Gli uomini invece, dopo la nascita di un figlio, passano più ore a lavorare fuori casa e da padri svolgono attività meno frequenti, più divertenti e spesso con la madre presente (Craig, 2006; Milkie, Bianchi, Mattingly, & Robinson, 2002; Roeters, Van de Lippe, & Kluwer, 2009; Sullivan, 2013). In presenza di persone anziane e malate in famiglia, sono ancora le donne principalmente a svolgere il ruolo di caregiver, in particolare le figlie (Blau, Brinton, & Grusky, 2006; Morgan, Williams, Trussardi, & Gott, 2016).

## **CAPITOLO 2: SVOLGERE LAVORO DI CURA NON PAGATO INFLUISCE SULLA SALUTE MENTALE DELLE DONNE?**

Socialmente il lavoro di cura non pagato non è riconosciuto, è considerato servile e residuale. Non se ne coglie la complessità, nonostante sia caratterizzato da un dare e avere non equo, dalla mancata condivisione del lavoro, dall'impossibilità di sottrarsi ad esso, da un sovraccarico di responsabilità e da relazioni di dipendenza in famiglia. La percezione negativa delle donne che svolgono lavoro di cura non pagato comporta problemi di vario tipo come somatizzazione, disturbi del sonno, dell'umore, d'ansia, del comportamento alimentare e difficoltà nella gestione della rabbia.

In uno studio [20] per indagare la salute mentale, la percezione di sé e i livelli di codipendenza in donne sposate che vivevano in una famiglia con persone che necessitavano assistenza (32,9%) e con donne responsabili di tutti i lavori domestici (51,6%), il 62,5% delle partecipanti ha dichiarato di avere bisogno di un supporto psicologico.

### **2.1 PERCEZIONE DI SÉ**

Svolgere lavoro di cura non pagato è il fattore principale che determina il giudizio negativo delle donne su di sé (Daştan et al., 2015.). Nonostante il ruolo di caregiver sia molto difficile, vengono giudicate deboli, fragili e incompetenti. (Ançel, 2017).

L'approvazione degli altri (Kohut, 1986), le relazioni interpersonali e il giudizio e le aspettative degli altri (Tıraşoğlu & İpek, 2019) influenzano la *percezione di sé*, ovvero la considerazione generale che si ha di sé. Per conoscere il sé si compiono delle attribuzioni circa il nostro comportamento e quello degli altri; confrontandosi con le opinioni altrui si capisce come agire per essere socialmente accettati e si attuano quindi delle strategie per far corrispondere il proprio comportamento con dei modelli ideali e normativi. Il mancato riconoscimento sociale positivo può contribuire all'insorgenza e al mantenimento di una discrepanza tra il sé reale e il sé normativo, ovvero come si pensa di dover essere, con conseguente vissuto di ansia. Inoltre, dedicarsi totalmente alla cura può alimentare un'ulteriore discrepanza tra il sé reale e chi si vorrebbe essere, il sé ideale, favorendo così l'insorgenza di sintomi depressivi. Non vedersi riconosciute nonostante l'impegno a stare nel ruolo di genere, ha quindi conseguenze negative sulla percezione di sé e contribuisce ad alimentare l'invisibilità sociale, tipica di questo ruolo

e di quelli di madre e moglie, che a sua volta influisce negativamente sul giudizio di sé (Choudhary & Ahmad, 2017; Kaplan, 2021a, 2021b; Özcan et al., 2013; Pehlivan, 2015).

Le donne che si percepiscono negativamente si descrivono con termini riferiti alla salute mentale come ansiose, irritabili e stanche e mostrano bassi livelli di autostima, strettamente correlata al riconoscimento della propria identità sociale. Mostrano dei pattern comportamentali caratterizzati dalla volontà di rendere felici gli altri, da preoccupazioni gravi sul presente e sul futuro, da conflitti relazionali e dalla capacità di sopportare abusi (Bayat, 2003). La percezione di sé è correlata negativamente alla codipendenza.

## 2.2 CODIPENDENZA

Il costrutto di codipendenza è stato introdotto negli anni '80 per descrivere un insieme di pattern relazionali che inibiscono le funzioni personali. Il concetto, dapprima riferito a persone con dipendenza da alcol, con l'idea che fosse necessario un percorso di terapia non solo per loro ma anche per le rispettive famiglie (Krestan & Bepko, 1990), è stato poi esteso a tutti i soggetti coinvolti in relazioni patologiche con caratteristiche simili.

La *codipendenza* in famiglia si riferisce a una relazione di dipendenza che si sviluppa in nuclei familiari disfunzionali caratterizzati da relazioni non sane. Si instaura tra un soggetto trascurato che si dedica all'altro, che non si sente libero di esprimere le proprie emozioni, che si percepisce privo di potere, che ottiene gratificazione dal rapporto con altre persone e che ha paura di trovarsi in rapporti di dipendenza (Tousignant et Sioui, 2009) e altri membri della famiglia, in particolare quelli a cui viene rivolta la cura. Il bisogno dell'altro è il vincolo e la condizione che rende stabile il rapporto (Westermeyer, 2005); in particolare alcune caratteristiche del lavoro di cura come la continuità e la mancata condivisione delle responsabilità e dei compiti contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento della codipendenza (Ançel, 2017).

Alla fine degli anni '80 sono state individuate da studiose femministe delle caratteristiche in comune tra la codipendenza e il ruolo di donna. Lo sviluppo di questo tipo di dipendenza in famiglia, infatti, è associato direttamente alle aspettative del ruolo

di genere (Dear and Roberts, 2002), caratterizzato proprio dal focalizzarsi eccessivamente sull'altro ignorando le proprie esigenze, e alla distribuzione in base al genere del potere nella coppia. Con *potere* si intende l'abilità di riuscire a far fare agli altri quello che si vuole, nonostante ci siano delle resistenze iniziali (Cartwright & Zander, 1968). Diseguaglianze di potere determinano che le persone subordinate assumano dei pattern comportamentali volti alla sopravvivenza nel contesto dominante, paragonabile ad una oppressione interiorizzata (Kasl, 1992); la codipendenza si configura quindi come una gerarchia in cui una persona ha potere su un'altra subordinata, in questo caso la persona destinataria della cura su chi la pratica. Persone con alti livelli di codipendenza, infatti, percepiscono di avere meno potere nella coppia e riescono meno a prendere decisioni. Sentire di avere possibilità decisionale riflette le aspettative di genere; le donne che prendono poche decisioni sentono di avere meno potere di altre che ne prendono di più, questo invece non vale per gli uomini poiché tendenzialmente hanno più potere nella coppia.

La correlazione tra aspetti psicologici del potere, codipendenza e perdita di sé è molto forte. Donne in relazioni di codipendenza si definiscono con termini propri di questa condizione emotiva come protettrice, vittima e perfezionista. Sentono di rivestire il ruolo di salvatrici nel legame affettivo per poi diventarne vittime (Beattie, 2009). Hanno bassa autostima e una percezione di sé negativa, tendono ad essere perfezioniste, sperimentano la solitudine e sviluppano pensieri ossessivi sugli stessi problemi. Sentono un eccessivo senso di responsabilità che impedisce loro di manifestare assertività e che può condurre al burnout. In generale, la sintomatologia di donne con diagnosi di depressione è tipica anche di persone in relazioni di codipendenza. Le problematiche originate da questo tipo di relazione sono quindi fortemente correlate all'insorgenza di sintomi psicologici, quali disturbi di ansia, depressione, somatizzazione, disturbo ossessivo compulsivo e pensieri paranoici. Nello studio [20] citato precedentemente la comparsa di sintomi psicologici era data al 79% dalla situazione di codipendenza in cui erano inserite le donne del campione.

### 2.3 MATRIMONIO

Le donne sposate devono rispettare il ruolo di genere non solo di caregiver ma anche di moglie. Quando si indaga l'impatto del lavoro di cura, è importante considerare se le

donne sono sposate perchè il matrimonio è un fattore che correla con l'organizzazione del lavoro di cura (Chung & van der Lippe, 2018) e con il carico di lavoro domestico assegnato ai membri della coppia (MacDonald et al., 2005).

Ad esempio, donne single o divorziate dedicano meno tempo al lavoro di cura rispetto alle donne sposate senza e con figli; quest'ultime sono quelle che svolgono più ore di lavoro di cura in famiglia (Pepin et al, 2018). Le partners femminili lavoratrici, nonostante siano occupate in lavoro salariato nel mercato del lavoro pagato, hanno la responsabilità di svolgere più lavoro di cura in casa e mostrano livelli di distress e malattia mentale più alti degli uomini (Bartley et al, 2006). In generale la distribuzione non equa del lavoro di cura nella coppia ha effetti negativi sulla salute mentale e sulla qualità della relazione matrimoniale.

Le donne percepiscono di contare per il marito se le responsabilità del lavoro di cura sono assegnate equamente e se percepiscono di essere riconosciute dal partner con un atteggiamento non giudicante (Kawamura & Brown, 2010; Lachance-Grzela, 2012). Provano molto stress per l'ingiustizia subita di dover svolgere lavoro non pagato e ciò si traduce in conflitti quando il coniuge non riconosce la fatica e l'iniquità nella divisione delle mansioni; in questo senso le divergenze nella coppia sono maggiormente influenzate dalla mancata riconoscenza piuttosto che dal lavoro di cura in sé (Milkie et al., 2002). La suddivisione ingiusta dei lavori domestici riflette spesso un mancato riconoscimento di dignità per il lavoro svolto quotidianamente e ha ripercussioni sulla salute mentale perchè è associata sia a maggiori conflitti relazionali e a minore soddisfazione del matrimonio (Frisco & Williams, 2003) sia alla percezione negativa di sé.

## 2.4 GENITORIALITÀ

Le persone tendono a idealizzare la genitorialità e pensano che il ruolo genitoriale possa render loro felici e completi. Molti, dopo la nascita di un figlio, sentono di aver trovato il senso e lo scopo della propria vita (Kahneman et al., 2004; Nelson et al. in press; Umberson and Gove 1989), con ripercussioni positive sul benessere psicologico (Baumeister, 1991). Altre ricerche evidenziano che diventare genitori è deleterio per la salute mentale (Baumeister, 1991; Evenson and Simon, 2005; Kandel et al., 1985; Nomaguchi and Milkie, 2003) e che molti sperimentano il cosiddetto *paradosso della*

*genitorialità*, ovvero la discrepanza tra le aspettative e la realtà (Baumeister, 1991). Da analisi sia qualitative sia quantitative le donne dicono che prendersi cura dei propri bambini sia più stressante di svolgere un lavoro salariato (Guendouzi, 2005; Kahneman et al., 2004). I risultati contrastanti dei vari studi ci indicano che non è l'essere genitori in sé ad avere effetti positivi o negativi sulla salute mentale ma piuttosto come si concepisce questa nuova esperienza di vita e come si viene sostenuti nell'affrontarla.

Sicuramente la transizione alla genitorialità comporta dei cambiamenti, necessari per stabilire un nuovo equilibrio in famiglia. L'arrivo di un figlio è correlato ad un declino della soddisfazione di coppia (Kluwer, 2000) e ad un aumento del tempo speso in lavoro di cura non pagato (Gjerdingen & Center, 2005). Il nuovo ruolo assunto comporta per le madri circa 2,6 settimane di lavoro in più all'anno, dedicando al caregiving e al lavoro domestico circa 3 ore in più al giorno. Spesso quindi diminuiscono il loro orario di lavoro o addirittura interrompono il rapporto lavorativo per dedicarsi alla cura dei figli (Klerman & Leibowitz, 1999; Yeung et al., 2001), soprattutto se appartenenti alla classe media e medio-alta (Baxter et al., 2008; Belsky & Kelly, 1994; Singley & Hynes, 2005).

Questa organizzazione delle pratiche genitoriali molto comune in coppie eterosessuali riflette una concezione biologica di maternità per la quale è la madre il genitore migliore. Pensare di avere il ruolo di caregiver principale può contribuire allo sviluppo di due elementi importanti per l'autodeterminazione, ovvero il senso di competenza e il senso di autonomia, poiché si è autonome nella gestione della vita del proprio figlio. Allo stesso tempo, da un sondaggio online effettuato con 181 madri della classe media e medio-alta, di origine ed età diverse con bambini sotto i 5 anni [34], emerge che la credenza di essere il caregiver primario è correlata a problemi di salute mentale. Dalla correlazione tra i punteggi ottenuti da 3 delle 5 scale del questionario sulle credenze circa la maternità intensiva (IPAQ, Liss et al., 2012) e punteggi di salute mentale negativa, emerge una associazione diretta con livelli minori di soddisfazione della propria vita (SWLS; Diener et al. 1985), maggiori livelli di stress sperimentato quotidianamente (PSS; Cohen et al. 1983) e bassi livelli di supporto sociale (MSPSS; Zimet et al., 1988).

Se le donne interiorizzano l'idea di essere la figura migliore per accudire il proprio figlio, tendono a rifiutare aiuti esterni (Gaunt, 2008) e quindi a percepire poco supporto

sociale. Oppure può avvenire il contrario per cui ci si dedica da sole alla cura perché si percepisce non ricevere aiuto. Ad esempio, una delle cause dell'insufficiente sostegno in famiglia potrebbe risiedere nella sovrastima che fanno gli uomini circa il loro contributo al lavoro di cura, pensano infatti di occuparsene circa 40 minuti in più al giorno rispetto a quanto avviene in realtà. Sono soprattutto i partner che credono nell'uguaglianza a fare questo errore di valutazione, probabilmente per esser coerenti con i propri ideali (Townesley, 1998). La sovrastima viene registrata anche quando come strumento di ricerca si utilizzano i diari da compilare quotidianamente, scelti per cercare di ridurre il recall bias; questo potrebbe indicare che siano sinceramente convinti di fare già molto, rispetto però alle aspettative del proprio ruolo di genere e non ad una equa distribuzione del lavoro.

Il supporto dato dalle relazioni interpersonali è molto importante perché contribuisce a migliorare la percezione di sé e la gestione dello stress (Haslam et al., 2006), è correlato a minori livelli di stress (Mistry et al., 2007; Reifman et al., 1991; Terry et al., 1995) e depressione (Haslam et al., 2006; Mathiesen et al., 1999). In particolare, per le mamme il supporto più efficace è quello della famiglia (Parks et al, 1992), che attenua gli effetti negativi della maternità (Haslam et al. 2006).

Pensare che la madre sia il genitore principale, focalizzata sul proprio figlio e appagata da questa relazione, sono i tre principi della cosiddetta *maternità intensiva*. Questa concezione di maternità, introdotta da S. Hays nel 1996, è sempre più diffusa e concepisce la genitorialità come una pratica estremamente difficile e sfidante, che necessita di molte abilità per essere svolta efficacemente. I cinque fattori associati a questa idea sono appunto l'essentialismo, la concezione della madre come caregiver principale, la soddisfazione data dall'esercizio del ruolo genitoriale, l'organizzazione della vita centrata sul bambino e la credenza che la genitorialità sia difficile e stancante. Essere madre in questo modo ha conseguenze sulla salute mentale (Elvin-Nowak, 1999; Hays, 1996; Johnston and Swanson, 2006; Sutherland, 2010; Tummala-Narra, 2009) ed aumenta lo stress e il senso di colpa (Tummala-Narra, 2009; Sutherland, 2010). Per donne già molto stressate e con sintomi depressivi prima della maternità, svolgere questo compito risulta essere ancora più complesso.

La credenza di dover essere una “buona madre” per essere una “brava donna”, impedisce empowerment perché incoraggia a dedicare molte attenzioni ai figli, sacrificando altre aree della propria vita. I punteggi ottenuti dagli item riguardanti l’attenzione al bambino non correlano direttamente ad alti punteggi di stress e depressione (CES-D; Radloff, 1977) ma correlano negativamente con quelli ottenuti dalla scala per la soddisfazione della vita [34]. È probabile che molte donne si adattino e riorganizzino la loro vita per soddisfare i bisogni dei propri bambini ma ogni volta che pensano di dovere sottomettere le loro esigenze a quelli di altri, figli compresi, perdono la loro libertà personale, con conseguenze sul potere decisionale e contrattuale e sulla salute mentale.



### **CAPITOLO 3: IL LAVORO DI CURA NON PAGATO INFLUISCE SUL POTERE CONTRATTUALE DELLE DONNE?**

La divisione non equa del lavoro di cura non pagato ostacola la presenza qualitativa e quantitativa delle donne nel mercato del lavoro salariato, basti pensare che in Italia l'11,1% delle donne ha dichiarato di non aver mai lavorato per occuparsi dei figli e oltre un milione di madri occupate ha dovuto riorganizzare il proprio orario lavorativo (Istat, 2020). Il potere contrattuale delle donne è quindi influenzato dalle responsabilità della cura domestica, che influiscono sulla ricerca di lavoro e sulla negoziazione del contratto lavorativo. L'ingresso delle donne nel mercato del lavoro ha inciso sul ruolo tradizionale di caregiver e l'esigenza di voler inserirsi nel mercato del lavoro salariato è ancora spesso interpretata come una mera risposta ai bisogni economici della famiglia. Risulta difficile legittimare il percorso lavorativo delle donne e riconoscere loro il diritto di realizzarsi professionalmente.

#### **3.1 PER LA SALUTE MENTALE DELLE DONNE È MEGLIO SVOLGERE UN LAVORO PAGATO O NON PAGATO?**

Generalmente avere un lavoro pagato fuori casa è un fattore protettivo per l'insorgenza di sintomi psicologici. Secondo il *modello di deprivazione latente* di M. Jahoda (1982) il lavoro, in quanto attività centrale delle nostre vite, contribuisce al benessere della persona, favorendo lo sviluppo dell'identità e della posizione sociale; soddisfa bisogni sia latenti, ad esempio, fornendo occasioni di socialità e organizzando il tempo, sia manifesti con la retribuzione. L'aspetto monetario è molto importante; secondo J. Fryer le difficoltà finanziarie date dalla disoccupazione hanno ripercussioni sull'adattamento, sulla progettualità e sulla salute mentale (*Agency Restriction Theory*). Il ruolo di lavoratrice salariata protegge le donne dalla monotonia, dall'isolamento, dalla solitudine, dalla frustrazione di non essere riconosciute e dal basso status economico. Rivestire un ulteriore ruolo oltre a quello di persona dedita alla cura e affermare la propria competenza anche in un'altra area, protegge il concetto di Sé dalle minacce (*teoria dell'autoaffermazione*) ed è positivo in termini di autostima, riconoscimento sociale, prestigio e indipendenza economica (*role enhancement*).

### 3.1.1 Double workers

Si definiscono *double workers* le donne che contemporaneamente sono occupate in un lavoro salariato e hanno la responsabilità di tutti o gran parte dei lavori domestici. Si stima il loro orario lavorativo sommando le ore spese rispettivamente nel mercato del lavoro pagato e nella cura. Le donne che lavorano in totale più di 10 ore al giorno sono più grandi, sposate, inserite in coppie in cui il lavoro di cura non è equamente suddiviso, percepiscono di essere poco importanti e di avere scarso supporto sociale. L'insorgenza di sintomi psicologici è correlata significativamente con il numero di ore di lavoro totali in donne con livelli di istruzione inferiore perché spesso il lavoro salariato che svolgono è meno qualificato e simile a quello non pagato. Per le donne che hanno un livello di istruzione superiore invece è stata dimostrata una correlazione maggiore con l'assunzione del doppio ruolo in sé perché le richieste di un lavoro più qualificato sono discordanti con quelle della famiglia.

### 3.1.2 Conflitto tra ruoli

L'assunzione di più ruoli può suscitare la sensazione di essere oberati da più richieste e di dover adempiere a più obblighi, per cui la molteplicità dei ruoli può causare una sensazione di conflitto tra essi poiché sembrano inconciliabili (*role overload*). Emerge soprattutto quando si hanno dei figli in età prescolare e scolare (Allen & Finkelstein, 2014; Erickson et al., 2010); sono proprio le donne che dopo la nascita di un figlio interrompono il lavoro pagato o riducono l'orario lavorativo per cercare di ridurre il conflitto tra lavoro e famiglia (Abendroth et al., 2015; Bianchi & Milkie, 2010; Budig & England, 2001; Correll et al., 2007; Dechant & Blossfeld, 2015; Grunow & Evertsson, 2016; Ruling, 2007; Stone & Lovejoy, 2019). Quando si ha un doppio ruolo, la combinazione delle responsabilità del lavoro salariato e del lavoro di cura riduce i benefici del primo. Per le cosiddette *double workers* assumere un doppio ruolo è un fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi psicologici. Le donne sposate con lavoro salariato mostrano livelli di distress e malattia mentale più alti dei loro compagni (Bartley et al.) e si sentono stressate dal dover svolgere un ulteriore lavoro non pagato (Drydakis, 2015; Esteban-Gonzalo et al., 2018; MacDonald et al., 2005; Piovani & Aydiner-Avsar, 2021) soprattutto perché non è riconosciuto come un vero lavoro (Macdonald et al., 2015). All'interno del conflitto, le caratteristiche del nucleo familiare

non sono associate singolarmente all'insorgenza dei sintomi ma sono rilevanti se in concomitanza con un doppio turno di lavoro. I problemi di salute mentale che si traducono in distress sono dati infatti dall'interazione tra stressors, in questo caso lavorativi, e caratteristiche individuali (Johnson J V, Johansson G. *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health*. Amityville, NY: Baywood Publ. Co, 1991).

### 3.1.3 Doppia presenza

La presenza e la responsabilità contemporanea delle donne adulte verso il lavoro e la famiglia è detta *doppia presenza* (L. Balbo). In "*Inchiesta*, 32, 1978, pp 3-6" la sociologa introduce il concetto a partire dall'aumento dell'ingresso delle donne nel mondo del lavoro dei Paesi Occidentali nel secondo dopoguerra. Molte donne in quel periodo divennero più indipendenti economicamente e svilupparono atteggiamenti positivi verso il lavoro, senza però modificare i loro ruoli di mogli e madri. Si delineò così una nuova condizione di donna adulta caratterizzata dalla doppia presenza nel lavoro salariato e nella cura familiare. Con questa premessa *le donne nell'essere assenti o presenti, e in quali modi, nel mercato, rimangono condizionate dalla misura e dalla qualità del lavoro familiare*. Le condizioni di presenza e assenza sono le stesse per molte donne; fino al matrimonio e/o la nascita del primo figlio sono presenti a tempo pieno nella sfera del lavoro salariato poi si assentano e infine ritornano ma in doppia presenza. Di questo modello di vita adulta femminile si ha prima aspettativa e poi esperienza poiché è un'organizzazione promossa e resa funzionante dalla società. Il sistema è organizzato infatti per sfruttare il più possibile prima il potenziale lavorativo, poi riproduttivo e infine la combinazione di questi e per indurre le donne a "scegliere" la doppia presenza, che costituisce per molte l'esperienza di vita più duratura. Oltre a discriminare l'entrata nel mondo del lavoro pagato, impedisce di dedicare tempo a sé stesse, alla socialità e al riposo.

Nonostante sia stata formulata molti anni fa, la nozione di *doppia presenza* è ancora molto attuale e si realizza con costi e condizioni più tollerabili, ad esempio con soluzioni di lavoro part-time. Il mercato del lavoro riserva, infatti, alle donne lavori meno pagati, meno sicuri, nelle posizioni più basse, stereotipicamente femminili, discriminanti e in condizioni generali peggiori a parità di competenze (International

Labour Organization) perché si aspetta che si attueranno le dinamiche sistematizzate di presenza e assenza. Ad esempio, la probabilità di ottenere un contratto a lungo termine è più bassa rispetto agli uomini (Franco & Winqvist, 2022) e i lavori proposti sono molto brevi e necessitano di meno competenze di quelle che si hanno per essere svolti. Inoltre, la flessibilità e la disponibilità richieste dal mercato del lavoro salariato impediscono ancora di avere controllo sul proprio tempo e di dedicarsi ad altre attività. In questo senso la doppia presenza contribuisce ad alimentare l'abbandono di ricerca di lavoro, lo scarso prestigio sociale e la dipendenza economica delle donne.

#### 3.1.4 Lavoro flessibile

Data la provata difficoltà a bilanciare le responsabilità date dai diversi ruoli, un lavoro part-time potrebbe essere utile per placare il conflitto tra i ruoli e per gestire le due presenze parziali. Aspettarsi che le donne scelgano dei lavori flessibili per dedicarsi al lavoro si cura significa ricadere nello stereotipo di genere (Chung & van der Horst, 2018) ma, in assenza di reti di servizi, sembra essere ancora l'unica possibilità.

Il lavoro flessibile fornisce l'opportunità di decidere come organizzare l'attività lavorativa, lasciando libertà decisionale circa i tempi e il luogo del lavoro, dando la possibilità di iniziare e finire i turni quando e dove si preferisce per dedicarsi anche ad altre responsabilità in modo ottimale (Chung & van der Lippe, 2020). Può sembrare una buona soluzione per rispondere contemporaneamente alle esigenze sia del lavoro sia della famiglia, per aiutare le donne a stare in famiglia in momenti in cui la loro presenza si pensa sia necessaria, per incoraggiare una divisione più equa del lavoro domestico tra le coppie una volta diventati genitori (Abendroth et al., 2012; Chung & van der Lippe, 2020; Den Dulk et al., 2012; Eurofound & the International Labour Office, 2017). È proprio con il passaggio alla genitorialità che la domanda di lavoro flessibile aumenta poiché questa fase della vita predice un numero maggiore di ore dedicate al lavoro di cura non pagato (Baxter et al., 2008; H. Kim et al., 2019). Sembra possa essere una buona risorsa per ridurre il conflitto appena dopo la nascita di un figlio quando tendenzialmente le donne lavorano già meno ore. In realtà, molte soluzioni di lavoro flessibile richiedono più lavoro poiché i tempi e gli spazi non sono definiti chiaramente (Allen et al. 2015; Clark 2000; Kossek et al., 2006) e i lavoratori sono indotti a non sottrarsi ad ulteriori richieste, come spinti da un senso di gratitudine per aver potuto

usufruire di una questa modalità di lavoro, aumentando così il conflitto. In ogni caso, sembra che questo tipo di lavoro sia il migliore per chi ha figli, con conseguenze più positive sulla salute mentale rispetto a un lavoro non pagato o pagato e non flessibile. Quest'ultimo ha invece più benefici sulla salute mentale per donne senza figli perché hanno meno responsabilità domestiche ed è meno probabile che sviluppino un conflitto dato dalla doppia presenza. Per le donne senza figli, inoltre, il lavoro di cura non ha benefici e contribuisce ad indebolire la rete relazionale, correlata alla salute mentale. Le donne con figli invece possono sentirsi soddisfatte anche senza avere un lavoro pagato quando la cura è rivolta ai figli.

### 3.2 LAVORO DI CURA SOMMERSO COME UNICA POSSIBILITÀ DI AVERE ACCESSO A UN LAVORO PAGATO

Conciliare i tempi della doppia presenza risulta essere più facile quando il lavoro salariato può essere conciliato con la routine di lavoro di cura non pagato ed è analogo ad esso. Le donne trovano quindi occupazione nell'economia informale, caratterizzata proprio da flessibilità, che si configura spesso come l'unica scelta per avere accesso a un lavoro pagato. Le caratteristiche del lavoro di cura informale permettono di gestire il conflitto tra ruoli ma allo stesso tempo rappresentano per le lavoratrici stressors psicosociali.

#### 3.2.1 Caratteristiche

Questo tipo di lavoro sommerso è uno dei principali settori occupazionali, si è sviluppato e si mantiene con l'autorganizzazione e il fai da te e fornisce occupazione soprattutto alle donne (Hagemann, Diallo, Etienne, & Mehran, 2006; International Labour Organization, 2005 ). Caratterizzato da fragilità, offre lavori affini a quelli svolti nell'ambito della cura in famiglia, configurandosi quindi come una estensione del ruolo di caregiver. Le occupazioni sono flessibili, temporanee e precarie, poco salariate, con opportunità limitate e situate al di fuori della legalità; caratteristiche molto diffuse in ambienti lavorativi frequentati da donne lavoratrici (Countinho D. Prevalência de Doenças Mentais em Uma Comunidade Marginal: um Estudo do Maciel). Lavorare fuori dalla legislazione del lavoro contribuisce a sviluppare sintomi psicosomatici di ansia e depressione, frustrazione, sensazione di fallimento, insicurezza lavorativa, insoddisfazione per il proprio status lavorativo e socioeconomico e comportamenti a

rischio (Metcalf et al., 2003) che possono provocare morte per alcool e cancro da fumo (Kivimäki et al., 2003). Svolgere alcuni lavori in particolare, come quello dell'assistente familiare, è correlato all'insorgenza di sindrome da burnout, come reazione di difesa alla tensione emotiva cronica suscitata dal contatto prolungato con la sofferenza degli assistiti. Questo ruolo in particolare prevede la presa in cura intesa come l'insieme di competenze assistenziali, domestiche, empatiche, relazionali, comunicative (E. Quintavalle) e si configura come un lavoro molto sfidante perché prevede di fornire assistenza, empatia, protezione, fiducia e stimoli cognitivi in contesti fragili che mancano di riconoscimento di dignità e di valorizzazione nonostante sia un ruolo di rilievo con funzione strutturale poiché regge un sistema di stato sociale particolarmente debole.

### 3.2.2 Insicurezza lavorativa

L'*insicurezza lavorativa* è un costrutto recente che si riferisce alle aspettative circa la possibilità indesiderata di perdere in futuro il lavoro che si sta svolgendo (Vander Elst, De Witte & De Cuyper 2014, p.365). Da quando la flessibilità è diventata una caratteristica strutturale del mercato del lavoro, anche l'insicurezza lavorativa è diventata un elemento strutturale perché concerne un modo di pensare il lavoro (Crespo, Prieto Rodríguez, & Serrano Pascual, 2009). Si distingue in *oggettiva* quando connessa a variabili strutturali osservabili, *soggettiva* quando invece riguarda la percezione della propria situazione, *cognitiva* in riferimento alla cognizione della perdita ed *affettiva* intesa come la paura della perdita. Quando si percepisce di non avere potere nel mantenere la continuità del lavoro come si vorrebbe, si ha paura non solo di perdere il lavoro ma anche delle possibili conseguenze su di sé, sulla famiglia e a livello sociale date da un eventuale peggioramento dello status economico. Prendendo in considerazione il modello della deprivazione latente di Jahoda, l'aspettativa di perdere il lavoro e la soddisfazione delle rispettive funzioni latenti produce gli stessi effetti sulla salute dati dalla reale perdita del lavoro. Il lavoro precario può quindi avere gli stessi effetti, se non peggiori, della disoccupazione (Crespo et al., 2009; Torraco, 2016). L'insicurezza lavorativa è quindi uno stressor lavorativo che causa impatto negativo sul benessere, tanto da esser considerata uno dei maggiori stressors della sfera lavorativa della società contemporanea (De Cuyper et al., 2008; Society for Human Resource

Management, 2011). È stata dimostrata una forte correlazione tra l'insicurezza lavorativa e l'insorgenza di sintomi depressivi come sentirsi tristi, privi di energie, di interessi e di prospettive e predice l'utilizzo di farmaci antidepressivi (Rugulier et al., 2010). È inoltre associata all'insorgenza di ansia e di burnout. Depressione e burnout potrebbero essere correlati direttamente con le condizioni lavorative e sono associati a variabili come età, sesso e livello di istruzione. La frustrazione all'incontrollabilità può essere gestita diversamente in base alle differenze individuali come l'età (Cheng and Chan, 2008) e l'occupabilità (Silla et al., 2009) e alle strategie di coping; per diminuire la paura è importante percepire avere gli strumenti necessari per affrontare la situazione lavorativa incerta. Ad esempio, persone con autostima basata sulla performance, motivate ad ottenere e a mantenere l'approvazione degli altri ottenendo risultati, provano più incertezza lavorativa poiché tendono di più ad investire in aree in cui poter raggiungere degli obiettivi. Può essere cronica, ha un tasso di insorgenza maggiore rispetto a chi ha un lavoro stabile e regolato (Ferrie et al., 2002) e danneggia di più le donne. Ha un ruolo moderatore sulla salute mentale insieme a variabili lavorative come il salario, la soddisfazione del lavoro, i ritmi e il supporto in famiglia. Il suo effetto ha impatto additivo con altri fattori come la stratificazione etnica e sociale, la negazione nel mercato del lavoro salariato, le condizioni di chi vive in uno status socioeconomico basso e le responsabilità della doppia presenza.

In generale, le lavoratrici e i lavoratori dell'economia informale sono marginalizzati, sono esposti a maggiori rischi sul posto di lavoro e hanno accesso limitato alle protezioni sociali. Da una revisione sistematica della letteratura e da una metanalisi circa l'utilizzo dei servizi per la salute e l'outcome [30], è emerso che chi lavora nel mercato del lavoro informale tende ad usufruire meno del servizio sanitario e ha tassi di insorgenza di depressione maggiori rispetto a chi è occupato in settori formali con contratti in regola.

L'alta percentuale di donne coinvolte, poiché escluse dal mercato del lavoro salariato regolato, riflette invisibilità ed esclusione sociale. La diffusione di questo tipo di lavoro sommerso rispecchia le dinamiche della discriminazione di genere e l'assenza di riconoscimento dei diritti del lavoro.

## CAPITOLO 4: DIRITTI MANCATI E PROSPETTIVE

Dover svolgere lavoro di cura non pagato influisce negativamente sulla salute mentale e sul potere contrattuale delle donne. Molti problemi psicosociali come questi derivano da situazioni di ineguaglianza economica e partecipativa, risultanti dall'interazione tra soggetti, setting e sistemi. In particolare, quando nella relazione di interdipendenza tra la persona e il setting, le capacità adattive sono limitate dal setting stesso. La questione sociale del lavoro di cura non pagato può essere affrontata attuando dei cambiamenti a tutti i livelli, adottando un'ottica proattiva che miri alla rimozione delle condizioni che minano il benessere delle donne che lo svolgono, valutandone i bisogni e promuovendone le risorse e l'empowerment. La distribuzione non equa del lavoro di cura non pagato tra uomini e donne rappresenta una violazione dei diritti delle donne (Nazioni Unite, 2013). Secondo la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW), con "discriminazione contro le donne" si intende *ogni esclusione o limitazione effettuata sulla base del sesso che ha l'effetto o lo scopo di compromettere o nullificare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro stato civile e sulla base della parità dell'uomo e della donna, dei diritti umani e delle libertà fondamentali nel settore politico, economico, sociale, culturale, civile, o in ogni altro settore.*

### 4.1 CONTROLLO

Per le persone è essenziale sentire di avere potere e controllo sulla propria vita. Spesso le donne che svolgono lavoro di cura non pagato si sentono al servizio dello spazio che abitano, senza libertà di poter decidere per sé stesse e di immaginarsi in altri ruoli e spazi. Facilitare empowerment significa accompagnarle a comprendere che possono esserci altre possibilità, partendo dal riconoscimento delle proprie potenzialità e del proprio valore. Molte donne che svolgono lavoro di cura, sia non pagato sia pagato sommerso, mancano di orgoglio quando parlano della propria mansione (M. Stropkovicova, 2006). Riconoscere il valore economico ed umano del lavoro di cura potrebbe aiutarle a recuperare la componente di orgoglio mancante e progettualità.



## 4.2 CONSAPEVOLEZZA CRITICA

Una delle componenti del processo di empowerment è la capacità di comprendere i contesti di vita in cui si è inseriti; solo con la comprensione dei meccanismi di influenza si può desiderare il cambiamento e considerarlo possibile. La conoscenza è possibile grazie all'esercizio del potere che consente di esplorare e di confrontarsi con altre possibilità e scenari; le conoscenze viceversa accrescono il potere. Si configura quindi necessario rafforzare i sistemi educativi e renderli accessibili a tutte, creare ambienti supportivi, divulgare conoscenza circa le dinamiche di genere, progettare interventi in cui si insegnino l'esercizio dell'assertività, la riduzione del conflitto, il diritto a validare le proprie emozioni e a discutere della gestione del lavoro domestico. Già alle scuole superiori molte ragazze sono convinte che dovranno svolgere più lavoro di cura dei loro partners maschili e sono orientate nella scelta di percorsi universitari che possano rendere possibile la conciliazione delle attività di studio con quelle di cura (G. Del Pino et al., 2013; O'Brien, Friedman, Tipton & Linn, 2000). Secondo la Commissione sulle Determinanti Sociali della Salute, è fondamentale *eliminare i bias e gli stereotipi di genere nell'ambito dell'educazione e della formazione per garantire la partecipazione*. Come sancito nell'Articolo 10 della CEDAW, è necessario impegnarsi a *garantire le stesse condizioni di orientamento professionale e di carriera, di accesso agli studi e di conseguimento di diplomi negli istituti di istruzione di ogni ordine e grado, [...], fornire le stesse opportunità di accesso a programmi di istruzione continua e l'accesso a informazioni specifiche di carattere educativo per contribuire ad assicurare la salute ed il benessere delle famiglie, tra cui informazioni e consigli relativi alla pianificazione familiare*.

## 4.3 PARTECIPAZIONE

Attraverso la partecipazione le persone prendono parte attivamente ai processi decisionali negli ambienti che li riguardano, nei programmi, nelle organizzazioni e nelle istituzioni. Favorire forme di partecipazione induce nelle persone l'idea di contare e di avere potere sulle decisioni, oltre a favorire senso di autoefficacia e di appartenenza, fattori protettivi per una buona salute mentale. Per questo ogni persona dovrebbe avere le conoscenze e le competenze per comprendere ciò che riguarda la propria vita, la possibilità di portare l'attenzione sui bisogni e sulle priorità e di agire su di essi

prendendo parte ai relativi processi decisionali. La possibilità di partecipazione è correlata al potere e va promossa a tutti i livelli affinché venga garantita alle donne che svolgono lavoro di cura non pagato. A microlivello in famiglia, per cui rendere salariato il lavoro di cura potrebbe aiutare ad aumentare il potere della donna nella coppia, spesso esclusa dai processi decisionali per la mancanza di reddito; nelle reti sociali promuovendo ad esempio la creazione di gruppi di confronto tra donne in cui discutere della propria condizione *e la partecipazione ad organizzazioni non governative ed associazioni che si occupano della vita pubblica e politica del Paese (Art.7, CEDAW)*. A livello organizzativo dando la possibilità alle donne di occupare posizioni di leadership poiché tra i fattori che contribuiscono a rinforzare gli svantaggi lavorativi rientrano la scarsa rappresentazione e lo scarso potere delle donne nel mercato del lavoro salariato, come previsto da alcuni target della “Strategia Nazionale per la Parità di Genere 2021/2026” che prevedono di *incrementare la quota di donne nei Cda delle aziende quotate dal 38,8% a più del 45%* e in generale *di aumentare la quota di donne in posizioni apicali e di direzione dal 24% al 35%*. A macrolivello con interventi e servizi che mirino a ridurre le disuguaglianze di genere, a garantire i diritti *di poter partecipare all’elaborazione delle politiche di governo ed alla loro attuazione e altresì di ricoprire cariche pubbliche e di esercitare tutte le funzioni pubbliche ad ogni livello dell’amministrazione statale (Art.7, CEDAW)*, applicando ad esempio in tutte le regioni *leggi elettorali che includano il principio di parità di genere sia nelle liste elettorali sia nell’espressione di voto (Strategia Nazionale per la Parità di Genere 2021/2026)*. La promozione della partecipazione è uno degli obiettivi dell’”Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile”, sottoscritta nel settembre del 2015 da 193 paesi dell’ONU, che si propone di *garantire piena ed effettiva partecipazione femminile e pari opportunità di leadership ad ogni livello decisionale in ambito politico, economico e della vita pubblica (Ob 5.5)*.

#### 4.4 RIPENSARE AL LAVORO

Per favorire empowerment economico è necessario ripensare alle dinamiche lavorative e garantire non solo l’accesso ma anche la permanenza delle donne nel mercato del lavoro salariato. Il *gender pay gap* e il *maternity wall* sono due esempi di discriminazione di genere sul luogo di lavoro; il primo si riferisce al divario salariale di genere per cui le donne ricevono una retribuzione minore a parità di competenze e di orario lavorativo, il

secondo invece a discriminazioni subite da madri lavoratrici e in cerca di lavoro per via della loro maternità passata, presente o futura. Riflette una discriminazione di genere anche la segregazione occupazionale sia orizzontale, ovvero la diffusa occupazione di donne in lavori stereotipicamente femminili nel settore terziario, sia verticale, ovvero il cosiddetto *tetto di cristallo*, fenomeno per cui le donne non riescono ad accedere alle posizioni lavorative di più alto livello per via di discriminazioni legate al genere che si traducono in ostacoli psicologici, sociali e culturali. Superare queste dinamiche ed eliminare gli stressors lavorativi, potrebbero essere un punto di partenza, così come sviluppare nuove possibilità di scelta di soluzioni flessibili in modo consapevole e non indotto. È importante ripensare a un welfare che soddisfi i bisogni in ambito lavorativo, per esempio con politiche migliori sulla maternità e in generale sui congedi parentali, e con soluzioni che aiutino a non rinunciare al lavoro pagato per dedicarsi alla cura dei figli come asili nido per tutti.

Impegnarsi per la parità di genere sui luoghi di lavoro significa rispettare i diritti delle donne, garantiti a vario livello. Nella Costituzione, ad esempio nell'Articolo 37 in cui si garantiscono *pari diritti alle donne lavoratrici riconoscendo loro stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano ai lavoratori e condizioni di lavoro che assicurino la possibilità di adempiere alle funzioni familiari* e l'Articolo 36 per cui *ogni persona che lavora ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e alla qualità di lavoro, in modo da assicurare una vita dignitosa e libera a sé e alla propria famiglia*. Anche a livello internazionale è garantita la parità tra uomini e donne in ambito lavorativo come, ad esempio, nell'Articolo 23 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, in cui si afferma che *la parità deve essere assicurata anche in ambito occupazionale e retributivo*, nell'Articolo 23 della Carta dei Diritti Umani, in cui si sancisce che *ognuno ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell'impiego e ad eguale retribuzione per uguale lavoro senza discriminazioni* e nell'Articolo 11 della CEDAW in cui si garantisce il *diritto alle stesse opportunità di occupazione, compresa l'applicazione degli stessi criteri di selezione in materia di occupazione, il diritto alla parità di remunerazione, l'istituzione di prestazioni sociali che permettano di non perdere l'occupazione e che consentano ai genitori di conciliare gli obblighi familiari con le responsabilità professionali e la partecipazione alla vita pubblica*. Garantire a tutte le persone un'occupazione produttiva, un lavoro dignitoso e

un'equa remunerazione per lavori dello stesso valore sono tra gli obiettivi che ci si impegna a raggiungere entro il 2030 (Ob. 8.5, Agenda 2030).

Inoltre, sarebbe importante rendere formale l'incontro tra domanda e offerta nell'ambito di lavoro di cura sommerso, settore regolato da diverse leggi e provvedimenti tra cui la Convenzione ILO n°189 che riconosce i diritti basilari dei lavoratori domestici, come il diritto ad avere un adeguato stipendio mensile, alla previdenza sociale, all'adesione a sindacati e al trattamento riservato a tutti i lavoratori garantiti dalla legislazione lavorativa e il Contratto Collettivo Nazionale sulla Disciplina del Rapporto di Lavoro Domestico che si applica agli assistenti familiari, agli addetti del funzionamento della vita familiare e di tutte le convivenze strutturate come una famiglia e che definisce le caratteristiche del rapporto di lavoro e regola i rapporti tra le controparti.

#### 4.6 VIOLENZA ECONOMICA

Nel 2020 solo 3 donne su 10 hanno dichiarato di avere un conto corrente proprio e il 27% si è definita padrona del proprio denaro (DiRe). Nonostante sia uno strumento in sé neutro, spesso le donne sono sottoposte a ricatti affettivi che si rifanno ai significati che ruotano intorno ad esso. La matrice del disagio spesso risiede nella relazione di dipendenza economica che può assumere le dinamiche di una relazione di violenza. Con *violenza economica* si intende il controllo e il monitoraggio del comportamento di una persona su un'altra rispetto all'uso e alla distribuzione del denaro, con la minaccia di negare risorse necessarie, impedendo di potere gestire le finanze autonomamente e addirittura di avere un'entrata personale di cui poter usufruire liberamente per soddisfare i propri bisogni e desideri. Può configurarsi come violenza privata (Art. 610, Codice Penale), come controllo e limitazione della libertà personale (Art. 600, Codice Penale) e come forma di maltrattamento in famiglia poiché provoca alla vittima uno stato di sofferenza continua e ne offende la dignità (Art.571, Codice Penale) Rientra nella definizione sia di *violenza contro le donne* perché consiste in una discriminazione nei loro confronti sia di *violenza domestica*, intesa come *un insieme di atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno di una famiglia [...] (Art. 3, Convenzione di Istanbul)*. La violenza economica è infatti correlata ad altri tipi di violenza, in particolare psicologica e fisica; nei centri antiviolenza sono molte le donne che dichiarano di essere state vittime di questa violenza invisibile. Per questo è

importante considerare i soldi come strumento per l'emancipazione ed è fondamentale garantire autonomia economica, oltre a quella relazionale; l'empowerment economico è quindi un fattore protettivo per l'insorgenza di dinamiche di violenza. Rendere il lavoro di cura non pagato salariato potrebbe aiutare a favorire processi di empowerment e di indipendenza.

#### 4.6 SALUTE MENTALE

Il 39% delle donne dichiara di non potersi permettere di intraprendere un percorso psicologico (Eige). Bisogna quindi progettare interventi e servizi che rispondano prontamente ai bisogni psicologici per poter garantire a tutte il diritto alla salute mentale, componente essenziale della concezione più ampia di salute, intesa come *stato di completo benessere, fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità* (OMS). Avere la possibilità di accedere ai servizi della salute mentale è un esercizio di potere e di autonomia che favorisce il processo di autodeterminazione. Sulla salute mentale delle donne hanno forte incidenza le dinamiche familiari, lavorative e relative al basso stato socioeconomico. I tassi di insorgenza di sintomi psicologici nelle donne emergono proprio nei Paesi Europei in cui il divario di genere è più alto; i bassi punteggi della parità di genere, ottenuti con la misurazione dell'indipendenza economica, dell'occupabilità e della partecipazione politica, sono associati a livelli di depressione più alti tra le donne (Chan et al., 2005). Poiché le norme e gli stereotipi di genere correlano con stati di salute mentale non buoni, è importante promuovere la parità di genere a macrolivello; il genere è una importante determinante sociale della salute. Il lavoro di cura non pagato, essendo una questione di genere e una estensione del *gender pay gap*, va ripensato affinché non sia per le donne un fattore di rischio come lo è ora.

In generale bisognerebbe supplire all'assenza di welfare per rispondere alle fragilità e alle sfide del lavoro di cura, un crocevia di fenomeni sociali, politici ed economici come l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro, i servizi di supporto per la famiglia, la povertà, l'indebolimento delle reti familiari, l'invecchiamento della popolazione, ecc... La revisione e la riprogettazione dei servizi dovrebbero avvenire all'interno di un cambiamento dei modelli socioculturali, sulla base dell'integrazione di conoscenze sociali, economiche, politiche e cliniche. Solo in questo modo sarà possibile realizzare

*l'Obiettivo 5.4 dell'Agenda 2030, ovvero riconoscere e valorizzare la cura e il lavoro domestico non retribuito, fornendo un servizio pubblico, infrastrutture e politiche di protezione sociale e la promozione di responsabilità condivise all'interno delle famiglie [...].*

#### 4.7 RIPENSARE INSIEME IL CONCETTO DI CURA

È necessario ripensare al concetto di cura come responsabilità sociale e allo spazio al servizio di chi lo abita e non viceversa, con la consapevolezza di tutte le persone di poter svolgere sia lavoro pagato sia non pagato potendo appoggiarsi su dei servizi di supporto. Fondamentale è liberare la pratica di cura dal carattere assistenzialistico e sacrificale che la caratterizza in favore di un concetto di cura come cura del vivere, evidenziandone il carattere relazionale che superi l'essentialismo e che colga la complessità dei ruoli. Riconoscere un valore economico al lavoro di cura significa decostruire la credenza che si tratti di una responsabilità innata e di una predisposizione femminile e rendere visibili le lavoratrici invisibili.

## CONCLUSIONE

Avere il compito di svolgere lavoro di cura non pagato ha un forte impatto sulla vita delle donne. Dedicarsi a questo tipo di lavoro toglie loro tempo, risorse e limita la possibilità di godere del miglior benessere possibile, psicologico, fisico, economico e sociale.

Il mancato riconoscimento sociale della cura influisce negativamente sulla percezione di sé, sul giudizio di sé e sull'autostima delle donne. La distribuzione non equa del lavoro di cura non pagato favorisce l'insorgenza di relazioni di codipendenza in famiglia, in cui le donne assumono la posizione di soggetti subordinati. Il tempo dedicato al lavoro di cura è sottratto a quello del lavoro salariato; la difficoltà nella gestione della doppia presenza influisce negativamente sulla salute mentale, sul potere contrattuale e sull'indipendenza economica delle donne.

Le donne che svolgono lavoro di cura non pagato si definiscono ansiose, irritabili e sole e sono esposte a numerosi fattori di rischio correlati all'insorgenza della sintomatologia tipica di disturbi d'ansia, depressivi e del sonno, della somatizzazione e di burnout.

La consapevolezza dell'impatto del lavoro di cura non salariato, dei ruoli e degli stereotipi di genere dovrebbe incoraggiare un cambiamento culturale. I contesti, a tutti i livelli, dovrebbero creare le condizioni per favorire una cultura di conciliazione che promuova la partecipazione alla cura di tutti i soggetti coinvolti e per garantire benessere ed empowerment alle donne. Fondamentale è garantire loro i diritti sanciti a livello nazionale ed internazionale, l'accesso alle conoscenze per avere consapevolezza e controllo sulla propria condizione, la partecipazione al mercato del lavoro pagato e alla politica, un reddito per essere indipendenti economicamente e il diritto di godere di una buona salute mentale e fisica, con misure che vietino ogni discriminazione. Per questo è importante continuare a svolgere ricerca sulle tematiche di genere, ad esempio studiare le dinamiche all'interno di coppie eterosessuali e non e approfondire quali sono i bisogni sociali, psicologici e fisici di chi svolge lavoro di cura non pagato e di chi vive intorno alle donne che lo svolgono.

Pensare quindi alla cura come termine dotato di più significati, personale, sociale e politico e restituire dignità al termine, all'interno di un più ampio cambiamento dei

*modelli socioculturali di comportamento degli uomini e delle donne, al fine di conseguire l'eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di ogni altro genere che sono basate sull'idea dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o su ruoli stereotipati per gli uomini e per le donne (Art.5, CEDAW).*



## BIBLIOGRAFIA

1. Abendroth, A. (2022). *Transitions to parenthood, flexible working and time-based work-to-family conflicts: A gendered life course and organisational change perspective* | *Journal of Family Research*.  
<https://ubp.uni-bamberg.de/jfr/index.php/jfr/article/view/730>
2. Balbo L. (1978), *La doppia presenza*, «Inchiesta», 32, pp. 3-6.
3. Blom, V., Richter, A., Hallsten, L., & Svedberg, P. (2018). The associations between job insecurity, depressive symptoms and burnout: The role of performance-based self-esteem. *Economic and Industrial Democracy*, 39(1),48–63. <https://doi.org/10.1177/0143831X15609118>
4. *Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea*  
<https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/charter-of-fundamental-rights-of-the-european-union.html>
5. *CEDAW home page*.  
[http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl\\_2\\_testi/b\\_patti\\_conv\\_protoc/a\\_testi\\_7\\_con\\_v\\_pricip/d\\_cedaw\\_donne/home\\_cedaw.html](http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/b_patti_conv_protoc/a_testi_7_con_v_pricip/d_cedaw_donne/home_cedaw.html)
6. Chemotti, S. (2015). *La cura come relazione con il mondo. Sapienza delle donne, costruzione o costrizione?* Il poligrafo.
7. Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro Domestico  
<https://assindatcolf.it/informazioni-tecniche/contratto-nazionale-del-lavoro/>
8. Cowan, G., Bommersbach, M., & Curtis, S. R. (1995). Codependency, Loss Of Self, And Power. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 221–236.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00289.x>
9. Dalal K. (2011). Does economic empowerment protect women from intimate partner violence? *J Inj Violence Res*; 3(1):35-44. doi: 10.5249/jivr.v3i1.76.
10. *Esame delle proposte di legge 1818 (Murelli) e 1885 (De Maria) in materia di lavoro, occupazione e produttività*. (2020, November 12).  
<https://www.istat.it/it/archivio/250219>
11. *Gender Equality Index 2021: Health*. (n.d.). European Institute for Gender Equality. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2021-health>
12. *Gli stereotipi sui ruoli di genere e l'immagine sociale della violenza sessuale*. (2022, September 22). <https://www.istat.it/it/archivio/235994>

13. <https://documenti.camera.it/Leg18/Dossier/Pdf/AC0340.Pdf>
14. <https://www.diritto.it/parita-di-genere-a-lavoro-le-nuove-regole/>
15. *Il lavoro non retribuito di assistenza e cura alla persona incide sulle prospettive occupazionali e sulla qualità del lavoro delle donne italiane*. (2018a, June 28). [https://www.ilo.org/rome/risorse-informative/comunicati-stampa/WCMS\\_633451/lang--it/index.htm](https://www.ilo.org/rome/risorse-informative/comunicati-stampa/WCMS_633451/lang--it/index.htm)
16. Iori, V. (2008). *Nuove fragilità e lavoro di cura*. Unicopli.
17. Istat (2019), Report sugli stereotipi di genere
18. *Istat.it - Violenza sulle donne*. (n.d.). <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-contesto/normativa-internazionale>
19. Jung, A.-K., & O'Brien, K. M. (2019). The Profound Influence of Unpaid Work on Women's Lives: An Overview and Future Directions. *Journal of Career Development*, 46(2), 184–200. <https://doi.org/10.1177/0894845317734648>
20. Kaplan, V. (2022). *Mental Health States of Housewives: an Evaluation in Terms of Self-perception and Codependency*. SpringerLink. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-022-00910-1>
21. *La Costituzione | Senato della Repubblica*. (n.d.). <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione>
22. Llosa, J. A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E., & Rodríguez-Suárez, J. (2018). Job insecurity and mental health: A meta-analytical review of the consequences of precarious work in clinical disorders. *Anales de Psicología*, 34(2), 211–223. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.281651>
23. Ludermir AB, Lewis G. (2005). Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 40(8):622-7. doi: 10.1007/s00127-005-0938-6.
24. María Menéndez, Joan Benach, Carles Muntaner, Marcelo Amable, Patricia O'Campo, Is precarious employment more damaging to women's health than men's?, *Social Science & Medicine*, Volume 64, Issue 4, 2007, Pages 776-781, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.10.035>.
25. *Ministero della Salute*. <https://www.salute.gov.it/?area=rapporti>
26. Ministero delle Pari Opportunità, *Strategia Nazionale per la Parità di Genere*

27. *Misure a sostegno della partecipazione delle donne al mercato del lavoro e per la conciliazione delle esigenze di vita e di lavoro*. (2020, February 27).  
<https://www.istat.it/it/archivio/239003>
28. Moreno N, Moncada S, Llorens C, Carrasquer P. (2010). Double presence, paid work, and domestic-family work. *New Solut.*; 20(4):511-26.  
doi: 10.2190/NS.20.4.h.
29. Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina.
30. Naicker N, Pega F, Rees D, Kgalamono S, Singh T. (2021). Health Services Use and Health Outcomes among Informal Economy Workers Compared with Formal Economy Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*; 18(6):3189. doi: 10.3390/ijerph18063189.
31. Nazioni Unite. (2022, March 30). *ONU Italia La nuova Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*. ONU Italia. <https://unric.org/it/agenda-2030/>
32. OHCHR. (n.d.). *OHCHR | Universal Declaration of Human Rights - Italian*.  
<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/italian>
33. Piazza, M. (2002) *Maschi e femmine: la cura come progetto di sé: manuale per la sensibilizzazione sulla condivisione del lavoro di cura*. F. Angeli.
34. Rizzo, K. M. (2012, June 30). *Insight into the Parenthood Paradox: Mental Health Outcomes of Intensive Mothering*. SpringerLink.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-012-9615-z>
35. Santana VS, Loomis D, Newman B, Harlow SD (1997). Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health? *Int J Epidemiol*; 26(6):1236-42.  
doi: 10.1093/ije/26.6.1236.
36. Santana VS, Loomis DP, Newman B. (2001). Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Rev Saude Publica*; 35(1):16-22.  
doi: 10.1590/s0034-89102001000100003
37. Sarti, R. (2010). *Lavoro domestico e di cura: quali diritti?* Ediesse, 2010.
38. Scoppa, C. (2021, November 18). *Rilevazione dati D.i.Re 2020*. D.i.Re - Donne in Rete Contro La Violenza.  
<https://www.direcontrolaviolenza.it/rilevazione-dati-d-i-re-2020/>

39. Wang, S. (2022, July 28). *Is Paid Inflexible Work Better than Unpaid Housework for Women's Mental Health? The Moderating Role of Parenthood*. SpringerLink. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-022-10091-7>
40. Yavorsky JE, Dush CM, Schoppe-Sullivan SJ. (2015). The Production of Inequality: The Gender Division of Labor Across the Transition to Parenthood. *J Marriage Fam.*; 77(3):662-679. doi: 10.1111/jomf.12189