UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo (LM-51)

L'USO DELLA MASCHERINA, CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ E DISPOSIZIONALI AL TERMINE DELLE RESTRIZIONI GOVERNATIVE:

uno studio su un campione di adulti italiani in epoca post COVID-19

USE OF THE MASK, PERSONALITY AND DISPOSITIONAL FEATURES AT THE END OF GOVERNMENT RESTRICTIONS:
study on a sample of Italian adults in the post COVID-19 era

***Relatrice*:**
Prof.ssa Daniela Di Riso

***Correlatrici esterne*:**
Prof.ssa Marina Miscioscia
Prof.ssa Paola Rigo

***Laureanda*:** Sara Fogliatto
***Matricola*:** 2019028

Anno Accademico 2021-2022

SOMMARIO

ABSTRACT 6

CAPITOLO 1 - LA PANDEMIA DA COVID-19 9

1.1 SARS-COV-2: ORIGINI E CARATTERISTICHE 9

1.2 SCOPPIO DEL COVID-19 IN ITALIA E REAZIONI DEL GOVERNO PER AFFRONTARLO 10

1.3 LA REAZIONE GLOBALE DEI GOVERNI PER AFFRONTARE LA PANDEMIA 18

CAPITOLO 2 - IL RUOLO DELLA MASCHERINA NELLA PANDEMIA DI COVID-19 21

2.1 MISURE PREVENTIVE PER IL CONTRASTO ALLA PANDEMIA 21

2.2 FATTORI CHE PREDICONO L'ADERENZA A COMPORTAMENTI PREVENTIVI DURANTE LA PANDEMIA 23

2.3 I FATTORI PSICOLOGICI CHE INFLUISCONO NELLA SCELTA DI INDOSSARE O NON INDOSSARE LA MASCHERINA 25

2.3.1 IL RUOLO DI REATTANZA, ORIENTAMENTO POLITICO, E FIDUCIA NEGLI ESPERTI 25

2.4 L'IMPATTO PSICOLOGICO DELLE RESTRIZIONI 27

2.5 VERSO UNA NUOVA "NORMALITÀ" 30

2.5.1 L'UTILIZZO DELLA MASCHERINA ALLA FINE DELLE RESTRIZIONI 32

CAPITOLO 3 - LA RICERCA 35

3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO E IPOTESI 35

3.2 METODI 37

3.2.1 CAMPIONE 37

3.2.2 PROCEDURA 39

3.2.3 STRUMENTI 41

CAPITOLO 4 – I RISULTATI 47

4.1 ANALISI COMPARATIVA TRA IL GRUPPO DI SOGGETTI CHE INDOSSA LA MASCHERINA AL CHIUSO E QUELLO CHE NON LA INDOSSA NELLE VARIABILI PAURA PER IL COVID-19, TRATTI DI PERSONALITÀ, ANSIA, DEPRESSIONE, FIDUCIA NELLE PROFESSIONI DI CURA E REATTANZA .. 47

4.2 CORRELAZIONI BIVARIATE PARZIALI TRA SINTOMI ANSIOSI E DEPRESSIVI E LE VARIABILI CONTATTO, RESILIENZA ED EMOZIONI PROVATE QUANDO SI INDOSSA LA MASCHERINA IN PUBBLICO NEI GRUPPI DI CHI INDOSSA LA MASCHERINA AL CHIUSO E CHI NON LA INDOSSA 50

CAPITOLO 5 - DISCUSSIONI 55

5.1 LIMITI 66

5.2 CONCLUSIONI 67

BIBLIOGRAFIA 70

ABSTRACT

La presente ricerca si pone l'obiettivo di indagare le associazioni tra caratteristiche di personalità e disposizionali e l'uso della mascherina al termine delle restrizioni governative dovute alla pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA: Questionari in formato computerizzato attraverso la compilazione di un link online mandato a persone adulte tra i 18 e 65 anni. Nello specifico, il link contiene i seguenti strumenti: Scheda informativa: volta a indagare l'età, il genere, il percorso di studi, la situazione lavorativa. Inoltre, si propone di approfondire la fiducia nel governo, nelle scienze e nelle professioni di cura ed una serie di domande relative all'uso della mascherina dal 2020 a settembre 2022. Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF): valuta le paure Covid-related relative alle ultime settimane. Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders-Brief Form (PID-5-BF): valuta i tratti di personalità così come teorizzati nel modello dimensionale del DSM-5, con riferimento ai cinque domini: Affettività Negativa, Distacco, Disinibizione, Antagonismo e Psicoticismo. Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7): offre una misura dei sintomi legati a preoccupazioni e ansia esperiti nelle ultime 2 settimane. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): rileva una misura della gravità dei sintomi depressivi nel corso delle ultime 2 settimane.

LUOGO E DURATA: I questionari di autovalutazione in formato computerizzato saranno compilati dal partecipante alla ricerca presso la propria abitazione o nei luoghi che egli riterrà opportuni e avrà una durata complessiva di circa 35 minuti. Il link è stato diffuso su tutte le piattaforme social e attraverso campionamento a valanga.

ABSTRACT

This research aims to investigate the associations between personality and dispositional features and the use of the mask at the end of government restrictions due to the Covid-19 pandemic.

METHODOLOGY: filling in a questionnaire in computerized format accessible through an online link sent to adults between 18 and 65 years old. The link contains the following tools: information form: aimed at investigating age, gender, education, work status. In addition, it aims to investigate the trust in government, science and healthcare and a series of questions related to the use of the mask from beginning of the Covid-19 pandemic in 2020 to September 2022. Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF): assesses Covid-related fears to the few weeks prior the survey. Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders-Brief Form (PID-5-BF): studies the personality traits as theorized in the DSM-5 dimensional model, with reference to the five domains: Negative Affectivity, Detachment, Disinhibition, Antagonism and Psychoticism. Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7): Provides a measure of symptoms related to worry and anxiety experienced in the past 2 weeks. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): measure the intensity of depressive symptoms over the past 2 weeks.

PLACE AND DURATION: The self-assessment questionnaires in computerized format were filled in by the research participant at home or in the places he deemed appropriate and had an average duration of about 35 minutes. The link was disseminated on all social platforms and through snowball sampling.

CAPITOLO 1 - LA PANDEMIA DA COVID-19

1.1 SARS-COV-2: ORIGINI E CARATTERISTICHE

A dicembre del 2019, viene segnalato per la prima volta un focolaio di polmonite anomala nella città di Wuhan, in Cina. Il 23 gennaio la città di Wuhan è stata bloccata dal governo locale e il 30 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato "un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale" (Zheng, 2020). La diffusione di questo virus ha avuto una portata globale e ha provocato in breve tempo migliaia di morti in tutto il mondo. Per queste ragioni, l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia il 12 marzo 2020 (Ciotti et al., 2020). Questa forma di polmonite venne rinominata sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ed è il settimo coronavirus umano. La malattia viene chiamata Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (Ciotti et al., 2020).

I rapporti di Worobey et al. (2022) e numerosi altri studi supportano l'idea che l'origine di tale pandemia può essere identificata nel mercato all'ingrosso di prodotti ittici di Huanan, a Wuhan. Infatti, sono stati individuati i primi casi umani in una sezione in cui erano presenti venditori di animali selvatici vivi e dove erano presenti campioni ambientali positivi al virus (Worobey et al., 2022). Le attuali conoscenze sull'origine del SARS-CoV-2 individuano i pipistrelli come potenziale serbatoio naturale e i pangolini come possibile ospite intermedio del virus (Zheng, 2020). Tuttavia, gli eventi e le circostanze alla base di questo mercato rimangono ancora oscuri, evidenziando la necessità di ulteriori indagini (Worobey et al., 2022).

Gli effetti tipici di questo coronavirus sono molteplici. La polmonite, nelle prime fasi si presentava come un'infezione respiratoria acuta, spesso con insufficienza respiratoria

acuta e altre gravi complicanze. Chen et al. (2020) hanno dimostrato attraverso l'uso, su un campione di 99 persone ospedalizzate, di tomografia computerizzata (TC) o radiografia del torace, che nel 75% dei casi è emersa una polmonite bilaterale, nel restante 25% polmonite unilaterale. Sono stati condotti altri studi completi sulle caratteristiche epidemiologiche e cliniche dei pazienti infetti da SARS-CoV-2 che identificano segni e sintomi più comuni, come febbre, tosse e stanchezza (Zheng, 2020).

1.2 SCOPPIO DEL COVID-19 IN ITALIA E REAZIONI DEL GOVERNO PER AFFRONTARLO

In seguito alla dichiarazione dello stato di emergenza internazionale da parte dell'OMS, il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, e il Ministro della salute, Roberto Speranza, hanno tenuto una conferenza stampa in cui sono state esposte le misure di carattere precauzionale adottate in Italia. Il Presidente Conte ha confermato i primi due casi di contagio riscontrati in Italia. L'Italia, infatti, è stato il primo paese europeo a dover affrontare la pandemia (Rossi et al., 2020)

Le misure di carattere precauzionale adottate dal Presidente Conte riguardavano l'implementazione dei controlli aeroportuali, l'attuazione di misure di controllo, come la misurazione della temperatura corporea, l'identificazione e isolamento dei malati, le procedure per il rintraccio e la quarantena dei contatti stretti («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il 31 gennaio 2020 il Consiglio dei ministri ha deliberato lo stato d'emergenza, per la durata di sei mesi al fine di consentire l'emanazione delle necessarie ordinanze di Protezione Civile. Lo stato di emergenza, secondo l'articolo 24 del decreto legislativo 1/2018, ossia il Codice della Protezione Civile, non può superare i dodici mesi ed è

prorogabile per non più di ulteriori dodici mesi. Una ulteriore estensione necessiterebbe un apposito Decreto Legislativo del Governo («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Lo stato di emergenza consente al Governo e alla Protezione civile di agire con "poteri straordinari" o "speciali". In pratica si provvede in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico con procedure snellite per l'approvazione di leggi e decreti. Lo stato di emergenza ha consentito al governo di ricorrere ai DPCM, decreti del presidente del Consiglio dei ministri, che non passano attraverso l'approvazione parlamentare. Il primo DPCM è stato emanato il 23 febbraio 2020 in seguito ai focolai registratisi in Lombardia (Alzano Lombardo, Bergamo) e Veneto (Vò Euganeo, Padova). In questa occasione, il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente Conte, ha approvato un decreto-legge con lo scopo di introdurre misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Il decreto interviene in modo organico nella situazione di emergenza sanitaria internazionale dichiarata dall'Organizzazione mondiale della sanità, allo scopo di prevenire e contrastare l'ulteriore trasmissione del virus isolando le aree interessate («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il 1° marzo 2020 il Presidente Conte ha firmato un nuovo Dpcm che recepisce e proroga alcune delle misure già adottate per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e ne introduce ulteriori, volte a disciplinare in modo unitario il quadro degli interventi e a garantire uniformità su tutto il territorio nazionale all'attuazione dei programmi di profilassi («Gazzetta Ufficiale», s.d.). Tuttavia, il 4 marzo 2020 il Presidente Conte e il Ministro dell'Istruzione si vedono costretti ad annunciare la sospensione in tutta Italia delle attività didattiche negli istituti scolastici e nelle università dal 5 al 15 marzo al fine di contenere il contagio («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il Presidente del Consiglio Italiano, Giuseppe Conte, ha avuto il merito di essere stato il primo in Europa a introdurre un confinamento e blocco delle attività (Lockdown), appena due settimane e mezzo dopo che è stato identificato il primo caso autoctono italiano infetto da COVID-19. Egli, il 9 marzo 2020, ha firmato il decreto "#IoRestoaCasa" recante nuove misure per il contenimento e il contrasto della diffusione del virus Covid-19 sull'intero territorio nazionale. Viene inoltre vietata ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico (Kamps & Hoffmann, 2021). Inizia un lungo dibattito pubblico sulla utilità dell'uso di dispositivi di protezione individuale come le mascherine, la cui quantità si è rivelata immediatamente inadeguata ad affrontare un'emergenza di proporzioni inimmaginabili e alla quale l'Italia si è dimostrata completamente impreparata, con conseguenti speculazioni e polemiche (Rossi et al., 2020).

Il 22 marzo 2020 viene emanato un nuovo DPCM che blocca il mondo del lavoro. Infatti, una nuova ordinanza vieta a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in un comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute. In serata il Presidente Conte ha firmato il Dpcm recante nuove per il contenimento del contagio su tutto il territorio nazionale, annunciato la sera precedente. Il provvedimento prevede la chiusura attività produttive non essenziali o strategiche. Rimangono aperti alimentari, farmacie, negozi di generi di prima necessità e servizi essenziali («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Attraverso il dpcm del 1° aprile 2020, le misure adottate fino a quel momento per il contenimento del contagio epidemiologico da Covid-19 vengono prorogate fino al 13 aprile 2020 («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il 10 aprile 2020, il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha annunciato in conferenza stampa di aver firmato il nuovo dpcm con cui vengono prorogate fino al 3 maggio le misure restrittive adottate fino a quel momento per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Con il nuovo Dpcm, a partire dal 14 aprile, è stata però permessa l'apertura delle cartolerie, delle librerie e dei negozi di vestiti per bambini e neonati («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il Presidente Conte ha annunciato in conferenza stampa le misure per il contenimento dell'emergenza Covid-19 nella cosiddetta "fase due" introdotte con il dpcm del 26 aprile 2020, nel quale si stabilisce la riapertura di molte attività per il 4 maggio. Il Presidente del Consiglio ha illustrato, in conferenza stampa, le misure contenute nel dpcm di attuazione del Decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, in vigore da lunedì 18 maggio. Inizia così una nuova fase della riapertura: si può uscire anche senza autocertificazione, riaprono i negozi, i bar, i ristoranti e le chiese («Gazzetta Ufficiale», s.d.). Diventa tuttavia obbligatorio portare con sé una un dispositivo di protezione individuale (mascherina) quando si esce, per indossarla nei luoghi chiusi, ma aperti al pubblico e in tutti i luoghi, anche all'aperto, nei quali non è possibile mantenere il distanziamento tra le persone.

L'11 giugno 2020 si prevede l'inizio della "fase 3", per la quale il Presidente del Consiglio firma il dpcm che autorizza la ripresa di ulteriori attività a partire dal 15 giugno tra cui: centri estivi per i bambini, sale giochi, sale scommesse, sale bingo, così come le attività di centri benessere, centri termali, culturali e centri sociali. Riprendono, inoltre, gli spettacoli aperti al pubblico, le sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche e in altri spazi anche all'aperto ma con alcune cautele/precauzioni. Restano invece sospese tutte le attività che abbiano luogo in sale da ballo, discoteche, locali assimilati sia

all'aperto che al chiuso. A partire dal 12 giugno, riprendono invece gli eventi e le competizioni sportive a porte chiuse ovvero all'aperto senza la presenza del pubblico («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Dal 14 luglio al 7 settembre 2020 vengono emanati nuovi dpcm che estendono il momento di apertura, ma l'obbligo di indossare la mascherina rimane obbligatorio nei luoghi al chiuso e dove non è possibile mantenere il distanziamento («Gazzetta Ufficiale», s.d.). Il Presidente Conte firma il dpcm che proroga al 7 ottobre le misure precauzionali per contrastare e contenere il diffondersi del virus Covid-19 contenute nel dpcm 7 agosto 2020.

13 ottobre 2020 il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha firmato il dpcm sulle misure di contrasto e contenimento dell'emergenza Covid-19, nel quale vengono aggiornati obblighi, sospensioni e divieti già previsti con i precedenti decreti («Gazzetta Ufficiale», s.d.). Il 18 ottobre 2020 in Italia scoppia la seconda ondata di Covid-19, che provoca oltre 31 mila positivi. Il 3 novembre 2020 viene istituito un coprifuoco nazionale e una suddivisione in colori delle varie regioni d'Italia, come nuove misure per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19. Vengono individuate tre aree - gialla, arancione e rossa - corrispondenti ai differenti livelli di criticità nelle Regioni del Paese e per ognuna delle quali sono previste misure specifiche. Per le regioni a rischio di massima gravità, scenario 4 (area rossa), sono concentrate le misure più restrittive; nella fascia per le Regioni a rischio alto ma compatibili con lo scenario 3 (area arancione), sono previste misure lievemente meno restrittive; nella terza fascia, quella per tutto il territorio nazionale, rientrano le restanti Regioni (Area gialla), con delle misure di contenimento meno rigide e più permissive.

Dal 3 al 18 dicembre 2020 viene emesso un nuovo dpcm, che implica il divieto di spostamenti tra regioni, e il 18 dicembre vengono introdotte nuove regole per il periodo delle festività natalizie («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Dopo enormi investimenti in ricerca e rapidissimi test clinici effettuati, alcune aziende farmaceutiche (Biontech/Pfizer, AstaZeneca, e Moderna) riescono a dimostrare l'efficacia e la sicurezza dei loro rispettivi vaccini, e il 27 dicembre 2020 in tutta Europa è la data del "vaccine day": iniziano le somministrazioni delle prime dosi di vaccino per il COVID-19.

Il 14 gennaio 2021 il Presidente del Consiglio ha firmato il dpcm contenente le misure per il contrasto e il contenimento dell'emergenza da Covid 19. Viene deliberato la proroga, fino al 30 aprile 2021, dello stato d'emergenza dichiarato in conseguenza della dichiarazione di "emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale" da parte della Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Inoltre, è stato approvato un decreto-legge che conferma il divieto già in vigore di ogni spostamento tra Regioni e viene creata la cosiddetta area "bianca" («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Intanto si inaspriscono le discussioni e polemiche rispetto alla reale necessità di usare le mascherine e rispetto alla effettiva sicurezza dei vaccini che, a detta di gruppi crescenti di popolazione stanchi di continue restrizioni, sarebbero troppo innovativi e il loro sviluppo sarebbe stato troppo accelerato.

Il Presidente Mario Draghi, il 2 marzo 2021, ha firmato il suo primo dpcm che detta le misure di contrasto alla pandemia e di prevenzione del contagio da COVID-19. Il DPCM sarà in vigore dal 6 marzo al 6 aprile 2021 e conferma, fino al 27 marzo, il divieto già in vigore di spostarsi tra regioni o province autonome diverse, con l'eccezione degli spostamenti dovuti a motivi speciali («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il Consiglio dei ministri n. 14 ha approvato il Decreto-Legge 22 aprile 2021, n. 52 recante "Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19" (decreto Riaperture). Il testo delinea il cronoprogramma relativo alla progressiva eliminazione delle restrizioni rese necessarie per limitare il contagio da virus SARS-CoV-2, alla luce dei dati scientifici sull'epidemia e dell'andamento della campagna di vaccinazione. Inoltre, con delibera del Consiglio dei ministri è stato prorogato fino al 31 luglio 2021 lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Successivamente il Consiglio dei ministri n. 19 ha approvato il decreto-legge 18 maggio 2021, n. 65 che, in considerazione dell'andamento della curva epidemiologica e dello stato di attuazione del piano vaccinale, modifica i parametri di ingresso nelle "zone colorate", secondo criteri proposti dal Ministero della salute.

Il Consiglio dei ministri n. 30 ha deliberato di prorogare fino al 31 dicembre 2021 lo stato di emergenza nazionale e ha deciso le modalità di utilizzo del Green Pass e nuovi criteri per la "colorazione" delle Regioni (Decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105). Il Green Pass è un patentino europeo che attesta La Certificazione attesta una delle seguenti condizioni:

- aver fatto la vaccinazione anti COVID-19 (in Italia viene emessa dopo ogni dose di vaccino);
- essere negativi al test antigenico rapido nelle ultime 48 ore o al test molecolare nelle ultime 72 ore;
- essere guariti dal COVID-19 da non più di sei mesi (Salute).

Il Consiglio dei ministri n. 36 ha approvato un decreto-legge che introduce misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro pubblico e privato mediante l'estensione dell'ambito applicativo della certificazione verde COVID-19 e il rafforzamento del sistema di screening, il 16 settembre si estende l'obbligatorietà del Green Pass in ambito scolastico, della formazione superiore e socio sanitario-assistenziale («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il 12 ottobre 2021 il Presidente Draghi ha firmato il dpcm sulle linee guida relative all'obbligo di possesso e di esibizione della certificazione verde COVID-19 da parte del personale delle pubbliche amministrazioni, a partire dal successivo15 ottobre, e il dpcm con le modalità di verifica del possesso delle certificazioni verdi COVID-19 in ambito lavorativo. Il decreto interviene per fornire ai datori di lavoro pubblici e privati gli strumenti informatici che consentiranno una verifica quotidiana e automatizzata del possesso delle certificazioni («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il 15 dicembre 2021 il Consiglio dei ministri n. 51 ha approvato un decreto-legge che prevede la proroga dello stato di emergenza nazionale e delle misure per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 fino al 31 marzo 2022. Il decreto stabilisce l'estensione, sino al 31 marzo 2022, della norma secondo cui il Green Pass rafforzato debba essere utilizzato anche in zona bianca per lo svolgimento delle attività che altrimenti sarebbero oggetto di restrizioni in zona gialla («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il Consiglio dei ministri n. 52, in data 23 dicembre 2021, ha approvato un decreto-legge che introduce misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali. Tra le misure: la riduzione della durata del green pass vaccinale da 9 a 6 mesi a partire 1° febbraio 2022, l'obbligo di indossare le mascherine anche all'aperto e anche in zona bianca; l'obbligo di indossare le

mascherine di tipo FFP2 su tutti i mezzi di trasporto e in occasione di spettacoli all'aperto e al chiuso in teatri, sale da concerto, cinema, locali di intrattenimento e musica dal vivo e per gli eventi e le competizioni sportivi che si svolgono al chiuso o all'aperto; l'estensione, fino alla cessazione dello stato di emergenza, dell'obbligo di Green Pass rafforzato alla ristorazione per il consumo anche al banco («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

Il 10 febbraio 2022 è stato deciso di non prorogare ulteriormente lo stato di emergenza dopo il 1° aprile 2022, decidendo così di realizzare un graduale allentamento delle misure e regole («Gazzetta Ufficiale», s.d.).

1.3 LA REAZIONE GLOBALE DEI GOVERNI PER AFFRONTARE LA PANDEMIA

A causa della crescita della curva epidemica e della velocità di diffusione del virus nel mondo, i governi di tutti i paesi hanno dovuto reagire in modo tempestivo, mettendo in atto delle misure di contenimento del COVID-19 (Toshkov, Carroll, & Yesilkagit, 2022). Nei primi mesi di pandemia è stato possibile osservare un'estrema similitudine tra le risposte dei vari governi (Hale et al., 2021). Infatti, nel giro di un mese dallo scoppio della pandemia, le risposte politiche intense all'emergenza sanitaria sono diventate un fenomeno globale. Ad esempio, il governo italiano ha dichiarato dal 10 marzo 2020 al 3 maggio 2020 un lockdown generalizzato per impedire la mobilità al di fuori di circostanze precise e circoscritte, imponendo anche chiusure scolastiche e misure di permanenza a casa (Hale et al., 2021). Sono state fatte alle persone delle raccomandazioni e poste restrizioni obbligatorie, chiedendo di evitare i luoghi affollati, di astenersi dal contatto fisico, di mantenere le misure di distanziamento sociale dalle persone al di fuori della

propria famiglia, di lavarsi frequentemente le mani e di indossare maschere per il viso quando le scorte erano disponibile (Grano, Singh Solorzano, & Di Pucchio, 2022).

Tra tutte, si è da subito distinta la risposta del governo cinese, che è stata forte e autoritaria, ricevendo così gli elogi di funzionari sanitari globali (Cepaluni, Dorsch, & Branyiczki, 2022). Questa politica sanitaria prevedeva una serie di misure restrittive, come la quarantena obbligatoria degli individui e il tracciamento aggressivo della popolazione per individuare i positivi e i relativi contatti stretti, e anche test completi di ogni individuo con sintomi influenzali, approccio seguito inizialmente dalla maggior parte dei paesi (Liu & Saltman, 2020).

Tuttavia, nei mesi successivi, le risposte dei paesi divergono maggiormente e alcuni di questi, come gli Stati Uniti e il Regno Unito, sotto la pressione dell'opinione pubblica e del mondo produttivo, sono andati nella direzione della revoca graduale delle restrizioni, nonostante l'andamento dell'epidemia fosse ancora altalenante (Hale et al., 2021).

È stata così fatta un'indagine in 111 nazioni sul loro comportamento dall'inizio della pandemia differenziandole in base alle risposte date come democratiche e autoritarie (Frey, Chen, & Presidente, 2020). Secondo questa analisi, nelle prime fasi della pandemia di COVID-19, i paesi più democratici, caratterizzati da politiche meno rigorose e meno efficaci, hanno subito maggiori decessi rispetto a quelli più autoritari (Cepaluni et al., 2022). Tuttavia, politiche di repressione conducono spesso a una riduzione del capitale sociale e della percezione di supporto. Mentre stili più democratici sono volti a incrementare la consapevolezza da parte dei cittadini, grazie alla quale il governo può avere un seguito e un supporto più consistenti (Frey et al., 2020).

CAPITOLO 2 - IL RUOLO DELLA MASCHERINA NELLA PANDEMIA DI COVID-19

2.1 MISURE PREVENTIVE PER IL CONTRASTO ALLA PANDEMIA

Con lo scoppio della pandemia di COVID-19 tutti i governi hanno deciso rapidamente, non appena è stato evidente il rischio, che fosse importante mettere in atto numerose misure preventive. Misure che sono state prese quasi ovunque in emergenza, mettendo in evidenza una sottovalutazione del potenziale rischio e una inadeguatezza dei protocolli di emergenza fino ad allora preparati. La prima risposta nella maggior parte dei paesi è stato il lockdown, che ha portato al blocco completo della mobilità e dell'economia mondiale. Tuttavia, con il trascorrere del tempo, questa misura è diventata sempre più difficilmente sostenibile a causa del drammatico impatto che ha avuto sui bisogni fisici, psicologici e sociali delle persone e dell'economia stessa. Nel frattempo sono state cercate delle strategie per ridurre il rischio di contagio al minimo nelle situazioni in cui i contatti ravvicinati erano inevitabili (Abboah-Offei et al., 2021).

In questa contesto si inserisce il dibattito sull'uso della maschera come misura preventiva per la trasmissione, oppure per la protezione, del virus da parte dell'intera comunità. In particolare, inizialmente l'OMS, come anche il Public Health England (PHE), avevano sostenuto nella sua guida provvisoria del 6 aprile 2020 l'inutilità dell'uso massiccio delle mascherine per il viso come metodo per prevenire l'infezione da coronavirus 2 (Cheng, Lam & Leung, 2020). Infatti, inizialmente, non ne veniva raccomandato l'uso. Secondo l'OMS, l'efficacia delle mascherine nel prevenire questa infezione era illusoria, in quanto

dava un falso senso di sicurezza (Humphreys, 2020). Questa linea di pensiero era, tuttavia, legata anche dalla mancanza di dispositivi di protezione in quantità sufficiente per l'uso massivo, che erano destinate principalmente a malati e operatori sanitari (Desai & Aronoff, 2020), e quindi all'impossibilità di fornire quantitativi adeguati alla protezione di tutta la popolazione. Questo ha generato in alcuni paesi un fortissimo dibattito pubblico che ha contribuito a ridurre la fiducia nelle capacità della classe politica che stava gestendo la crisi, in molti paesi e in particolare in Italia.

Al contrario, il CDC (Center for Disease Control), per voce del direttore e consigliere della Casa Bianca Anthony Fauci, ha da subito identificato un approccio più pragmatico suggerendo di indossare in pubblico mascherine chirurgiche o FFP2, oppure anche mascherine di stoffa, così come hanno fatto anche numerosi altri paesi, tra i quali Canada, Corea del Sud e Repubblica Ceca (Cheng et al., 2020).

Sono state condotte numerose ricerche in merito che hanno aiutato a chiarire la situazione, e con il passare del tempo sono emersi i risultati di numerosi studi dai quali è emerso che l'utilizzo generalizzato delle mascherine, anche di quelle fatte in casa e di bassa qualità in assenza di dispositivi medici, è consigliabile poiché possono comunque contribuire al controllo della pandemia come discusso nello studio di Eikenberry et al. (2020). Questo era particolarmente vero all'inizio della pandemia quando il livello di contagiosità non era ancora così elevato rispetto alle varianti più recenti come delta e omicron.

Sempre più studi hanno confermato la mascherina come uno strumento non farmacologico efficace nel prevenire il contagio dal virus, poiché aiuta sia a proteggere le persone sane sia a proteggere gli altri (Abboah-Offei et al., 2021). Cheng, Lam e Leung (2020) sottolineano l'importanza di indossare le mascherine anche e soprattutto in una logica di salute pubblica, quindi per proteggere gli altri dai propri *droplet*. Quindi è

importante che l'intera popolazione utilizzi la mascherina come strumento preventivo (Cheng et al., 2020), visto che è emerso sempre più evidente che anche soggetti infetti asintomatici erano in grado di trasmettere il contagio. Tuttavia, la mascherina non poteva essere l'unica misura, ma i vantaggi per la comunità aumentano insieme all'uso delle mascherine vengono utilizzate altre pratiche preventive come il distanziamento sociale, e se per ogni nazione la sua adozione è quasi universale e con una compliance elevata (Eikenberry et al., 2020).

2.2 FATTORI CHE PREDICONO L'ADERENZA A COMPORTAMENTI PREVENTIVI DURANTE LA PANDEMIA

L'evoluzione della situazione sanitaria dal 2020 ad oggi ha delineato l'importanza di alcune norme preventive da mettere in atto per fronteggiare gli ostacoli che la pandemia di COVID-19 ha posto, norme che sono state oggetto di numerosi studi e che hanno portato anche a interpretazioni diverse

Sono stati studiati i fattori che predicono una maggior aderenza al rispetto delle misure di salute pubblica, a tal proposito, è stato pubblicato da Schumpe et al. (2022) un'analisi internazionale longitudinale per analizzare questi aspetti. Per fare questo hanno analizzato diverse ipotesi: la prima indaga il fatto che la percezione del rischio personale in merito al COVID-19 possa prevedere l'impegno in comportamenti sanitari protettivi e il supporto alle politiche in risposta alla pandemia; la seconda che le norme sociali prescrittive presumano una maggiore compliance nel tempo alle misure di salute pubblica, in relazione alla percezione che i trasgressori verranno puniti; per la terza ipotesi gli autori prevedono che la fiducia nel governo, avvalorata dalla presenza di messaggi chiari e non ambigui, possa essere un fattore importante per una maggior compliance e

sostegno alle politiche di salute pubblica messe in atto per gestire la pandemia. I risultati sottolineano chiaramente l'importanza non solo del messaggio che i governi comunicano, ma anche dei modi con cui lo fanno. Ad esempio, la percezione chiara del rischio individuale predice maggiore aderenza a comportamenti sanitari, quali il lavaggio delle mani, inoltre il governo può aiutare ulteriormente attraverso dei *nudges*, cioè dei piccoli cambiamenti ambientali a supporto di cambiamenti comportamentali desiderati (Thaler & Sunstein, 2008), come ad esempio l'istallazione di distributori di igienizzanti. Nonostante nessuna variabile prevedesse un cambiamento di volontà nell'impegnarsi in un altro comportamento sanitario, è emerso che le persone fanno maggior uso della mascherina quando percepiscono la presenza dell'infezione nella cerchia ristretta dei conoscenti, e questo è stato chiamato "effetto di prossimità" (Schumpe et al., 2022). Inoltre, è stato verificato che i messaggi di salute pubblica dovrebbero mirare a promuovere norme sociali positive o a rendere più rilevanti quelle esistenti (Schumpe et al., 2022).

Infine, la fiducia nelle capacità del governo di saper gestire adeguatamene la pandemia si associa a un maggior sostegno della popolazione alle misure obbligatorie. Questo aspetto è vero soprattutto nelle culture più ristrette, come quelle di Singapore e del Giappone, che hanno avuto maggior sostegno dalla popolazione alle normative comportamentali e che erano maggiormente preparati a gestire l'epidemia. Pertanto lo studio suggerisce la necessità di sensibilizzare la popolazione di paesi con culture più democratiche alla necessità temporanea di strutture più rigide (Schumpe et al., 2022).

2.3 I FATTORI PSICOLOGICI CHE INFLUISCONO NELLA SCELTA DI INDOSSARE O NON INDOSSARE LA MASCHERINA

Molti studi supportano l'idea che la pandemia e quello che ne è derivato ha messo a dura prova la salute mentale della popolazione e, in particolare, c'è stato un aumento di depressione e sintomi ansiosi correlati al COVID-19, anche se le ragioni di tali associazioni non sono state interamente comprese dal settore scientifico. La depressione è stata identificata come fattore interveniente al rispetto di alcune regole, come il distanziamento sociale e l'utilizzo della mascherina all'interno e all'esterno. Infatti, livelli più alti di depressione, indagati attraverso il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), sono stati associati a livelli più bassi di compliance nei confronti delle misure adottate dal governo, e ciò significa che la mancanza di rispetto delle regole di quarantena e di indossare la mascherina è più spesso associabile alla depressione (Byun, Sim, Lim, Jang, & Kim, 2022).

Anche la percezione di autoefficacia nell'indossare una mascherina e la percezione di efficacia della risposta, cioè i vantaggi effettivi che si possono trarre nell'utilizzo di questo dispositivo, sono fattori importanti nella scelta di indossare o no la mascherina. Le persone sono quindi più portate a indossare la mascherina se ritengono che questa misura possa realmente proteggerli dal virus (Koebele et al., 2021).

2.3.1 IL RUOLO DI REATTANZA, ORIENTAMENTO POLITICO, E FIDUCIA NEGLI ESPERTI

La reattanza è un costrutto psicologico identificato da Brehm (1966) che consiste nella reazione di un individuo davanti alla proibizione o davanti alle pressioni per accettare un determinato punto di vista o atteggiamento, che tenta di ripristinare la propria libertà.

Questo costrutto ha trovato ampio spazio con la pandemia da COVID-19, che ha spesso ostacolato l'operato dei funzionari sanitari nel promuovere comportamenti positivi.

È ormai appurato che indossare la mascherina è una misura efficace per ridurre la diffusione del coronavirus, ciononostante alcune persone ancora oppongono resistenza all'adozione di questa norma (Cunningham & Nite, 2021). Sono stati esaminati numerosi fattori che possono aver influito nella scelta di indossare o meno le mascherine. In particolare, Mallinas, Maner, e Ashby Plant (2021) hanno condotto due ricerche, attraverso la valutazione di immagini di persone che indossano oppure no le mascherine in luoghi pubblici, per identificare eventuali fattori psicologici e demografici che possono influire negli atteggiamenti a favore oppure contrari alle mascherine. È emerso che la paura del COVID-19, l'empatia, la percezione delle norme e la fiducia negli operatori sanitari sono tutti fattori associati ad atteggiamenti pro-mascherina, mentre la reattanza è più spesso associata ad atteggiamenti anti-mascherina. Inoltre, secondo questi dati, fattori demografici quali età, genere o ideologia politica non differiscono negli atteggiamenti pro-mascherina, ma che essere più giovane e conservatore da un punto di vista politico sono elementi maggiormente associati a comportamenti anti-mascherina (Mallinas, Maner, & Ashby Plant, 2021). L'orientamento politico e la reattanza psicologica sono stati ulteriormente approfondito da Young, Rasheed, Bleakley, e Langbaum (2022) che inseriscono le loro riflessioni nel dibattito politico attuale degli Stati Uniti. In particolare, da questi risultati emerge che i sostenitori di Trump, quindi i più conservatori, sono positivamente associati alla reattanza dei tratti e negativamente associati all'avversione al conflitto e all'uso della mascherina auto-riferito, mentre per i sostenitori di Joe Biden, quindi i liberali, è vero il contrario. Questo studio offre una prospettiva interessante per valutare le implicazioni dell'iperpartitismo americano sulla salute pubblica. Un altro

esempio è offerto dall'analisi condotta da Wallace, Goldsmith-Pinkham, e Schwartz (2022) che ha portato alla luce che l'orientamento politico può essere un fattore di rischio per COVID-19. Infatti, secondo questi dati i tassi di mortalità dopo l'introduzione del vaccino sono estremamente più alti per i repubblicani (76%) rispetto ai democratici. Tutti questi dati sottolineano la necessità da parte del governo di rendere i messaggi sanitari il meno politicizzati possibile per essere più efficaci, in modo tale da poter avere un maggiore impatto sociale, sanitario, e di conseguenza anche una riduzione dell'impatto sulla spesa sanitaria.

Lo studio di Ahluwalia, Edelen, Qureshi, e Etchegaray (2021) suggerisce che è la fiducia negli esperti e più che il tipo di leadership nazionale che porta a una maggiore adesione alle misure di contenimento del virus. Infatti, questa ha un ruolo diretto nell'incoraggiare le persone a rispettare le misure di salute pubblica raccomandate, come indossare la mascherina, aumentando anche la percezione di gravità del COVID-19 e dei vantaggi che queste azioni possono portare (Ahluwalia, Edelen, Qureshi, & Etchegaray, 2021). Secondo gli autori questo aspetto ha un impatto importante anche per quanto riguarda i messaggi di salute pubblica, che quindi per essere più efficaci dovrebbero enfatizzare la gravità del COVID-19 e i vantaggi di proteggersi garantendo coerenza e trasparenza per aumentare la fiducia.

2.4 L'IMPATTO PSICOLOGICO DELLE RESTRIZIONI

La pandemia di COVID-19 ha cambiato nettamente la nostra percezione della salute fisica e mentale. Infatti, la vita durante il lockdown ha subito un cambiamento drastico e improvviso delle abitudini, dettato da un senso di precarietà e indefinitezza del futuro e

da una intensa preoccupazione per la salute che hanno influenzato la Qualità della Vita (QoL) degli individui (Epifanio et al., 2021).

Le conseguenze che il lockdown ha avuto a livello psicologico sono dipese strettamente dalle caratteristiche personali dell'individuo quali personalità ed eventi di vita. Bonichini e Tremolada (2021) nel loro studio hanno analizzato su un campione di quasi 2000 adulti italiani le conseguenze della pandemia sulla QoL e sui sintomi da stress post traumatico (PTSS). Le autrici hanno dimostrato che la qualità della vita, che inizialmente era peggiorata a causa del virus, è stata ulteriormente intaccata anche a causa delle diverse restrizioni messe in atto dal governo italiano, che hanno avuto un impatto psicologico importante sugli aspetti analizzati. Per questo è stato fondamentale che le istituzioni prendessero le loro decisioni tenendo in considerazione non solo l'impatto sulla salute fisica e sull'economia ma anche considerando l'impatto sulla salute mentale. Infatti, come è stato riportato dal Consiglio Nazionale degli Psicologi Italiani, non c'è stata solo un'emergenza sanitaria, ma anche psicologica, essendo aumentati i sintomi legati all'ansia (Bonichini & Tremolada, 2021). Per questo il governo italiano ritenuto importante implementare misure a sostegno del benessere psicologico, come il bonus psicologo, contributo economico a sostegno delle persone con fragilità psicologica con lo scopo di beneficiare di un percorso terapeutico (decreto-legge n. 228, 30 dicembre 2021). In realtà, è interessante anche concentrarsi sull'impatto che questa pandemia ha avuto su una categoria nello specifico, quella dei giovani adulti. Infatti, in questa fascia di età i casi gravi sulla salute fisica sono stati rari, mentre le restrizioni messe in atto per contenere la pandemia hanno provocato un impatto preoccupante sulla salute mentale, provocando degli effetti da un punto di vista psicologico, sociale, educativo ed economico (Wiedemann et al., 2022). In particolare, lo studio longitudinale di Wiedemann et al.

(2022) sottolinea le differenza che ci sono state tra i giovani adulti in epoca pre-pandemica e durante la pandemia. I primi dati di questa ricerca vengono rilevati nelle scuole inglesi nel 2012-2013, su un gruppo di 2400 tra adolescenti e giovani adulti (14-24 anni). Questi partecipanti vengono ricontattati altre tre volte, anche dopo lo scoppio della pandemia di COVID-19, quando avevano un'età compresa tra i 19 e i 34 anni, e circa 700 di loro hanno completato tutte e quattro le fasi di valutazione. Secondo i risultati di questo studio tre giovani adulti su dieci (28,8%) hanno sofferto di depressione a livelli clinicamente significativa e una percentuale quasi uguale (27,6%) ha avuto problemi legati all'ansia. Le persone che hanno riportato livelli di disagio psicologico così elevato da aver interferito con le attività quotidiane sono aumentate rispetto all'epoca pre-pandemica del 3% (Wiedemann et al., 2022). Da questi dati emerge che la pandemia di COVID-19 ha determinato un impatto significativo sulla salute mentale dei giovani adulti. Infatti, l'età giovane, l'essere donna e condizioni di malattia preesistenti sono considerati dei fattori di rischio importanti nell'insorgenza di psicopatologia probabilmente anche a seguito delle restrizioni legate alla pandemia, anche se al momento mancano ancora evidenze a supporto. Qualora nuove ondate di COVID-19 dovessero portare a ritenere necessarie altre restrizioni, sarà importante che venga garantito e facilitato l'accesso ai servizi di supporto psicologico (Wiedemann et al., 2022).

Un aspetto interessante emerso dallo studio riguarda la resilienza, in quanto contrariamente da quanto si aspettassero gli autori sembra aver avuto scarsi effetti protettivi sulle risposte psicologiche individuali, anche se mancano dati a supporto degli effetti a lungo termine (Wiedemann et al., 2022).

È però innegabile il fatto che la pandemia non ha solo portato degli effetti negativi, ma in alcuni casi è riuscita a permettere di trovare delle risorse per creare un nuovo equilibrio

tra vita lavorativa e privata e dare maggior spazio alle relazioni familiari e sociali (Penninx, Benros, Klein, & Vinkers, 2022).

È utile approfondire anche la presenza di un'eventuale impatto delle mascherine sulla fiducia interpersonale. Lo studio di Malik, Mihm e Reichelt (2021) ha analizzato la presenza di un'eventuale impatto causale dell'uso delle mascherine sulla fiducia che le persone hanno quando seguono i consigli di uno sconosciuto in ambito economico. Su un campione di 2000 cittadini statunitensi è emerso un dato non trascurabile, ovvero che quasi il 5% in meno di persone si fida dei consigli dati da una persona che indossa la mascherina, piuttosto che da qualcuno che non la indossa. Questo risultato è particolarmente rilevante perché dimostra che le mascherine per il viso utilizzate per fronteggiare la pandemia di COVID-19 hanno influito negativamente sulla fiducia interpersonale.

2.5 VERSO UNA NUOVA "NORMALITÀ"

Lo scoppio della pandemia di COVID-19 ha completamente cambiato le abitudini delle persone in tutto il mondo. A ottobre 2022 ci sono stati 621 milioni di contagi da SARS-CoV-2 e 6,56 milioni sono i morti legati direttamente all'infezione da COVID-19 (Our World in data, n.d.), più un numero ancora indefinito di persone che riferiscono sintomi a lungo termine per più di 6 mesi. Questa è una nuova malattia denominata Long COVID che comporta sintomi cronici insorti dopo la fase acuta della malattia COVID-19 che si manifestano a livello respiratorio, cardiovascolare, neurologico, gastrointestinale e psicologico. La maggior parte di questi pazienti ha sintomi che possono perdurare anche un anno e il recupero è spesso lento e faticoso, ma le informazioni a riguardo non sono ancora complete e necessitano di ulteriori studi (Tran, Porcher, Pane, & Ravaud, 2022).

Grazie alla continua ricerca di trattamenti e vaccini per contrastare questo virus, ad oggi lo scenario mondiale sta andando verso una ripresa delle attività e della vita normale attraverso la revoca dei divieti di spostamento e della maggior parte delle restrizioni. Le persone si sono sentite a proprio agio nel lasciare le loro case, ma l'interazione con il mondo esterno è molto cambiata rispetto a prima della pandemia. In particolare, l'uso della mascherina e il distanziamento sociale sono emerse come nuove norme comportamentali (Bavel et al., 2020).

Sono subentrati anche dei cambiamenti nella vita lavorativa delle persone, con un impiego sempre maggiore dello smart working, e nelle possibilità di apprendimento a distanza, un esempio importante riguarda la DAD (didattica a distanza) che è stata utilizzata in tutte le scuole italiane durante l'emergenza sanitaria trascorsa.

Dopo la fine delle restrizioni si è andati nella direzione di voler tornare alla vita precedente, ristabilendo la didattica interamente in presenza e disincentivando lo smart working. Tuttavia, sono state trovate delle soluzioni innovative che hanno apportato numerosi vantaggi. Ad esempio, lo smart working è stata un'importante occasione, specialmente per le donne, per conciliare meglio la loro vita personale e lavorativa. Tuttavia, anche questa soluzione ha anche dei limiti. Secondo l'analisi condotta da Crepaldi, Sottimano, Bergamaschi, e Bosco (2022) un posto di rilievo in questa nuova visione del lavoro è occupato dalla mancanza di un rapporto diretto con i colleghi, che limita gli aspetti di socialità e interazione, e dalla sedentarietà che il lavoro da casa comporta. Per ovviare a questi limiti sono state proposte soluzioni di co-working, che sono una realtà ormai diffusa in Italia e alla quale la pandemia ha dato un contributo importante per la sua divulgazione (Crepaldi, Sottimano, Bergamaschi, & Bosco, 2022).

2.5.1 L'UTILIZZO DELLA MASCHERINA ALLA FINE DELLE RESTRIZIONI

Le ripercussioni a lungo termine della pandemia da COVID-19 sui comportamenti sociali, e, in particolare, la persistenza nell'utilizzo della mascherina nonostante non sia più obbligatoria a livello governativo, sono un fenomeno che attualmente non è ancora stato molto studiato e che necessita di ulteriori studi e approfondimenti. Una ricerca che procede in questa direzione è quello di English e Li (2021), che hanno condotto uno studio osservazionale nelle aree pubbliche di Shangai, in Cina. Gli autori hanno osservato circa 1200 persone in diverse aree della città di Shangai a circa un anno dallo scoppio della pandemia in un momento di basso tasso di infettività e mancanza di restrizioni. Da questi risultati è emerso che il 62,7% delle persone continuano a indossare la mascherina anche se non richiesta. Secondo quanto emerso da questo studio, è plausibile pensare che alcune norme comportamentali attuate per contrastare lo sviluppo della pandemia, come indossare la mascherina, possano persistere anche in futuro (English & Li, 2021). Tuttavia, è importante sottolineare che Shangai ha delle caratteristiche peculiari, perché da una parte, con scoppio della pandemia ha sempre adottato delle norme molto rigide di contenimento dell'infezione e questo potrebbe aver lasciato un impronta maggiore nella popolazione, dall'altra in Cina le mascherine venivano utilizzate dalla popolazione anche prima della pandemia di COVID-19 come metodo di protezione da virus e smog. Questo aspetto suggerisce che la mascherina per i cinesi è un comportamento già liberamente permeato nella cultura e per questo rappresenta un potenziale limite per fare delle generalizzazioni al resto della popolazione.

Nella letteratura scientifica attuale non sono a conoscenza di ulteriori studi che si concentrino sulle caratteristiche di personalità e disposizionali delle persone che scelgono

di continuare a tenere la mascherina al chiuso nonostante non sia più obbligatorio a livello normativo. È stato dimostrato che alcune caratteristiche, come sesso, età e orientamento politico hanno avuto un ruolo sull'aderenza alle misure del governo e sulla capacità di gestire l'impatto psicologico durante la fase acuta della pandemia (Levitt et al., 2022), mentre mancano evidenze scientifiche a supporto di come questi siano riuscite a gestire il ritorno alla normalità dopo la fine delle restrizioni. Questo perché è stato dimostrato che la percezione del rischio può cambiare nel tempo. Uno studio longitudinale di Levitt et al. (2022) su un campione di popolazione adulta canadese ha riportato che l'importanza percepita e il rispetto delle raccomandazioni sulla vita pubblica diminuiscono significativamente con il passare del tempo e con l'abitudine.

In particolare, vista l'esiguità degli studi che approfondiscono il perdurare di questi comportamenti anche dopo la fine dell'obbligatorietà dell'uso delle mascherine, il presente studio si propone di indagare questi aspetti specifici su una popolazione di adulti italiani, con lo scopo di poter avere dei risultati chiari e generalizzabili sul reale impatto che l'adozione di questa norma ha e avrà in futuro.

CAPITOLO 3 - LA RICERCA

3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO E IPOTESI

Il presente studio si propone di identificare e analizzare eventuali associazioni tra le caratteristiche disposizionali, quali caratteristiche di personalità e resilienza, e condizioni di distress psicologico, associate ad esempio a sintomatologia ansiosa o deflessione del tono dell'umore, rispetto all'utilizzo della mascherina durante la fase acuta della pandemia di COVID-19, e soprattutto nell'arco temporale da giugno 2022 a settembre 2022 nel quale le misure di contenimento risultano meno rigide e in particolare la mascherina non risulta più obbligatoria a livello governativo al di fuori dei mezzi di trasporto e delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Questo studio è stato ideato sulla base di due ipotesi.

IPOTESI 1: è stata ipotizzata, nel periodo tra giugno e settembre 2022 di allentamento delle restrizioni dovute alla pandemia da COVID-19, una differenza nelle variabili paure per il covid (MAC-RF), fattori di personalità (PID-5-BF), ansia (GAD-7), depressione (PHQ-9), contatto fisico e fiducia nelle professioni di cura, tra le persone che indossano la mascherina e quelle che non la indossano, al netto delle variabili età e orientamento politico.

Si ipotizza che il gruppo di soggetti che indossano la mascherina abbia maggiori paure legate al covid, maggiori livelli di ansia, e alcuni fattori di personalità più marcati, quali affettività negativa, e distacco, rispetto a quelli del gruppo che non indossa la mascherina al chiuso (Mallinas, et al., 2021; Byun, et al., 2022; Bonichini & Tremolada, 2021). Si suppone, invece, che questo secondo gruppo possa avere dei livelli di antagonismo, disinibizione, e psicoticismo maggiori, e dei sintomi depressivi più marcati, come già approfondito da studi precedenti che indagano i comportamenti nella fase acuta della

pandemia (Byun, et al., 2022). Altri studi analizzano, invece, il ruolo della fiducia nelle professioni di cura che si ipotizza essere fondamentale nella scelta di tenere la mascherina, mentre livelli maggiori di reattanza sembrano avere un impatto nella scelta di non tenere la mascherina al chiuso (Ahluwalia et al., 2021; Mallinas, et al., 2021; Young, Rasheed, Bleakley, & Langbaum, 2022).

Dato che dalla letteratura è emerso che l'età e l'orientamento politico influiscono sulla scelta di tenere o non tenere la mascherina al chiuso, le analisi sono state condotte controllando l'effetto di questi due fattori (Levitt et al., 2022; Mallinas, et al., 2021).

IPOTESI 2: si è voluto inoltre indagare delle possibili correlazioni, differenziate per il gruppo di chi indossa la mascherina e per quello che non la indossa, tra ansia generalizzata (GAD) e sintomi depressivi (PHQ) con le emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico (controllato, debole, spaventato, sciocco, coraggioso, che mi prendo cura, forte, protetto), e gli item che indagano il contatto fisico e la resilienza. Nel gruppo di chi indossa le mascherine l'aspettativa è che i sintomi ansiosi e depressivi siano correlati positivamente con gli item che indagano le emozioni negative provate quando si indossa la mascherina in pubblico, come controllato, debole, spaventato, sciocco, e con quelli che indagano il contatto fisico come fastidioso (Byun et al., 2022). Invece, si è supposta una correlazione negativa tra ansia e depressione con le emozioni positive quando si indossa la mascherina, come coraggioso, che mi prendo cura, forte, e protetto. Per quanto riguarda la resilienza, sulla base di quanto emerso dalla letteratura precedente, non è attesa una correlazione significativa (Wiedemann et al., 2022). È emerso che la pandemia ha avuto un effetto sui sintomi ansiosi e depressivi e ci si aspetta che esistano

associazioni tra item che indagano aspetti connessi alla pandemia e i sintomi ansiosi e depressivi (Bonichini & Tremolada, 2021).

Nel gruppo di chi non indossa la mascherina, invece, si ipotizza che sintomi ansiosi e depressivi siano correlati positivamente con emozioni negative rispetto alla mascherina, quindi controllato, debole, spaventato, sciocco, e con gli item sul contatto fisico. Mentre ci si aspetta che siano correlati negativamente con emozioni positive legate alla mascherina (coraggioso, e forte), con l'item che riguarda il piacere nel contatto fisico e gli item sulla resilienza (Koebele et al., 2021; Byun et al., 2022).

3.2 METODI

3.2.1 CAMPIONE

Questo studio include un campione totale di 1126 soggetti di età compresa tra i 18 e i 64 anni. Il campione è stato suddiviso in due gruppi in base a chi dichiara di indossare la mascherina al chiuso e chi non la indossa, al netto che nel periodo della raccolta non fosse più obbligatorio farlo. Sono stati condotti dei T di Student per le variabili continue, quali età e orientamento politico, che è stato equiparato a variabile in scala su cinque livelli (1= spiccatamente di destra; 5= spiccatamente di sinistra), e dei Chi-quadrati per le variabili categoriali per testare eventuali differenze.

È emersa una differenza significativa tra i gruppi per età (t= 3,725; p= <,001), con età maggiore per il gruppo di chi indossa le mascherine (M= 33,93; DS= 13,124) rispetto a chi non le indossa (M= 31,12; DS= 11,010).

I gruppi differiscono significativamente anche per orientamento politico (t= 4,196; p= <,001), con orientamento più spesso tendenzialmente di sinistra per chi le indossa (M= 3,44; DS= ,860) rispetto a chi non le indossa (M= 3,21; DS= ,924).

Successivamente sono state indagate altre variabili, quali il sesso assegnato alla nascita per il quale è emersa una differenza significativa tra i gruppi (χ^2= 37,460 ; p= <,001), con una percentuale maggiore di donne rispetto agli uomini in chi indossa la mascherina al chiuso e rispetto a chi non le indossa (rispettivamente 77.5% di donne e 22.5% di uomini nel primo gruppo e 59.9% di donne e 40.1% di uomini nel secondo).

Per quanto riguarda l'identità di genere non sono emerse differenze significative (χ^2= 5,890[a]; p= <,117) nella categoria cisgender tra chi indossare la mascherina e chi non la indossa (rispettivamente 94.4% nel primo caso e 95,3% nel secondo), nella categoria transgender tra chi indossa la mascherina e chi non la indossa (rispettivamente 0.4% nel primo caso e 0.1% nel secondo); anche nella categoria non binario tra chi indossa la mascherina e chi non la indossa (rispettivamente 3.4% nel primo caso, 1.6% nel secondo) e nella categoria altro (1.8% indossa la mascherina e 3.0% non la indossa).

È emersa, invece, una differenza significativa per il ciclo di istruzione completato (χ^2= 33,087[a]; p= <,001) con le seguenti percentuali nelle categorie dei due gruppi: le persone che hanno completato la scuola secondaria di primo grado nel 4.3% dei casi indossa la mascherina, nel 5.3% non la indossa; il 31.7% di chi ha completato la scuola secondaria di secondo grado indossa la mascherina, il 46.7% non la indossa; nel gruppo di chi ha terminato la laurea triennale, il 28.8% indossa la mascherina, il 25.5% non la indossa; il

27.7% di coloro che hanno completato la laurea magistrale indossa la mascherina al chiuso, il 17.9% non la indossa; tra coloro che hanno conseguito un dottorato di ricerca, 1.1% indossa la mascherina al chiuso e 1.0% non la indossa.

Emerge una differenza significativa anche per la religiosità (χ^2= 29,878[a]; p= <,001) con prevalenza di persone religiose tra chi la indossa (48.3%) e di non religiosi tra chi non la indossa (49.9%).

Per quanto riguarda la presenza di una relazione romantica attuale non è emersa una differenza significativa (χ^2= 2,634[a]; p= <,105) tra chi indossa la mascherina e chi non la indossa. La maggior parte dei soggetti per entrambi i gruppi è in una relazione romantica (rispettivamente il 73.3% in chi la indossa e il 68.8% in chi non la indossa).

La presenza di una patologia organica evidenzia una differenza significativa (χ^2= 8,299[a]; p= ,004) tra chi indossa la mascherina al chiuso (10,9% dichiara di averne una) e chi non la indossa (6,1% dichiara di averne una).

3.2.2 PROCEDURA

È stata creata una survey ad hoc per lo studio e divulgata attraverso un link diffuso in diverse piattaforme social, quali Facebook, Instagram, WhatsApp, tramite un campionamento a valanga. Sono stati selezionati soggetti con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, ai quali è stato chiesto di compilare anonimamente la survey self-report online presso la propria abitazione o nei luoghi che il partecipante ha ritenuto opportuni. La compilazione ha richiesto un tempo complessivo di circa 35 minuti e il periodo di raccolta

dati si è svolto dal 13 giugno 2022 al 25 settembre 2022. Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università di Padova (Numero Univoco: 25628F5BFB4D72468BEBD0D6C83A9A0F).

Nella prima pagina è stato chiesto il consenso informato allo studio, dopo aver esposto le informazioni generali sull'obiettivo dello studio, gli strumenti presentati e i recapiti telefonici. Al termine di questa pagina il partecipante era tenuto ad acconsentire o meno all'utilizzo dei dati del questionario a scopo di ricerca. Nel caso di rifiuto la compilazione si interrompeva.

Questa survey conteneva una scheda informativa, volta a indagare l'età, il genere, il percorso di studi, la situazione lavorativa, e alcune domande create ad hoc per lo studio che si proponevano di approfondire l'orientamento politico, la fiducia nel governo, nelle scienze e nelle professioni di cura, la resilienza e la reattanza, estrapolate da studi già precedentemente validati (Sinclair & Wallston, 2004; Dillard & Shen, 2005; Mahalik, Bianca, & Harris, 2021; Mallinas et al., 2021) e identificate già come variabili importanti per il benessere psicologico di un individuo. Inoltre, erano presenti altre domande che cercavano di identificare le emozioni provate quando si indossa la mascherina dallo scoppio della pandemia nel 2020 al periodo attuale (settembre 2022). Gli altri strumenti presenti nella survey sono questionari standardizzati e validati, che indagavano le paure rispetto al covid (Multidimensional Assessment of COVID-19--Related Fears, MAC-RF), aspetti di personalità (Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders-Brief Form, PID-5-BF), sintomi di preoccupazione e ansia (Generalized Anxiety Disorder Scale – 7, GAD-7), e sintomi depressivi (Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9).

3.2.3 STRUMENTI

Per la presente ricerca è stato ideato un questionario in formato computerizzato sulla piattaforma Qualtrics, al quale è possibile accedere attraverso un link che è stato diffuso su diversi social network. Il link rimandava ai seguenti strumenti.

Una scheda informativa volta a indagare alcune variabili socio anagrafiche, quali sesso assegnato alla nascita, l'identità di genere e l'orientamento sessuale, ciclo di istruzione più alto completato, la presenza di una relazione romantica attuale e la religione. Inoltre, sono state indagate altre variabili demografiche, quali età e presenza di una patologia organica. È stata inserita una domanda specifica sull'orientamento politico ("Con quale orientamento politico ti identifichi maggiormente?") sulla base di quanto emerso dallo studio di Mahalik, Bianca, e Harris (2021).

È stata anche creata una survey ad hoc per lo studio, all'interno della quale si possono identificare 4 item che riguardano il contatto fisico (esempio di item "Non mi piace il contatto fisico con i bambini delle altre persone") per i quali si chiede di esprimere il grado di accordo del soggetto attraverso una scala Likert a 5 punti, dove 1 corrisponde a "Non concordo affatto" e 5 a "Concordo totalmente". Altri 4 item estrapolati dalla Brief Resilient Coping Scale di Sinclair e Wallston (2004) indagano la resilienza nel modo di descriversi del soggetto (esempio di item "Cerco modalità creative per modificare situazioni difficili") con una scala Likert a 5 punti, dove 1 è "Non mi descrive per niente" e 5 "mi descrive totalmente".

Vengono anche presentati 4 item che indagano la fiducia nelle professioni di cura e nella ricerca scientifica così come sono stati già studiati da Mallinas et al. (2021) (esempio di item "Mi fido della ricerca scientifica e delle sue scoperte") e altri 4 item che indagano la

reattanza del soggetto sulla base di quello che emerge dallo studio di Dillard e Shen (2005) (esempio di item "Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina decidono per me"), le risposte vengono date su una scala da 1 "Disaccordo" a 5 "Accordo".

L'item "Nonostante le indicazioni del DPCM del primo maggio 2022, che non la reputano più obbligatoria nei luoghi chiusi, tieni comunque la mascherina?" presupponeva una risposta dicotomica si/no grazie alla quale si è potuto successivamente suddividere il campione in due sottogruppi, chi utilizza la mascherina e chi non la utilizza. Dopo questa domanda vengono proposti una serie di questionari standardizzati: 8 di questi avevano lo scopo di indagare le emozioni dei soggetti nell'indossare la mascherina in pubblico. In particolare è stato chiesto "Quando pensi di indossare una mascherina in pubblico come ti senti" e venivano proposte le emozioni controllato, debole, spaventato, sciocco, coraggioso, che si prende cura, forte, protetto, per le quali il soggetto era tenuto a indicare il suo grado di accordo con quella emozione, da 1 "Disaccordo" a 5 "Accordo".

È stato inserito il Multidimensional Assessment of COVID-19–Related Fears (MAC-RF) (Schimmenti, Starcevic, Giardina, Khazaal, & Billieux, 2020). Questo è uno strumento self-report composto da otto item che hanno lo scopo di valutare la paura clinicamente rilevante correlata al COVID-19. Il MAC-RF è stato ideato con un modello teorico di riferimento, secondo il quale durante le pandemie la paura è il risultato dell'interazione tra diversi domini, quali esperienze corporee, interpersonali, cognitive e comportamentali. Gli item presenti vengono raggruppati nelle seguenti sottoscale: paure connesse al corpo (paura del corpo e per il corpo), paure connesse alle relazioni significative (paura degli altri e per gli altri), difficoltà nel monitoraggio cognitivo delle

preoccupazioni (paura di conoscere e di non conoscere), e difficoltà comportamentali connesse alla paura (paura di agire e di non agire) (Schimmenti et al., 2020). Viene chiesto di esprimere il punteggio che rispecchi maggiormente l'esperienza vissuta dal soggetto nell'ultima settimana, espresso attraverso una scala Likert a cinque punti, quali 1 "Molto diverso da me", 2 "Abbastanza diverso da me", 3 "Né diverso da me né simile a me", 4 "Abbastanza simile a me", 5 "Molto simile a me" (esempio di item "Sono terrorizzato dal fatto che il mio corpo entri in contatto con oggetti contaminati dal coronavirus"). Si calcola così il punteggio totale al test che può variare da 0 a 32, dove maggiore è il punteggio e maggiori sono le paure connesse al covid. Lo strumento ha mostrato buona validità e affidabilità.

Un altro strumento che viene inserito è il Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders-Brief Form (PID-5-BF) (Fossati, Somma, Borroni, Markon, & Krueger, 2017). Questo questionario self-report valuta i tratti di personalità sulla base dei 5 domini teorizzati dal DSM-5, quali Affettività Negativa, Distacco, Disinibizione, Antagonismo e Psicoticismo. È composto da 25 item totali, cinque per ogni dominio, ed è indirizzato a soggetti maggiorenni. Viene chiesto di esprimere il grado di accuratezza con il quale ogni item descrive il soggetto sulla base di punteggi su una scala Likert a quattro punti, quali 0 "Sempre o spesso falso", 1 "talvolta o abbastanza falso", 2 "Talvolta o abbastanza vero", 3 "Sempre o spesso vero" (esempio di item "Mi sento come se agissi completamente d'impulso"). I punteggi vengono calcolati separatamente per ogni dominio e punteggi più alti indicano una presenza maggiore di quel tratto, poi viene calcolato un punteggio totale. Lo strumento ha mostrato buona validità e affidabilità.

Il Generalized Anxiety Disorder Scale – 7 (GAD-7) (Johnson, Ulvenes, Øktedalen, & Hoffart, 2019) offre un'indagine sui sintomi di preoccupazione e ansia vissuti dal soggetto nelle ultime due settimane. È un ottimo strumento di screening per i disturbi di ansia, perché è affidabile e valido nonostante sia molto breve, infatti è composto sette item. Viene chiesta la frequenza con la quale il soggetto ha provato fastidio per dei problemi successivamente elencati (esempio di item "Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a") e le risposte vengono date sulla base di una scala Likert a quattro punti, 0 "Affatto", 1 "Diversi giorni", 2 "Più della metà dei giorni", 3 "Quasi ogni giorno", con un punteggio totale che si colloca in un range da 0 a 21, dove maggiore è il punteggio e maggiore è il livello di ansia espresso.

Il Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) (Spitzer et al., 1999) è un breve questionario self-report che indaga la presenza e la gravità di eventuali sintomi depressivi nelle ultime due settimane e viene utilizzato anche come strumento diagnostico e di monitoraggio dei sintomi stessi. È composto da due macro-domande: la prima è composta da nove item e indaga la frequenza con la quale i problemi successivamente elencati hanno ostacolato il soggetto nelle ultime due settimane (esempio di item "Scarso interesse o piacere nel fare le cose"); la seconda valuta lo stato di compromissione funzionale che i disturbi sopra elencati hanno provocato sul normale svolgimento della vita quotidiana del soggetto. I primi nove item vengono valutati su una scala Likert a quattro punti, con 0 "Mai", 1 "Alcuni giorni", 2 "Più di metà dei giorni", 3 "Quasi tutti i giorni" e quindi il punteggio del PHQ-9 ha un range compreso tra 0 e 27, dove punteggi più alti indicano la presenza di depressione più severa nel soggetto. La seconda domanda viene misurata attraverso una scala Likert a quattro punti, 1 "Per niente difficile", 2 "abbastanza difficile", 3 "Molto

difficile", 4 "Estremamente difficile", ma questa domanda non concorre nella determinazione di un punteggio totale del PHQ-9. Lo strumento ha mostrato buona validità e affidabilità.

CAPITOLO 4 – I RISULTATI

4.1 ANALISI COMPARATIVA TRA IL GRUPPO DI SOGGETTI CHE INDOSSA LA MASCHERINA AL CHIUSO E QUELLO CHE NON LA INDOSSA NELLE VARIABILI PAURA PER IL COVID-19, TRATTI DI PERSONALITÀ, ANSIA, DEPRESSIONE, FIDUCIA NELLE PROFESSIONI DI CURA E REATTANZA

Per analizzare i dati ottenuti da gruppi di persone che indossano la mascherina (n=442) e quelli che non la indossano (n=675) è stata condotta una MANCOVA (*Multivariate analysis of covariance*) con lo scopo di identificare le differenze tra i due gruppi nelle variabili analizzate dai questionari, avvalendosi delle variabili età e orientamento politico come covariate.

	MASCHERINA SI (n=442)		**MASCHERINA NO (n=675)**		**MANCOVA Età**		**MANCOVA Orientamento politico**		**MANCOVA Mascherina**	
	Media	DS	Media	DS	F	P-value	F	P-value	F	P-value
MAC-RFTOT	12,64	6,060	9,27	5,862	19,0849	**<,001**	0,7680	0,381	86,1632	**<,001**
AFFETTIVITÀ NEGATIVA	6,07	2,869	5,48	2,812	40,0073	**<,001**	2,8303	0,093	12,4907	**<,001**
DISTACCO	3,89	2,842	3,78	2,610	12,1052	**<,001**	0,1385	0,710	0,3404	0,560
ANTAGONISMO	2,92	2,319	3,11	2,461	1,6833	0,195	3,2915	0,070	1,5193	0,218
DISINIBIZIONE	2,86	2,501	3,55	2,789	2,1194	0,146	5,9584	**0,015**	16,4725	**<,001**
PSICOTICISMO	4,46	3,048	4,25	2,880	51,9934	**<,001**	1,33e-6	0,999	2,1169	0,146
GAD-7TOT	7,76	4,902	6,91	4,750	36,7642	**<,001**	0,0930	0,760	8,5318	**0,004**
PHQ-9TOT	8,18	5,708	7,74	5,629	47,3965	**<,001**	3,2981	0,070	2,9800	0,085
1 Fiducia Ricerca	4,73	,546	4,48	,851	55,2212	**<,001**	42,4519	**<,001**	34,7169	**<,001**
2 Fiducia Professioni Cura	4,66	,589	4,41	,836	66,8583	**<,001**	35,9146	**<,001**	32,4797	**<,001**

3 Fiducia Scoperte Scientifiche COVID	4,53	,746	4,15	1,108	70,4182	**<,001**	65,3171	**<,001**	46,5465	**<,001**
4 Fiducia Indicazioni Da Professioni Cura	4,32	,881	3,90	1,187	77,4331	**<,001**	76,6733	**<,001**	44,0106	**<,001**
1 Regole Decidono Per Me	2,87	1,505	3,10	1,297	9,0158	**0,003**	6,5523	**0,011**	7,0180	**0,008**
2 Regole Mi Mettono Pressione	1,73	1,004	2,46	1,324	1,3689	0,242	33,2322	**<,001**	100,2995	**<,001**
3 Regole Minacciano Mia Libertà	1,44	,821	2,11	1,269	10,1796	0,221	46,56,03	**<,001**	90,0782	**<,001**
4 Regole Cercano Di Manipolarmi	1,17	,495	1,59	1,021	31,0810	**<,001**	42,3166	**<,001**	64,5976	**<,001**

Tabella 1: MANCOVA per comparare i due gruppi (chi indossa la mascherina al chiuso e chi non la indossa), con età e orientamento politico come covariate.

È stata osservata l'influenza dell'età sulle variabili indagate attraverso la MANCOVA e in molti casi è risultata essere un fattore significativo. In particolare, è emersa una differenza significativa tra chi indossa e non indossa la mascherine nelle seguenti variabili: MAC-RF punteggio totale, alcuni fattori del PID-5-BF (affettività negativa, distacco e psicoticismo), il GAD-7 punteggio totale, il PHQ-9 punteggio totale, tutti e quattro gli item sulla fiducia nella ricerca scientifica e nelle professioni di cura. Per queste variabili i punteggi più alti risultano nel gruppo che indossa la mascherina al chiuso. Mentre, si evince una differenza significativa anche per due item sulla reattanza, che cercano di quantificare quanto le regole decidono per il soggetto e quanto cercano di manipolarlo, con punteggi maggiori nel gruppo che non indossa le mascherine al chiuso. Non è stata riscontrata una differenza significativa, invece, in altre variabili, quali i fattori del PID-5-BF "antagonismo" e "disinibizione" e due item sulla reattanza, (*vedi tabella 1*).

È stata analizzata anche l'influenza dell'orientamento politico nei due gruppi di chi indossa o non indossa la mascherina, rispetto alle variabili dello studio, attraverso la MANCOVA. Sono emerse delle differenze significative nelle variabili fattore "disinibizione" del PID-5-BF e nei quattro item sulla fiducia nella ricerca scientifica e nelle professioni di cura, con un punteggi più alti per coloro che indossano la mascherina al chiuso. Per quanto riguarda i quattro item sulla reattanza è emersa una differenza significativa con punteggi maggiori per coloro che non indossano la mascherina al chiuso. Non è stata identificata una differenza significativa considerando l'orientamento politico nei due gruppi nelle seguenti variabili: MAC-R punteggio totale, quattro fattori del PID-5-BF (affettività negativa, distacco, antagonismo, psicoticismo), GAD-7 punteggio totale, e PHQ-9 punteggio totale (*vedi tabella 1*).

È stata condotta una MANCOVA per verificare l'effetto sulle variabili analizzate, al netto dei fattori età e orientamento politico, di far parte del gruppo che indossa o meno la mascherina al chiuso. L'analisi effettuata ha evidenziato una differenza significativa tra i due gruppi per le variabili MAC-RF punteggio totale , i fattori "affettività negativa" e "disinibizione" del PID-5-BF, GAD-7 punteggio totale e i quattro item sulla fiducia nella ricerca scientifica e nelle professioni di cura, con punteggi più alti per chi indossa la mascherina al chiuso. Nel gruppo che non indossa la mascherina all'interno risultava una differenza significativamente maggiore per quanto riguarda gli item sulla reattanza.
Tuttavia, non è emersa nessuna differenza significativa tra i due gruppi con alcuni fattori del PID-5-BF (distacco, antagonismo, psicoticismo) e con il PHQ-9 punteggio totale (*vedi tabella 1*).

4.2 CORRELAZIONI BIVARIATE PARZIALI TRA SINTOMI ANSIOSI E DEPRESSIVI E LE VARIABILI CONTATTO, RESILIENZA ED EMOZIONI PROVATE QUANDO SI INDOSSA LA MASCHERINA IN PUBBLICO NEI GRUPPI DI CHI INDOSSA LA MASCHERINA AL CHIUSO E CHI NON LA INDOSSA

Sono state condotte delle correlazioni bivariate parziali, controllate per età e orientamento politico, tra i punteggi totali del GAD-7 e del PHQ-9 con le variabili relative alle emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico (controllato, debole, spaventato, sciocco, coraggioso, che mi prendo cura, forte, protetto), i quattro item sul contatto e quattro sulla resilienza. Le correlazioni sono state elaborate separatamente nei due gruppi di soggetti, quelli che indossano la mascherina al chiuso e quelli che non la indossano (*vedi tabella 2, 3, 4, 5*). Dalle analisi preliminari risulta che l'età e l'orientamento politico sono diversi nei due gruppi, per questo sono state selezionate come covariate.
Il livello di significatività è stato fissato a p<,05 per tutte le analisi.

Il primo gruppo analizzato è stato quello dei soggetti che indossano la mascherina al chiuso. Tra le correlazioni che sono risultate significative, è stata trovata una correlazione positiva tra il GAD-7, e alcune emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico, quali "controllato", "spaventato", e "coraggioso", e due item sul contatto. Quindi a punteggi maggiori nell'ansia generalizzata corrispondevano punteggi maggiori nel sentirsi controllati, spaventati, coraggiosi, e a provare fastidio nel contatto fisico.
È invece emersa una correlazione negativa tra il GAD-7 e un item sul contatto e tre item sulla resilienza. Quindi a punteggi maggiori nell'ansia corrispondevano punteggi minori nella piacevolezza del contatto fisico da parte di professionisti e nella resilienza.

Rispetto alle emozioni “debole”, “sciocco”, “che mi prendo cura”, “forte”, e “protetto”, che si provano quando si indossa la mascherina in pubblico, un item sul contatto fisico e uno sulla resilienza non sono emerse correlazioni con l’ansia (*vedi tabella 2 e 3*).

Per quanto riguarda le correlazioni significative tra le variabili e il PHQ-9, è stata trovata una correlazione positiva con le emozioni “controllato”, “spaventato”, e “coraggioso” provate quando si indossa la mascherina in pubblico, e con tre item sul contatto. Quindi a punteggi maggiori nei sintomi depressivi corrispondevano punteggi maggiori nel sentirsi controllati, spaventati, e coraggiosi, e nel provare fastidio per il contatto fisico. Correlazioni negative sono state trovate tra il PHQ-9 e un item sul contatto e tre item sulla resilienza. Quindi a punteggi maggiori nei sintomi depressivi corrispondevano punteggi minori nella piacevolezza al contatto fisico da parte di professionisti e nella resilienza. Non sono invece emerse correlazioni significative tra i sintomi depressivi (PHQ-9) e alcune emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico (debole, sciocco, che mi prendo cura, forte, protetto) e un item sulla resilienza (*vedi tabella 2 e 3*).

		Controllato se mascherina in pubblico	**Debole se mascherina in pubblico**	**Spaventato se mascherina in pubblico**	**Sciocco se mascherina in pubblico**	**Coraggioso se mascherina in pubblico**	**Che mi prendo cura se mascherina in pubblico**	**Forte se mascherina in pubblico**	**Protetto se mascherina in pubblico**
GAD-7TOT	R	,116	,047	,118	,012	,131	-,029	,096	-,003
	P-value	**,020**	,341	**,017**	,807	**,008**	,565	,053	,958
PHQ-9TOT	R	,156	,044	,105	,050	,140	-,029	,087	-,064
	P-value	**,002**	,380	**,035**	,317	**,005**	,566	,079	,202

Tabella 2: correlazioni bivariate parziali all’interno del gruppo che indossa la mascherina al chiuso tra il GAD-7 e del PHQ-9 e le variabili relative alle emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico (controllato, debole, spaventato, sciocco, coraggioso, che mi prendo cura, forte, protetto).

		Contatto 1	Contatto 2	Contatto 3	Contatto 4	Resilienza 1	Resilienza 2	Resilienza 3	Resilienza 4
GAD-7TOT	R	,037	,099	-,103	,139	-,135	-,244	-,207	,015
	P-value	,455	**,047**	**,039**	**,005**	**,007**	**,000**	**,000**	,757
PHQ-9TOT	R	,135	,172	-,145	,117	-,120	-,266	-,219	,033
	P-value	**,007**	**,000**	**,003**	**,019**	**,015**	**,000**	**,000**	,502

Tabella 3: correlazioni bivariate parziali all'interno del gruppo che indossa la mascherina al chiuso tra il GAD-7 e del PHQ-9 e le variabili sul contatto e sulla resilienza.

Successivamente è stato preso in considerazione il campione che ha dichiarato di non indossare le mascherine al chiuso. Sono state condotte delle correlazioni bivariate parziali anche in questo gruppo. Sono emerse delle correlazioni significative positive tra il GAD-7 e le seguenti variabili: le emozioni "controllato", "debole", "spaventato", "sciocco", "forte" quando il soggetto indossa la mascherina in pubblico, due item sul contatto, e uno sulla resilienza. Quindi a punteggi maggiori nell'ansia generalizzata corrispondevano punteggi maggiori nel sentirsi controllati, deboli, spaventati, sciocchi e forti, a provare fastidio nel contatto fisico e ad essere resilienti.

Mentre è risultata una correlazione negativa tra i livelli di ansia (GAD-7) e due item sulla resilienza. Quindi a punteggi maggiori nell'ansia generalizzata corrispondevano punteggi minori nell'essere resilienti.

Non è emersa invece alcuna correlazione significativa tra GAD-7 e alcune variabili, tra cui le emozioni "coraggioso", "che mi prendo cura", e "protetto" quando si indossa la mascherina; due item sul contatto, e un item sulla resilienza (*vedi tabella 4 e 5*).

Per quanto riguarda il PHQ-9 sono state trovate correlazioni significative con alcune emozioni che il soggetto prova se indossa la mascherina in pubblico, quali "controllato", "debole", "spaventato", "sciocco", "forte", con tre item sul contatto, e con un item sulla

resilienza. Quindi a punteggi maggiori nei livelli di depressione corrispondevano punteggi maggiori nel sentirsi controllati, deboli, spaventati, sciocchi e forti, a provare fastidio nel contatto fisico e ad essere resilienti.

In merito alle correlazioni negative, il PHQ-9 risulta correlata in modo inverso con due item sulla resilienza. Quindi a punteggi maggiori nei livelli depressivi corrispondevano punteggi minori nel sentirsi resiliente.

Rispetto alle emozioni "coraggioso", "che mi prendo cura", e "protetto" se viene indossata la mascherina in pubblico, un item sul contatto, e un item sulla resilienza non è emersa alcuna correlazione significativa con la depressione valutata attraverso i punteggi del PHQ-9 (*vedi tabella 4 e 5*).

		Controllato se mascherina in pubblico	**Debole se mascherina in pubblico**	**Spaventato se mascherina in pubblico**	**Sciocco se mascherina in pubblico**	**Coraggioso se mascherina in pubblico**	**Che mi prendo cura se mascherina in pubblico**	**Forte se mascherina in pubblico**	**Protetto se mascherina in pubblico**
GAD-7TOT	R	,120	,130	,182	,089	,068	-,011	,173	,062
	P-value	**,003**	**,001**	**,000**	**,026**	,091	,785	**,000**	,123
PHQ-9TOT	R	,107	,124	,105	,104	,049	-,050	,131	-,012
	P-value	**,008**	**,002**	**,009**	**,010**	,221	,219	**,001**	,771

Tabella 4: correlazioni bivariate parziali all'interno del gruppo che non indossa la mascherina al chiuso tra il GAD-7 e del PHQ-9 e le variabili relative alle emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico (controllato, debole, spaventato, sciocco, coraggioso, che mi prendo cura, forte, protetto).

		Contatto 1	**Contatto 2**	**Contatto 3**	**Contatto 4**	**Resilienza 1**	**Resilienza 2**	**Resilienza 3**	**Resilienza 4**
GAD-7TOT	R	,046	,158	-,034	,171	,028	-,211	-,185	,104
	P-value	,250	**,000**	,402	**,000**	,490	**,000**	**,000**	**,010**
PHQ-9TOT	R	,124	,178	-,062	,145	,050	-,202	-,228	,118
	P-value	**,002**	**,000**	,124	**,000**	,216	**,000**	**,000**	**,003**

Tabella 5: correlazioni bivariate parziali all'interno del gruppo che non indossa la mascherina al chiuso tra il GAD-7 e del PHQ-9 e le variabili relative al contatto e alla resilienza.

CAPITOLO 5 - DISCUSSIONI

Il presente studio si propone di identificare e analizzare eventuali associazioni tra le caratteristiche disposizionali e condizioni di distress psicologico rispetto all'utilizzo della mascherina durante la fase acuta della pandemia di COVID-19, e soprattutto nell'arco temporale da giugno 2022 a settembre 2022, nel quale le misure di contenimento risultano meno rigide e in particolare la mascherina non risulta più obbligatoria a livello governativo al di fuori dei mezzi di trasporto e delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Relativamente all'ipotesi 1, sono state indagate le differenze nelle variabili paure per il covid (MAC-RF), fattori di personalità (PID-5-BF), ansia (GAD-7), depressione (PHQ-9), contatto fisico e fiducia nelle professioni di cura, tra le persone che indossano la mascherina e quelle che non la indossano. I risultati appaiono parzialmente coerenti con quanto ipotizzato.

Dai dati emersi si può notare che età e orientamento politico spiegano parte delle differenze tra chi indossa e non indossa la mascherina nei vari questionari, per questo le analisi di questo studio sono state condotte controllando l'effetto di queste due variabili separatamente (Mallinas, et al., 2021; Young et al., 2022; Levitt et al., 2022; Wallace, Goldsmith-Pinkham, & Schwartz, 2022). Questo vuol dire che ci sono delle variazioni in questi questionari sulla base dell'età e dell'orientamento politico.

In particolare, prendendo solo la variabile età come covariata, è emersa una differenza significativa per quanto riguarda il MAC-RF, cioè le paure per il COVID-19. I soggetti che hanno maggiori paure legate al virus e che per questo indossano la mascherina hanno

un'età maggiore, probabilmente perché percepiscono la propria salute come più rilevante e precaria. Questo risultato è in linea con quanto già emerso da studi precedenti che sottolineava che i più giovani erano meno propensi a seguire le raccomandazioni del governo sull'uso delle mascherine (Levitt et al., 2022). Inoltre, sono emerse delle variazioni significative anche per alcuni fattori del PID-5-BF, quali affettività negativa, distacco, e psicoticismo. Perciò più le persone hanno frequenti e intense emozioni negative, evitano le esperienze socio-emotive, e tendono a esibire comportamenti e cognizioni insoliti, più indossano la mascherina se sono più anziane. Mentre per i fattori antagonismo, cioè i comportamenti che mettono in disaccordo l'individuo con le altre persone, e disinibizione, cioè l'orientamento verso una gratificazione immediata, non sono emerse variazioni; perciò, questi due fattori non differiscono in chi indossa e non indossa la mascherina al crescere dell'età. I risultati per quanto riguarda ansia (GAD-7) e depressione (PHQ-9) fanno emergere una differenza nell'utilizzo della mascherina al crescere dell'età. Quindi, maggiore è l'età dei soggetti con sintomi ansiosi e depressivi più sono portati a indossare la mascherina, probabilmente come strumento per contrastare la loro preoccupazione. Anche la fiducia nella ricerca e nelle professioni di cura varia in base all'età, perciò più i soggetti più adulti hanno fiducia in queste e più indossano la mascherina. L'età è risultata una variabile importante anche per alcuni item sulla reattanza, come "Cerco modalità creative per modificare situazioni difficili" e "Cerco attivamente dei modi per compensare le mancanza che ho sperimentato nella mia vita", ma non per tutti. Quindi, solo in questi casi le persone che hanno livelli maggiori di reattanza, al crescere dell'età decidono di non indossare la mascherina. Questo dato può essere spiegato dal fatto che per individui anziani gli alti livelli di reattanza non sono abbastanza forti da contrastare la paura per la propria salute.

Identificando l'orientamento politico come covariata, invece, non sono emerse differenze significative circa le preoccupazioni per il COVID-19, la maggior parte dei fattori del PID-5-BF (affettività, distacco, antagonismo, e psicoticismo), i questionari che rilevano sintomi ansiosi e depressivi. Da questo si evince che l'orientamento politico non è un fattore che fa emergere differenze tra chi indossa e non indossa le mascherine nelle variabili sopra citate. Considerando l'orientamento politico, emergono invece differenze significative tra i due gruppi nella disinibizione, che è maggiore nel gruppo che non indossa la mascherina; perciò, essendo i soggetti che non indossano la mascherina per lo più di destra, coloro che hanno un orientamento politico più di destra e non indossano la mascherina hanno livelli maggiori di disinibizione, poiché inclini alla ricerca di gratificazione istantanea. L'orientamento politico era più di sinistra per il gruppo di coloro che indossano le mascherina rispetto a chi non la indossa e i soggetti che indossano la mascherina hanno punteggi più alti nella fiducia per la scienza e le professioni di cura. Quindi, tendenzialmente coloro che hanno un orientamento politico più di sinistra e che indossano la mascherina, hanno maggior fiducia nella ricerca e nelle professioni di cura. Anche per quanto riguarda la reattanza è emersa una variazione significativa, con livelli più alti per il gruppo che non indossa la mascherina al chiuso. Coerentemente con la letteratura, chi ha un orientamento politico più di destra e non indossa la mascherina ha riportato maggior reattanza dei tratti, come emerso dallo studio di Mallinas et al. (2021). Invece, far parte del gruppo che sceglie di indossare la mascherina al chiuso o che sceglie di non indossarla, al netto delle variabili età e orientamento politico, differisce significativamente nella variabile paure legate al covid, indagata attraverso il MAC-RF, con una paura maggiore nel gruppo che sceglie di indossarla al chiuso. Questo risultato è in linea con quanto ipotizzato e con la letteratura. Già da studi precedenti era emerso che

l'impegno da parte di un soggetto nell'adottare misure precauzionali era correlata alla sua percezione di rischio personale (Rudisill, 2013). Quindi, più un soggetto si percepisce esposto al rischio di contrarre l'infezione, più attuerà cambiamenti nelle sue norme comportamentali nella direzione di aderenza a comportamenti salutari (Schumpe et al., 2022). È perciò logico supporre che coloro che indossano la mascherina al chiuso abbiano maggiori preoccupazioni di entrare in contatto con il virus e per questo siano più propensi a prendere delle misure protettive, come quella di indossare la mascherina.

Emerge una differenza significativa anche per i fattori "affettività negativa" e "disinibizione" indagati attraverso il PID-5-BF, con livelli di affettività negativa maggiori nel gruppo di chi indossa la mascherina al chiuso, ma con livelli di disinibizione maggiori nel gruppo che non la indossa. Questo risultato è coerente con quanto ipotizzato, perché è ragionevole pensare che una persona con maggiore affettività negativa sia più propensa a tenere la mascherina, dato che esperisce in modo frequente e intenso alti livelli di emozioni negative; un esempio di queste emozioni negative può essere la preoccupazione per la salute personale e altrui che spinge il soggetto a indossare la mascherina. Mentre è probabile che i soggetti che hanno livelli più alti di disinibizione evitino di indossare la mascherina, perché sono più propensi a non considerare i vantaggi che questa può portare in un futuro e non hanno riguardo nei confronti del passato, ricercando soltanto una gratificazione immediata dei propri bisogni. Faticano quindi a identificare gli aspetti positivi che indossare la mascherina può avere per loro stessi e per gli altri, considerando soprattutto l'immediato fastidio che questa può procurare (Fossati, et al., 2017).

Per quanto riguarda i fattori "distacco", "antagonismo" e "psicoticismo", i risultati non sono coerenti con quanto era stato supposto, poiché non è emersa una differenza significativa nei due gruppi di soggetti. Da questi risultati si può supporre che il distacco,

cioè l'evitamento dell'esperienza socio-emotiva, l'antagonismo, che riguarda comportamenti che mettono l'individuo in disaccordo con le altre persone, e lo psicoticismo, cioè l'evitamento dell'esperienza socio-emotiva e la tendenza verso l'esibizione di comportamenti e cognizioni culturalmente incongruenti o insoliti, non siano collegate alla scelta da parte del soggetto di tenere o non tenere la mascherina. Ciò può significare che i soggetti scelgono di indossare la mascherina a prescindere dalla presenza di queste caratteristiche di personalità.

È inoltre emersa una differenza significativa tra i gruppi per quanto riguarda i sintomi ansiosi (GAD-7), con livelli di ansia maggiori nel gruppo di chi indossa la mascherina al chiuso, cosa che è coerente con quanto già emerso nella letteratura (Wiedemann et al., 2022; Byun et al., 2022). Infatti, secondo quanto indagato dal GAD-7, le persone più ansiose tendono ad avere preoccupazioni esagerate per cose diverse e ad avere paura che possa capitare qualcosa di terribile (Johnson et al., 2019). Perciò da questi risultati è possibile dedurre che i soggetti ansiosi siano più preoccupati anche per la loro salute e quindi siano più propensi ad adottare strategie di controllo su fattori esterni. Quindi indossare la mascherina può essere un fattore importante per chi ha elevati livelli di ansia perché dà un senso di protezione, a volte anche ingannevole.

Mentre per quanto riguarda i livelli di depressione (PHQ-9) non è stata riscontrata una differenza significativa intergruppale, contrariamente all'ipotesi dello studio e alla letteratura. Studi precedenti identificavano che, a causa dello stress derivato dal mancato rispetto delle misure di contenimento e della mancata cura nei confronti della salute personale, le persone che non indossavano la mascherina al chiuso erano maggiormente depresse (Byun et al., 2022). Nel presente studio, tuttavia, i dati che emergono sulla depressione sono simili per i due gruppi, chi indossa e chi non indossa la mascherina. Una

delle ragioni di questa differenza emersa rispetto alla letteratura precedente potrebbe riguardare il cambiamento introdotto al termine dell'obbligatorietà della mascherina. Infatti, lo stress causato dalla violazione delle misure di contenimento, identificato da Byun, Sim, Lim, Jang, e Kim (2022) come fattore collegato all'aumento dei livelli di depressione, potrebbe essere diminuito a causa della mancanza di queste direttive governative. Perciò la depressione non risulta un fattore fondamentale nella scelta di tenere o non tenere la mascherina.

Per quanto riguarda gli item sulla fiducia nella ricerca e nelle professioni di cura è emersa una differenza significativa tra i due gruppi, coerentemente con quanto era stato ipotizzato, con livelli di fiducia maggiori per il gruppo che sceglie di indossare la mascherina all'interno. Questi dati risultano coerenti anche con la letteratura che identifica la fiducia nelle professioni di cura come un fattore fondamentale nella scelta di seguire le linee loro guida, come l'utilizzo della mascherina (Mallinas, et al., 2021). Infatti, più i soggetti si fidano del personale sociosanitario e della scienza e più sono propensi ad ascoltare le indicazioni che vengono proposte da loro.

Anche i dati emersi sulla reattanza sono in linea con le ipotesi, poiché a livelli maggiori di reattanza è associato un minor utilizzo della mascherina nei luoghi chiusi. In letteratura la reattanza viene identificata come la resistenza a seguire gli ordini, e ciò risulta coerente con i nostri risultati perché l'utilizzo della mascherina è stato imposto dal governo e ciò potrebbe causare un'opposizione a questa misura nelle persone che hanno elevati livelli di reattanza (Mallinas, et al., 2021; Young et al., 2022).

Relativamente all'ipotesi 2, sono state valutate le correlazioni differenziate sulla base del gruppo di appartenenza, cioè chi indossa e chi non indossa la mascherina al chiuso, tra

ansia generalizzata, valutata attraverso il GAD-7, e sintomi depressivi, indagati con il PHQ-9, rispetto alle emozioni provate quando si indossa la mascherina in pubblico (controllato, debole, spaventato, sciocco, coraggioso, che mi prendo cura, forte, protetto), il contatto fisico e la resilienza.

Le analisi condotte nel gruppo di chi indossa la mascherina al chiuso suggeriscono che ci sia un'associazione tra la presenza di maggiori sintomi ansiosi (GAD-7), e depressivi (PHQ-9), e la maggior presenza di emozioni negative, infatti, si sentono controllati e spaventati quando indossano la mascherina in pubblico, come era stato ipotizzato e come è ragionevole pensare. Infatti, ansia e depressione anche nella letteratura precedente sono state spesso associate a emozioni negative, e il fatto di sentirsi controllati e spaventati nel mettere in atto una norma che ormai è socialmente accettata può essere collegata a sintomi di preoccupazione e depressione maggiori (Wiedemann et al., 2022; Byun et al., 2022).

Tuttavia, GAD-7 e PHQ-9 non risultano correlati con le emozioni che indicano il sentirsi deboli e sciocchi, contrariamente a quanto si era pensato. Quindi ansia e depressione non sono due fattori associati in maniera significativa a sentimenti di debolezza e ingenuità nel gruppo di coloro che continuano a indossare le mascherine. Questo potrebbe accadere perché se una persona persiste nell'indossare la mascherina è convinta che questa sia la cosa giusta da fare. Questa interpretazione è in linea con quanto emerso nell'item sul coraggio. Infatti, contrariamente da quanto ipotizzato, il fatto di sentirsi coraggioso quando si indossa la mascherina correla positivamente con ansia e depressione, perciò più una persona è preoccupata e triste e più si sente audace nell'indossare la mascherina. Questo potrebbe avere a che fare con il fatto che indossare la mascherina possa essere vissuta dai soggetti più ansiosi e depressi come una scelta coraggiosa perché comporta sacrifici importanti, ad esempio, pone dei limiti da un punto di vista sociale.

Invece, ansia e depressione non sono correlati con le emozioni del prendersi cura, del sentirsi forte, e protetto provate quando si indossa la mascherina in pubblico. È perciò possibile supporre che sintomi ansiosi e depressivi non abbiano una associazione significativa nel provare le emozioni positive precedentemente citate quando si indossa la mascherina. Questo risultato non è coerente con le ipotesi che supponevano una correlazione negativa; infatti, era stato ipotizzato che ansia e depressione variassero in maniera opposta rispetto alle emozioni positive, dal momento che sintomi ansiosi e depressivi sono generalmente associati a maggiori livelli di malessere.

Inoltre, i risultati, in linea con la letteratura, indicano che avere alti livelli di ansia e depressione sia correlato positivamente al provare fastidio nel contatto fisico e negativamente al provare piacere in questo, mentre per quanto riguarda l'avversione al contatto fisico con i bambini la correlazione positiva è emersa solo con i sintomi depressivi, ma non ansiosi (Byun et al., 2022). È coerente, infatti, pensare che persone con sintomi ansiosi e depressivi abbiano maggiori difficoltà nelle interazioni che prevedono il contatto fisico, mentre quando il contatto riguarda i bambini solo i soggetti depressi hanno riportato di provare avversione in maniera significativa, mentre per i soggetti ansiosi risulta meno fastidioso. Da studi precedenti è emerso che soprattutto l'ansia, ma anche la depressione, siano strettamente connesse con un rifiuto nei confronti del contatto (Solomou & Constantinidou, 2020). Questo potrebbe essere dovuto al fatto che, nel caso del periodo di pandemia, avere contatti con le altre persone espone maggiormente al rischio di contagio.

Quanto emerge sulla resilienza non risulta in linea con le ipotesi. È stata riscontrata una correlazione negativa tra ansia e depressione e la resilienza, quindi più le persone sono ansiose e depresse meno sembrano resilienti. Questo risultato non vale per l'ultimo item

sulla resilienza per il quale non è emersa una correlazione né con sintomi ansiosi né depressivi. Quanto emerso non appare in linea con la letteratura precedente, che non suggerisce un chiaro valore protettivo della resilienza da fattori di malessere psicologico (Wiedemann et al., 2022). Mentre in questo caso, essendo emersa una correlazione significativa, è possibile pensare che minor resilienza sia associata a maggior sofferenza a causa di eventi straordinari, come quello della pandemia, e quindi a minor capacità di trovare le risorse per fronteggiare le difficoltà.

Per quanto riguarda il gruppo di soggetti che non indossa la mascherina, sia i sintomi di ansia che di depressione sono correlati positivamente con le emozioni negative provate quando si indossa la mascherina in pubblico, quindi, più una persona è ansiosa o depressa più si sente controllata, debole, spaventata e sciocca, e questo risultato è coerente con le ipotesi. Infatti, è logico pensare che le persone ansiose e depresse che non portano la mascherina normalmente quando la indossano sperimentano dei sentimenti negativi e persecutori maggiori. È interessante notare che nel gruppo che non indossa le mascherine al chiuso ansia e depressione presentano delle correlazioni significative con un maggior numero di sentimenti negativi provati quando si indossano le mascherine (controllato, debole, spaventato, e sciocco), rispetto al gruppo che continua a indossare le mascherine al chiuso, dove le correlazioni con emozioni negative riguardano solo l'essere controllato e sciocco quando si indossa la mascherina. Questo risultato è in linea con le aspettative, perché coloro che hanno maggiore compliance nelle misure di contenimento, in particolare indossare la mascherina, saranno meno contrariati nel farlo, rispetto a persone che lo fanno solo se obbligati.

Diversamente da quanto ipotizzato, alti punteggi di ansia e depressione non correlano negativamente con le emozioni positive provate quando si indossa la mascherina. Emerge

solo una correlazione positiva tra i sintomi ansiosi e depressivi e l'emozione sentirsi forte quando si indossa la mascherina in pubblico. Questo dato è simile a quello emerso nel gruppo di chi indossa la mascherina al chiuso e sembra suggerire che, a prescindere dall'appartenenza a uno dei due gruppi, alti livelli di ansia e depressione siano legate all'esperire emozioni negative, ma non positive. Il fatto che i soggetti con sintomi di ansia e depressione che non indossano la mascherina si sentano forti quando la indossano è un dato interessante che necessita di un approfondimento in studi futuri.

Inoltre, è emersa una correlazione positiva tra sintomi ansiosi e depressivi e il contatto fisico vissuto come fastidioso, coerentemente con quanto era stato supposto. Mentre soltanto per quanto riguarda i sintomi depressivi è emersa una correlazione con l'avversione per il contatto fisico con i bambini delle altre persone, mentre secondo le ipotesi era attesa una correlazione significativa anche per quanto riguarda l'ansia. Perciò l'ansia non sembra essere una variabile associata al disagio nel contatto fisico con i bambini altrui. Questo dato risulta coerente anche con il risultato emerso nel gruppo di coloro che indossano la mascherina al chiuso, ed è possibile pensare che a prescindere dall'appartenenza a uno di questi due gruppi, i soggetti più ansiosi e depressi abbiano delle difficoltà con il contatto fisico, per le ragioni già precedentemente citate.

Contrariamente a quanto riscontrato in letteratura, ansia e depressione sono correlate ai tre item sulla resilienza. In particolare, tra coloro che non indossano più la mascherina al chiuso, maggiore è la presenza di sintomi ansiosi e depressivi, minore è la resilienza. È emersa, invece, una correlazione positiva tra ansia e depressione e l'item sulla resilienza "Cerco attivamente dei modi per compensare le mancanza che ho sperimentato nella mia vita". Questo dato dice che più si è ansiosi e depressi e più si cercano attivamente dei modi per compensare alle proprie mancanze, contrariamente alle aspettative (Koebele et

al., 2021; Byun et al., 2022). Il presente risultato può essere spiegato da come è stata posta la domanda in questione che suppone la necessità di utilizzare delle risorse per cambiare la situazione in una ricerca continua, caratteristica che si addice ai soggetti ansiosi, ma meno a quelli depressi. Per questo motivo, tale aspetto andrebbe approfondito ulteriormente in studi futuri.

In merito a possibili riflessioni circa le correlazioni emerse nei due gruppi di chi indossa e chi non indossa la mascherina si notano lievi differenze nei dati per quanto riguarda le correlazioni tra ansia e depressione e le variabili precedentemente citate (emozioni positive e negative provate quando si indossa la mascherina, contatto, e resilienza). In particolare, il gruppo che non indossa la mascherina nei luoghi chiusi sperimenta ansia e depressione in correlazione con una maggiore varietà di emozioni negative quando si indossa la mascherina in pubblico, in particolare con emozioni di controllo, debolezza, spavento e mancanza di buonsenso, rispetto al secondo gruppo che sembra sperimentare soprattutto controllo e spavento. Inoltre, i sintomi ansiosi e depressivi sono correlati a un numero maggiore di item legati al fastidio nel contatto fisico nel gruppo di chi indossa la mascherina rispetto a chi non la indossa. Questo è comprensibile, alla luce del fatto che può essere che chi indossa la mascherina sia più spaventato dalla pandemia e dal COVID-19, come infatti è emerso nello studio. Infine, nel gruppo di chi indossa la mascherina, a maggior sintomi ansiosi e depressivi è associata minor resilienza, perché emergono solo correlazioni negative, mentre nel gruppo di chi non la indossa è presente anche una correlazione positiva e ciò significa che nel gruppo di chi non indossa la mascherina, individui con ansia e depressione possono essere anche più resilienti.

5.1 LIMITI

Questo studio presenta alcuni limiti. Prima di tutto l'utilizzo di questionari self-report presenta dei bias legati alla desiderabilità sociale che potrebbero aver portato i soggetti a dare delle risposte più legate alle loro aspettative che alla realtà. In secondo luogo, il campionamento a valanga e la modalità di somministrazione self-report offre allo sperimentatore poca supervisione sulla veridicità dei dati dichiarati. Si è cercato di ridurre questo limite attraverso la modalità di accesso al link che conteneva la survey che prevedeva un'interazione diretta con lo sperimentatore.

Inoltre, i questionari sono stati diffusi nel periodo immediatamente successivo all'allentamento delle restrizioni che prevedevano la revoca dell'obbligo di utilizzo della mascherina all'interno, e per questo motivo i soggetti avrebbero potuto sperimentare dei sentimenti ancora legati alle regole precedenti e per questo impedisce generalizzazioni. Ricerche future potrebbero quindi ovviare a questo limite dando una visione più a lungo termine dei costrutti analizzati. Nell'arco di tempo della raccolta dati è cambiata la situazione della pandemia con momenti di maggior o minor presenza del virus. Inoltre, un soggetto che ha compilato la survey a giugno può essere meno abituato a non portare la mascherina di uno che compila a settembre.

Un ulteriore limite si può individuare nel fatto che non è presente una valutazione baseline pre-pandemia sullo stato psicologico per le persone, quindi non è possibile attribuire la causa dell'eventuale disagio riscontrato all'utilizzo o meno della mascherina.

5.2 CONCLUSIONI

Il presente studio è uno dei primi in Italia e nel mondo occidentale a indagare l'impatto psicologico che l'utilizzo della mascherina ha avuto sui soggetti dall'allentamento delle restrizioni dovute al COVID-19 (maggio 2022) ai giorni attuali (settembre 2022).

Nel panorama degli studi sulle conseguenze a lungo termine della pandemia la presente ricerca è utile per capire se l'introduzione di una specifica misura di contenimento del virus, l'utilizzo della mascherina, può essere associata a caratteristiche di personalità e disposizionali, e a stati ansiosi e depressivi.

Inoltre, questo studio è importante perché fornisce informazioni utili per la conoscenza delle caratteristiche delle persone che indossano la mascherina al chiuso e coloro che, invece, non la indossano più dalla fine delle restrizioni, dando una panoramica sulla presenza di eventuali associazioni tra condizioni di distress psicologico e caratteristiche disposizionali.

Questa ricerca può rappresentare una buona base di analisi, ma sono necessari approfondimenti futuri che possano prendere in esame la presenza di ulteriori cambiamenti nel panorama attuale. Infatti, è importante considerare come la situazione mondiale relativa al virus evolverà in futuro e quindi se ci saranno o meno delle nuove ondate del virus. Sarebbe interessante che studi futuri approfondissero l'evolversi del ruolo di queste nuove norme sociali, come l'introduzione della mascherina, e se l'impatto del virus sulla salute mentale, valutato attraverso le associazioni descritte, permanga nel tempo in funzione di come si modificherà la situazione.

Secondo quanto emerso dai dati, qualora dovesse risultare nuovamente obbligatorio l'utilizzo della mascherina, per aumentare la compliance delle persone nell'utilizzo della mascherina risulta fondamentale lavorare sulla credibilità dei lavoratori socio-sanitari e

dei messaggi pro salute che essi dispensano, creando dei messaggi chiari e coerenti, cercando di sottolineare l'importanza di quanto richiesto, dando una chiara giustificazione.

BIBLIOGRAFIA

Abboah-Offei, M., Salifu, Y., Adewale, B., Bayuo, J., Ofosu-Poku, R., & Opare-Lokko, E. B. A. (2021). A rapid review of the use of face mask in preventing the spread of COVID-19. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *3*, 100013. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100013

Ahluwalia, S. C., Edelen, M. O., Qureshi, N., & Etchegaray, J. M. (2021). Trust in experts, not trust in national leadership, leads to greater uptake of recommended actions during the COVID-19 pandemic. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, *12*(3), 283–302. https://doi.org/10.1002/rhc3.12219

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, *4*(5), 460–471. https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z

Bonichini, S., & Tremolada, M. (2021). Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(8), 4385. https://doi.org/10.3390/ijerph18084385

Brehm, J. W. (1966). A theory of psychological reactance. *Academic Press.*

Byun, J. A., Sim, T. J., Lim, T. Y., Jang, S.-I., & Kim, S. H. (2022). Association of compliance with COVID-19 public health measures with depression. *Scientific Reports*, *12*(1), 13464. https://doi.org/10.1038/s41598-022-17110-5

Cepaluni, G., Dorsch, M. T., & Branyiczki, R. (2022). Political regimes and deaths in the early stages of the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Finance and Public Choice*, *37*(1), 27–53. https://doi.org/10.1332/251569121X16268740317724

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *The Lancet*, *395*(10223), 507–513. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7

Cheng, K. K., Lam, T. H., & Leung, C. C. (2020). Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: Altruism and solidarity. *The Lancet*, *399*(10336), e39–e40. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30918-1

Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, *57*(6), 365–388. https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198

Covid-19, tabella delle attività consentite. (2021, dicembre 22). Recuperato 7 ottobre 2022, da Www.governo.it website: https://www.governo.it/it/articolo/domande-frequenti-sulle-misure-adottate-dal-governo/15638

Crepaldi, G., Sottimano, I., Bergamaschi, E., & Bosco, G. (2022). *Lavoro agile e rischio psicosociale: Indagine sulla percezione dei lavoratori su vantaggi e svantaggi dello smart-working correlati allo stress da lavoro ed individuazione di misure correttive.* (9), 10.

Cunningham, G. B., & Nite, C. (2021). Demographics, politics, and health factors predict mask wearing during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *21*(1), 1403. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11424-1

Desai, A. N., & Aronoff, D. M. (2020). Masks and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA*, *323*(20), 2103. https://doi.org/10.1001/jama.2020.6437

Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the Nature of Reactance and its Role in Persuasive Health Communication. *Communication Monographs*, *72*(2), 144–168. https://doi.org/10.1080/03637750500111815

Eikenberry, S. E., Mancuso, M., Iboi, E., Phan, T., Eikenberry, K., Kuang, Y., et al. (2020). To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. *Infectious Disease Modelling*, *5*, 293–308. https://doi.org/10.1016/j.idm.2020.04.001

English, A. S., & Li, X. (2021). Mask Use Depends on the Individual, Situation, and Location—Even Without COVID-19 Transmission: An Observational Study in Shanghai. *Frontiers in Psychology*, *12*, 754102. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754102

Epifanio, M. S., Andrei, F., Mancini, G., Agostini, F., Piombo, M. A., Spicuzza, V., et al. (2021). The Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures on Quality of Life among Italian General Population. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(2), 289. https://doi.org/10.3390/jcm10020289

Fetzer, T., Witte, M., Hensel, L., Jachimowicz, J., Haushofer, J., Ivchenko, A., … Yoeli, E. (2020). *Global Behaviors and Perceptions at the Onset of the COVID-19 Pandemic* (Fasc. w27082; p. w27082). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. https://doi.org/10.3386/w27082

Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). The Personality Inventory for *DSM-5* Brief Form: Evidence for Reliability and Construct Validity in a

Sample of Community-Dwelling Italian Adolescents. *Assessment*, *24*(5), 615–631. https://doi.org/10.1177/1073191115621793

Frey, C. B., Chen, C., & Presidente, G. (2020). Democracy, culture, and contagion: Political regimes and countries responsiveness to Covid-19. *Covid Economics*.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (s.d). Recuperato 6 Ottobre, 2022, da https://www.gazzettaufficiale.it/attiAssociati/2?areaNode=13

Giannelli, M. (s.d.). Elenco d.P.C.M. Recuperato 7 ottobre 2022, da https://www.osservatoriosullefonti.it/emergenza-covid-19/fonti-governative/decreti-del-presidente-del-consiglio-dei-ministri/2997-emcov-dpcm-elenco

Grano, C., Singh Solorzano, C., & Di Pucchio, A. (2022). Predictors of protective behaviours during the Italian Covid-19 pandemic: An application of protection motivation theory. *Psychology & Health*, 1–21. https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2062355

Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., et al. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, *5*(4), 529–538. https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8

Humphreys, J. (2020). The importance of wearing masks in curtailing the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *9*(6), 2606. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_578_20

Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1713. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713

Kamps, B. S., & Hoffmann, C. (2021). *COVID Reference* (4th ed.). Consultato da www.CovidReference.com

Koebele, E. A., Albright, E. A., Dickinson, K. L., Blanch-Hartigan, D., Neuberger, L., DeLeo, R. A., et al. (2021). Perceptions of Efficacy are Key Determinants of Mask-Wearing Behavior during the COVID-19 Pandemic. *Natural Hazards Review*, *22*(3), 06021002. https://doi.org/10.1061/(ASCE)NH.1527-6996.0000489

La storia del coronavirus dall'inizio. (s.d.). Recuperato 7 ottobre 2022, da https://lab24.ilsole24ore.com/storia-coronavirus/?refresh_ce=1

Levitt, E. E., Gohari, M. R., Syan, S. K., Belisario, K., Gillard, J., DeJesus, J., et al. (2022). Public health guideline compliance and perceived government effectiveness during the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from a longitudinal cohort study. *The Lancet Regional Health - Americas*, *9*, 100185. https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100185

Liu, Y., & Saltman, R. B. (2020). Policy Lessons From Early Reactions to the COVID-19 Virus in China. *American Journal of Public Health*, *110*(8), 1145–1148. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305732

Mahalik, J. R., Bianca, M. D., & Harris, M. P. (2021). *Men's attitudes toward mask-wearing during COVID-19: Understanding the complexities of mask-ulinity*. *Journal of health psychology*, 1359105321990793. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/1359105321990793

Malik, S., Mihm, B., & Reichelt, M. (2021). The impact of face masks on interpersonal trust in times of COVID-19. *Scientific Reports*, 11(1), 17369. https://doi.org/10.1038/s41598-021-96500-7

Mallinas, S. R., Maner, J. K., & Ashby Plant, E. (2021). What factors underlie attitudes regarding protective mask use during the COVID-19 pandemic? *Personality and Individual Differences*, *181*, 111038. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111038

Our World in Data (n.d.). *Oxford Martin School*. Retrieved September 27, 2020, from https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer

Penninx, B. W. J. H., Benros, M. E., Klein, R. S., & Vinkers, C. H. (2022). How COVID-19 shaped mental health: From infection to pandemic effects. *Nature Medicine*, *28*(10), 2027–2037. https://doi.org/10.1038/s41591-022-02028-2

RCovid19 » COSA CAMBIA CON LA FINE DELLO STATO D'EMERGENZA. (2022, aprile 1). Recuperato 7 ottobre 2022, da https://www.rcovid19.it/cosa-cambia-con-la-fine-dello-stato-demergenza/

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., et al. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 790. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00790

Rudisill, C. (2013). How do we handle new health risks? Risk perception, optimism, and behaviors regarding the H1N1 virus. *Journal of Risk Research*, 16 (8), 959-980. DOI: 10.1080/13669877.2012.761271

Salute, M. della. (s.d.). Che cos'è—Certificazione verde COVID-19. Recuperato 7 ottobre 2022, da https://www.dgc.gov.it

Schimmenti, A., Starcevic, V., Giardina, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2020). Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF): A Theory-Based

Instrument for the Assessment of Clinically Relevant Fears During Pandemics. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 748. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00748

Schumpe, B. M., Van Lissa, C. J., Bélanger, J. J., Ruggeri, K., Mierau, J., Nisa, C. F., et al. (2022). Predictors of adherence to public health behaviors for fighting COVID-19 derived from longitudinal data. *Scientific Reports*, *12*(1), 3824. https://doi.org/10.1038/s41598-021-04703-9

Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, *11*(1), 94–101. https://doi.org/10.1177/1073191103258144

Solomou, I., & Constantinidou, F. (2020). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 4924. https://doi.org/10.3390/ijerph17144924

Spitzer, R. L. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MDThe PHQ Primary Care Study. *JAMA*, *282*(18), 1737. https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737

Thaler, R., & Sunstein, C. (2008). Yale University Press. *Nudge: migliorare le decisioni su salute, ricchezza e felicità*.

Toshkov, D., Carroll, B., & Yesilkagit, K. (2022). Government capacity, societal trust or party preferences: What accounts for the variety of national policy responses to the COVID-19 pandemic in Europe? *Journal of European Public Policy*, *29*(7), 1009–1028. https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1928270

Tran, V.-T., Porcher, R., Pane, I., & Ravaud, P. (2022). Course of post COVID-19 disease symptoms over time in the ComPaRe long COVID prospective e-cohort. *Nature Communications*, *13*(1), 1812. https://doi.org/10.1038/s41467-022-29513-z

Wallace, J., Goldsmith-Pinkham, P., & Schwartz, J. (2022). *Excess Death Rates for Republicans and Democrats During the COVID-19 Pandemic* (Fasc. w30512; p. w30512). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. https://doi.org/10.3386/w30512

Wiedemann, A., Stochl, J., Neufeld, S. A. S., Fritz, J., Bhatti, J., Hook, R. W., et al. (2022). The impact of the initial COVID-19 outbreak on young adults' mental health: A longitudinal study of risk and resilience factors. *Scientific Reports*, *12*(1), 16659. https://doi.org/10.1038/s41598-022-21053-2

Worobey, M., Levy, J. I., Malpica Serrano, L., Crits-Christoph, A., Pekar, J. E., Goldstein, S. A., … Andersen, K. G. (2022). The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. *Science*, *377*(6609), 951–959. https://doi.org/10.1126/science.abp8715

Young, D. G., Rasheed, H., Bleakley, A., & Langbaum, J. B. (2022). The politics of mask-wearing: Political preferences, reactance, and conflict aversion during COVID. *Social Science & Medicine*, *298*, 114836. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114836

Zheng, J. (2020). SARS-CoV-2: An Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), 1678–1685. https://doi.org/10.7150/ijbs.45053