



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata – FISPPA**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione - DPSS

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale: un'analisi di confronto rispetto all'obbligo o meno di utilizzo della mascherina durante la pandemia.

Use of Personal Protective Equipment:
A comparison analysis with respect to whether or not mask use
was mandatory during the pandemic.

Relatrice:

Prof.ssa Marina Miscioscia

Correlatrice:

Prof.ssa Daniela Di Riso

Laureanda: Anna Bianco

Matricola: 2017323

Anno accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 - L'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19	3
1.1 QUADRO PANDEMICO	3
1.2 MISURE DI CONTENIMENTO	5
<i>1.2.1 Motivazioni legate all'uso o meno della mascherina.....</i>	<i>9</i>
1.3 UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE IN ITALIA E DECRETI ATTUATIVI	18
CAPITOLO 2 – IL BENESSERE PSICOLOGICO DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19... 25	
2.1 IL BENESSERE PSICOLOGICO	25
2.2 IL BENESSERE PSICOLOGICO IN EPOCA DI PANDEMIA DA COVID-19	28
<i>2.2.1 Il benessere psicologico in epoca di pandemia in relazione all'età.....</i>	<i>31</i>
<i>2.2.2 Il benessere psicologico in epoca di pandemia in relazione al genere e all'orientamento sessuale.....</i>	<i>36</i>
CAPITOLO 3 – LO STUDIO..... 41	
3.1 OBIETTIVI E IPOTESI DELLA RICERCA	41
3.2 PROCEDURA DI RECLUTAMENTO	43
3.3 STRUMENTI DI RICERCA	44
<i>3.3.1 Multidimensional Assessment of COVID-19 - Related Fears.....</i>	<i>46</i>
<i>3.3.2 Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders - Brief Form</i>	<i>47</i>
<i>3.3.3 Patient Health Questionnaire - 9</i>	<i>49</i>
<i>3.3.4 Generalized Anxiety Disorder Scale - 7.....</i>	<i>51</i>
CAPITOLO 4 – ANALISI DEI DATI..... 53	
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE..... 71	

5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	71
5.2 CONCLUSIONE	73
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	77

Introduzione

La pandemia di COVID-19 è stata un evento che ha colpito tutto il mondo in modo indistinto e inaspettato. Anche se a distanza di quasi tre anni la vita delle persone sta pian piano tornando alla “normalità”, il virus rimane una potenziale minaccia che non permette di eliminare totalmente le misure di prevenzione adottate dai governi. Tra queste, i dispositivi di protezione individuale sono stati fondamentali per diminuire il tasso di infezione e mitigare le conseguenze negative dell'emergenza.

Dopo molti cambiamenti ai Decreti-legge in relazione all'andamento della pandemia, il 1° maggio 2022 il Governo italiano ha deciso di allentare le misure di restrizione, eliminando l'obbligo di utilizzo della mascherina anche nei luoghi chiusi. Questo progetto di tesi ha voluto quindi soffermarsi per la prima volta sulle cause che hanno portato al prolungarsi dell'utilizzo o meno della mascherina nei luoghi chiusi durante il periodo tra giugno e settembre 2022. È stato considerato un campione di 449 giovani adulti tra i 18 e i 25 anni, e sono stati analizzati aspetti quali caratteristiche sociodemografiche, tratti di personalità, sentimenti di paura verso la malattia e sintomatologia ansiosa o depressiva.

Nei primi due capitoli del lavoro verrà esposto lo stato dell'arte per quanto riguarda la pandemia di COVID-19, gli studi che interessano i dispositivi di protezione individuale e quelli che hanno indagato le conseguenze dell'emergenza sul benessere psicologico della popolazione. Segue poi la presentazione dello studio sperimentale, del campione e degli strumenti utilizzati: una scheda informativa, il *Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears* (MAC-RF), il *Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders-Brief Form* (PID-5-BF), il *Generalized Anxiety Disorder Scale-7* (GAD-7) e il

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Infine, sono illustrati e discussi i dati raccolti mostrando anche come l'età e l'orientamento politico abbiano influenzato la scelta delle persone nell'usare o meno la mascherina al chiuso, in accordo con la letteratura già esistente.

Capitolo 1 - L'emergenza sanitaria da COVID-19

1.1 Quadro pandemico

Il 31 dicembre 2019 le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite di origine sconosciuta nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei, Cina) (EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità, 2020); successivamente, il 9 gennaio 2020, è stata identificata questa nuova infezione generata da un virus della famiglia SARS-COVID (Sindrome Respiratoria Acuta Grave) (Ministero della salute, 2020; Huang et al., 2020;). Da allora, la malattia da Coronavirus del 2019 (dall'inglese COrona Virus Disease 19, abbreviato in COVID-19) si è diffusa in maniera esponenziale fino a coinvolgere diversi Paesi, tanto che l'11 febbraio 2020 il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ufficialmente sancito che il COVID-19 fosse una pandemia globale (Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, 2020). Fino ad ora si erano verificati altri due grandi focolai di Coronavirus, il Coronavirus della Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS-CoV) del 2003 e il Coronavirus della Sindrome Respiratoria del Medio Oriente (MERS-CoV) del 2012 (Wang et al., 2020).

All'inizio della pandemia, l'Italia è stata uno dei primi Paesi ad essere colpiti gravemente, con oltre 13.000 decessi solamente tra il 20 febbraio e il 31 marzo 2020 (ISTAT & Istituto Superiore Di Sanità, 2020). Per contenere la preoccupante situazione, il Governo italiano ha emanato a partire dal 23 febbraio una serie di Decreti-legge con cui ha dichiarato una chiusura generalizzata dell'intero Paese dal 10 marzo al 3 maggio 2020, consentendo ai cittadini di uscire di casa solo in determinate circostanze (Ministero della Salute, 2020).

Il *lockdown* ha dunque previsto vincoli alla mobilità delle persone, ha comportato la chiusura di scuole e università, il fermo degli esercizi commerciali e dei servizi non essenziali, il contingentamento delle attività di importazione ed esportazione e l'azzeramento del turismo (Linciano et al., 2020). Nonostante l'imposizione di tali vincoli, alla fine della prima ondata di COVID-19 (marzo-aprile 2020) i decessi in eccesso sono stati 49mila rispetto alla media degli stessi mesi nei cinque anni precedenti. Il 60% di essi è attribuibile al virus (29.210), il 10% a polmoniti e il 30% ad altre cause, e sul totale dei decessi per COVID-19 circa l'85% riguarda individui di oltre 70 anni (ISTAT, 2021).

Come descritto dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (2020), i segni e i sintomi tipici dei pazienti affetti da COVID-19 includono febbre, tosse secca, aumento della frequenza respiratoria e respiro corto, debolezza, cefalea, rinorrea, disfunzione gustativa e mal di gola. Il virus si trasmette tra gli esseri umani principalmente a causa di contatto diretto con una persona infetta, attraverso le secrezioni di saliva o di altre goccioline che si espellono tossendo, starnutando, o parlando, e la successiva respirazione delle stesse da parte di un altro individuo. Questo fenomeno si amplifica quando ci si trova in contatto stretto col malato, cioè in un raggio inferiore ai due metri circa. Il contatto indiretto si ha invece quando una persona tocca una superficie contaminata dal virus e poi le sue mani entrano in contatto diretto con parti sensibili del corpo come occhi, naso o bocca (*World Health Organisation* - WHO, 2020). Col passare del tempo è diventato inoltre evidente che anche le persone asintomatiche fossero potenziali causa di infezione, che fossero infettivi per un periodo anche più lungo di 14 giorni e, addirittura, che circa il 40%-45% dei casi totali fosse asintomatico (Oran & Topol, 2020). Queste scoperte hanno portato ad un cambiamento nelle raccomandazioni

riguardo le misure di prevenzione, che come ormai sappiamo hanno enormemente contribuito a diminuire la diffusione del virus (Costantino & MacIntire, 2021).

Per quanto riguarda invece le conseguenze sulla salute delle persone che si sono ammalate di COVID-19, tra i sintomi più comuni si riportano “nebbia mentale”, ovvero problemi di memoria e difficoltà a concentrarsi, stanchezza, perdita dell’olfatto e del gusto. Sembrano essere notevoli anche le conseguenze cardio-respiratorie (dolore al petto, tachicardia e palpitazioni, dispnea e tosse persistente) e neurologiche (cefalea, ansia e stress, oltre a difficoltà di concentrazione e attenzione). Sarà però necessario compiere degli studi longitudinali che analizzino queste condizioni negli anni a venire, in quanto non è ancora del tutto chiaro se esse siano una conseguenza diretta o solo indiretta del virus (Istituto Superiore di Sanità, 2020). Si parla inoltre di *Long-COVID* nei casi in cui, dopo quattro settimane dall’infezione, persistono alcuni dei sintomi dati dalla malattia nonostante la negativizzazione del test diagnostico per il COVID-19; tra i fattori che favoriscono il rischio di sviluppare questa condizione si trovano l’età avanzata, il sesso femminile, l’obesità e l’ospedalizzazione (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

1.2 Misure di contenimento

Le principali misure preventive che sono state raccomandate per evitare la trasmissione della malattia sono: l’uso regolare di una mascherina, il lavaggio delle mani con acqua e sapone per almeno 20 secondi o con una sostanza a base alcolica, e il mantenimento della distanza interpersonale di almeno due metri l’uno dall’altro (CDC, 2020). Alcuni studi hanno dimostrato che per ogni metro di distanziamento tra una persona e l’altra c’è una significativa riduzione della trasmissione dell’infezione (Chu et al., 2020), ancor di più

se ci si trova all'aperto dove il rischio di circolazione delle particelle infette è più basso che nei luoghi chiusi (Bulfone et al., 2021). Ulteriori interventi utili per ridurre l'impatto della pandemia sono stati la restrizione del movimento, l'isolamento delle persone che arrivavano da zone o Paesi in piena ondata, la restrizione degli assembramenti, la quarantena dei casi confermati, il tracciamento dei casi e l'uso regolare dei tamponi (Ayouni et al., 2021).

In ogni caso, il successo di queste raccomandazioni è dipeso principalmente dall'efficacia della comunicazione fatta alla popolazione riguardo ai rischi e alla prevenzione, dalla conoscenza di tali misure di protezione (Kim et al., 2021) e dall'impegno dei singoli cittadini nel rispettare questi comportamenti (Finset et al., 2020). Infatti, anche se i *Centers for Disease Control and Prevention* hanno raccomandato alla popolazione l'uso della mascherina in pubblico, sta al singolo individuo decidere se seguirne le direttive. In molti casi, le discrepanze tra le norme del Governo e le opinioni dei singoli politici hanno creato grande confusione nella popolazione. Senza uniformità di pensiero la mascherina è nel tempo diventata un ulteriore mezzo di propaganda, tanto che indossarla o meno è risultato in alcuni casi una sola dimostrazione della propria affiliazione politica. Ad esempio, Kahane (2021) ha mostrato l'impatto negativo delle politiche di politicizzazione quando le mascherine sono state definite dall'ex presidente Donald Trump come un simbolo di debolezza. È pertanto evidente l'importanza delle azioni dei singoli Governi nell'incentivare la popolazione a seguire le norme (Haischer et al., 2020).

Infatti, mentre il lavaggio delle mani è sempre stato un pilastro nella prevenzione di malattie infettive, solo recentemente si è dimostrato l'effetto dell'uso della mascherina nella riduzione delle infezioni da COVID-19 (Wang et al., 2020): anche quando la qualità della mascherina è bassa, la diffusione del virus viene comunque significativamente

ridotta (Zangmeister et al., 2020). Ma se i paesi asiatici hanno una lunga storia di uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI) per ridurre l'inalazione di smog e il rischio di ammalarsi, soprattutto dopo la SARS-CoV del 2003 (Sin, 2016), l'uso della mascherina nella cultura occidentale non è mai stato presente (MacIntyre & Chughtai, 2015), tanto che all'inizio della pandemia questo comportamento era stato poco incentivato mentre il lavaggio delle mani promosso (MacIntyre et al., 2021).

Per sopperire a questa mancanza, alcuni studi hanno incoraggiato l'uso del vaccino come mezzo efficace per contenere la diffusione del COVID-19 e per un recupero socioeconomico più rapido (Zou et al., 2022). A tal proposito, la campagna vaccinale è iniziata contemporaneamente in Italia e in altri Paesi europei il 27 dicembre 2020, nel *Vaccine Day*, secondo “valori e principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione, promozione della salute e del benessere, delle indicazioni internazionali ed europee, e dell'epidemiologia locale, e secondo modalità e priorità che tengono conto del rischio di malattia, dei tipi di vaccini autorizzati e della loro effettiva disponibilità” (EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, 2020). Inizialmente si stimava che l'immunità di gregge sarebbe stata realizzata solo con un'elevata copertura vaccinale, cioè coinvolgendo più del 90% della popolazione compresi i bambini dai 5 anni in su (Marziano et al., 2021). Questa soglia sta pian piano venendo raggiunta, tanto che al momento di scrittura di questa tesi si conta quasi il 94% di vaccinati sopra i 12 anni (Ministero della salute, 2022) e si sta procedendo con la somministrazione della quinta dose di vaccino per persone anziane e/o a rischio. È stato però necessario individuare strategie per aumentare l'adesione alla campagna soprattutto tra i giovani adulti, dato che questo sottogruppo ha mostrato un'aderenza relativamente scarsa alle linee guida, in particolare relativamente al distanziamento interpersonale (Abdallah & Lee, 2021). Si è notato che l'influenza dei

pari nella percezione delle norme e dei comportamenti sanitari è fondamentale; quindi, non conta tanto quanto precise siano le norme in sé, ma quanto accuratamente la persona percepisca il parere altrui al riguardo. Esiste infatti una correlazione positiva tra l'intenzione di vaccinarsi e il parere - positivo - dei coetanei sul vaccino (Abdallah & Lee, 2021).

Entrando invece nello specifico per quanto riguarda i dispositivi di protezione individuale, l'introduzione dell'obbligo di utilizzare le mascherine ha scatenato nel corso degli ultimi due anni un acceso dibattito. Uno dei principali punti di controversia è se l'uso di mascherine da parte della comunità crei o meno un falso senso di sicurezza che porterebbe le persone a diminuire il distanziamento interpersonale, contrastando ogni potenziale beneficio diretto del mascheramento. Questo comportamento di ricerca del rischio in risposta ad un senso di sicurezza percepito è noto come fenomeno della "compensazione del rischio". Secondo il modello di Blomquist (1986), una persona ha una quantità inconscia di rischio che tollera e se il rischio percepito diminuisce possono essere messi in atto comportamenti eccessivi. Quindi, poiché le mascherine dovrebbero ridurre il rischio di infezione, le persone potrebbero sentirsi più sicure in contesti in cui sono largamente usate; allo stesso tempo, però, le persone potrebbero vedere l'introduzione di obbligo della mascherina come sinonimo di irrilevanza di altre misure di precauzione come il distanziamento sociale, con l'effetto di smorzare i benefici di questa seconda misura precauzionale. In generale, però, gli studi sul COVID-19 che si sono basati sul modello di Blomquist appena illustrato hanno dimostrato che non tutti i suoi assunti sono validi nel contesto di una pandemia, non trovando evidenze a favore in un contesto in cui l'uso della mascherina è diventato obbligatorio (Seres et al., 2021; Yan et al., 2020).

1.2.1 Motivazioni legate all'uso o meno della mascherina

Gli studi che hanno cercato di individuare le ragioni che portano all'usare o meno i DPI sono stati molto numerosi (Gette et al., 2021). Dal punto di vista socio-ecologico, l'uso della maschera durante il COVID-19 è stato influenzato da diverse variabili tra cui la struttura della società, le norme della comunità e le caratteristiche individuali (Casola et al., 2021).

Considerando il lato socioculturale si è ad esempio analizzato il collettivismo, caratterizzato da una visione interdipendentista, in opposizione all'individualismo di carattere invece indipendentista. Il collettivismo tipico dei Paesi orientali tende ai bisogni, agli obiettivi e agli interessi del gruppo, e abbraccia la filosofia del sacrificio personale (Markus et al., 1991). Sulla base di questa premessa, Lu e colleghi (2021) hanno sviluppato quattro studi ipotizzando che il collettivismo predica positivamente l'uso della mascherina durante la pandemia. Anche se la mascherina può essere fastidiosa da indossare, la cultura collettivista è più propensa a tollerare questo inconveniente per salvaguardare la salute di tutti e non vede la mascherina come simbolo di violazione della libertà individuale (MacIntyre et al., 2021). Come esempio opposto, cioè di società individualista, occidentale e capitalista, è sufficiente invece ricordare le proteste *anti-mask* nelle piazze italiane, tedesche o anche americane a cui si è assistito nei mesi passati (Taylor & Asmundson, 2021). Tutti e quattro gli studi proposti da Lu hanno confermato le ipotesi iniziali al netto di una serie di variabili di controllo come affiliazione politica, strategie di risposte del governo alla pandemia e altre caratteristiche.

Similmente, si è analizzata la tendenza di uso della mascherina su un campione di più di 13 milioni di adulti sparsi in 38 diversi Stati durante tutta la pandemia (Badillo-Goicoechea et al., 2021). In 13 Nazioni, per lo più latino-americane o asiatiche, l'uso

della mascherina è rimasto maggiore del 70% lungo tutto lo studio, mentre in Paesi come Danimarca, Svezia o Norvegia la soglia massima è stata 15%. Queste differenze suggeriscono che ci possono essere variabili nascoste, istituzionali o culturali, che modificano i comportamenti di una popolazione. Un altro studio si è interessato, in un campione di statunitensi, dell'effetto di quella categoria di messaggi che sottolineano come il COVID-19 sia una minaccia non solo per la persona stessa, ma anche per la famiglia, la comunità o l'intero Paese (Capraro, Barcero, 2020). Usando quest'ottica interdipendentista in uno Stato decisamente occidentale e individualista, si è indagato il conseguente uso o meno della mascherina: ancora una volta i risultati mostrano che concentrarsi sulla comunità invece che sul singolo promuove l'uso dei DPI.

In collegamento alla connotazione individualista o collettivista di un paese, è stato riscontrato che anche l'affiliazione politica gioca un ruolo nell'atteggiamento positivo o negativo rispetto all'uso della mascherina. In particolare, la maggior parte degli studi ha sottolineato come chi appartiene ad un'ideologia politica liberale aderisca maggiormente alle norme di distanziamento interpersonale e di uso della mascherina, rispetto a chi appartiene invece al polo conservatore (Xu & Cheng, 2020). Anche vari sondaggi condotti durante questi anni hanno evidenziato la tendenza liberale ad una maggiore probabilità di seguire le indicazioni date, sia per quanto riguarda le norme di prevenzione che per la campagna vaccinale (Bird & Ritter, 2020). Si inserisce qui anche il tema della reattanza, costruito che riguarda la reazione di un individuo al ricevere una proibizione o alla pressione nel dover accettare un punto di vista o un atteggiamento. Uno studio di riferimento per il momento storico legato al COVID-19 è quello di Young e collaboratori (2022), soffermatosi sul panorama americano. Da esso è emerso che la parte più conservatore degli elettori è risultata positivamente associata alla reattanza e

negativamente associata all'uso della mascherina, contro il campione liberale per cui è risultato vero il contrario.

Seguono ora altre caratteristiche che sono state fortemente indagate in relazione all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Considerando ad esempio la vaccinazione, l'uso della mascherina all'esterno della propria abitazione è sempre rimasto più alto tra coloro che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino contro il COVID-19 (Calamari et al., 2022). Nonostante si siano notati cambiamenti nella frequenza di uso della mascherina, dipendenti dalla pericolosità delle nuove varianti del virus o dall'aggiornamento delle norme guida (Crane et al., 2021), i dati raccolti mostrano consistenti associazioni temporali tra l'uso della mascherina e lo stato vaccinale. Ciò è risultato veritiero indipendentemente dalla frequenza di uscite di casa, anche se è stato notato un generale calo nell'uso dei DPI durante i fine settimana o le vacanze (Calamari et al., 2022). Anche la percezione di essere positivi al virus è stata positivamente correlata all'uso della mascherina, comportamento che mostra senso di responsabilità verso gli altri (Quigley et al., 2022).

Per quanto riguarda l'identità di genere, invece, si è notato che gli uomini sono soliti indossare la mascherina meno delle donne e credono che in caso di positività al virus non presenterebbero sintomi marcati (Capraro & Barcero, 2020). Ciò è ironico perché le statistiche mostrano il contrario, e cioè che gli uomini giovani e di etnia bianca sono in media più gravemente colpiti dall'infezione di COVID-19 (Rader et al., 2021; Zheng et al., 2020). Essi sono inoltre risultati essere meno propensi delle donne ad usare la mascherina all'interno dei locali poiché percepiscono la stessa come un impedimento alla loro indipendenza; le donne sono invece più responsabili dal punto di vista sociale e

aderiscono più facilmente a questi comportamenti (Howard, 2020; Gette et al., 2021; Parisi et al., 2021). Gli uomini, infine, proprio perché non pensano che il virus li possa colpire pesantemente, sottostimano l'importanza delle misure di prevenzione riportando sentimenti di debolezza o vergogna nell'indossare la mascherina (Boskovich, 2020). La percezione dei DPI come simbolo stigmatizzante influenza ancora più negativamente il loro uso (Capraro & Barcero, 2020; Seale et al., 2012; Zhang et al., 2019).

In base all'etnia, persone bianche usano la mascherina all'aperto meno frequentemente rispetto ad etnie minoritarie, forse perché chi appartiene ad una minoranza ha difficoltà nell'accesso alle cure mediche e considera la prevenzione molto importante (Gette et al., 2021). Negli USA, per esempio, quasi il 12% della popolazione vive sulla soglia della povertà e ciò rende difficile anche solo potersi permettere di comprare una mascherina (Casola et al., 2021). Senza accesso alle mascherine, gli appartenenti alla fascia più povera possono soffrire di ulteriori disagi: in molte città, per esempio, la mascherina è stata obbligatoria nei mezzi di trasporto ostacolando il normale raggiungimento del posto di lavoro, del supermercato o degli ospedali (Casola et al., 2021). Alcuni studi hanno già sottolineato che un livello socioeconomico basso pone a maggior rischio di ammalarsi di COVID-19 e che infatti i Paesi più poveri sono stati quelli con tasso di mortalità maggiore (Abedi et al., 2021) e con un riscontro sulla salute fisica e sul benessere psicologico peggiore (Van Lancker & Parolin, 2020).

In riferimento all'età, i giovani tendono ad avere atteggiamenti più negativi verso l'uso della mascherina rispetto alla popolazione anziana (Mallinas et al., 2021). Infatti, le persone con più di 45 anni tendono a seguire le norme più pedissequamente dei giovani per quanto riguarda l'uso della mascherina, il lavaggio delle mani e il distanziamento interpersonale. Il rispetto di una delle tre norme porta solitamente all'aderire anche alle

altre due, e tutte e tre sono state associate col tentare di lasciare la propria abitazione il meno possibile (MacIntyre et al., 2021; Banerjee et al., 2021). Tuttavia, uno studio successivo ha cercato di misurare gli atteggiamenti espliciti ed impliciti verso individui che usano la mascherina o meno, trovando una preferenza maggiore per chi la usa nei soggetti con età inferiore ai 35 anni (Krishna et al, 2021).

Uno studio che riassume i dati appena esposti è quello di Puttock e colleghi (2022), condotto in più di 120 città americane. In esso è emerso che il 48% del campione indossava la mascherina correttamente con maggiore aderenza tra le femmine, gli adolescenti e gli anziani, come concordano gli altri studi riportati. L'utilizzo era invece minore tra gli uomini bianchi non ispanici, tra le persone che praticavano molta attività fisica, e nei grandi gruppi. A tal proposito, la forte associazione più volte rilevata tra la presenza di mandati locali sull'uso della mascherina e il loro corretto uso suggerisce che è opportuno usare specifici messaggi che abbiano come *target* i soggetti meno collaborativi (es. maschi bianchi) per migliorare l'aderenza all'uso dei DPI. È stata infatti riscontrata una correlazione positiva tra la pressione normativa ad indossare la mascherina e l'atteggiamento pro-mascherina (Mallinas et al., 2021). Inoltre, sembra che la presenza di leggi che ne regolamentano l'obbligo di uso riducano in maniera statisticamente significativa il numero di nuovi contagi, il numero di decessi e la percentuale di ricoveri ospedalieri. (Adjodah et al, 2021). A sostegno dei dati appena riportati, si è osservato che all'inizio della pandemia l'uso della mascherina era minimo, mentre è aumentato notevolmente quando ne è stato introdotto l'obbligo (Betsch et al., 2020).

Pfattheicher e colleghi (2020) hanno testato invece se l'empatia per le persone più vulnerabili al virus (ad esempio la fascia d'età dei più anziani, che ha maggiori probabilità di soffrire di sintomi gravi e un tasso di mortalità più elevato) (CDC, 2020) sia associata

a un maggiore distanziamento fisico e, successivamente, se l'empatia indotta sperimentalmente promuova la motivazione ad aderire alle norme di prevenzione. È emerso che l'empatia per le persone più vulnerabili rappresenta una base emotiva molto forte per quanto riguarda la motivazione alla prevenzione; inoltre, è effettivamente possibile usare l'empatia per promuovere la motivazione delle persone. È importante notare che fornire agli individui semplici informazioni di base sul perché sia importante attenersi alla distanza fisica o indossare una maschera non è stato sufficiente ad aumentare significativamente la motivazione comportamentale, mentre aggiungere l'empatia lo è stato. Ciò è in linea con i risultati di altri studi che spiegano come indossare una mascherina sia correlato all'adesione agli altri comportamenti protettivi; per di più, segnala preoccupazioni di tipo prosociale, riferite a tutti quei comportamenti che trovano l'empatia come prerequisito fondamentale (Betsch et al., 2020; Mallinas et al., 2021). Non sorprende quindi che persone che hanno riportato di indossare la mascherina regolarmente abbiano anche espresso sentimenti più negativi contro chi invece non è solito indossarla (Betsch et al., 2020). Allo stesso modo, si è scoperto che gli individui erano più propensi all'autoisolamento quando questo veniva presentato attraverso messaggi prosociali volti ad elicitare emozioni positive (Heffner et al., 2021). Si è poi dimostrato che incrementare l'uso dei DPI porta ad un auto-rinforzo di questo comportamento, che essendo normalizzato all'interno della comunità viene accettato di più dato che, come già accennato, l'influenza dei pari sembra essere ancora più importante dei comportamenti adottati nella sfera privata (Bokemper et al, 2021; Carbon et al, 2021).

Approfondendo questa condizione in Spagna, Beca-Martínez e colleghi (2022) hanno aggiunto che l'aderenza alle misure preventive era associato ad una buona conoscenza della trasmissione della malattia. La conoscenza si è dimostrata un prerequisito

fondamentale per la formazione di attitudini positive e per la promozione di comportamenti appropriati (Norman et al., 2020), come anche la percezione del rischio di contagio: persone meno preoccupate per il COVID-19 hanno riportato minore aderenza all'uso di comportamenti di prevenzione (Ozdemir et al., 2020; Barceló & Sheen, 2020; Quigley et al., 2022). Quindi, gli individui più accuratamente informati sono solitamente più motivati all'uso di comportamenti preventivi. È bene però considerare la presenza diffusa di *rumors* e di informazioni errate: infatti, chi ha riferito di affidarsi ai social media per reperire le news è risultato aderire meno alle norme consigliate per evitare il contagio (Cuan-Baltazar et al., 2020).

Anche tratti di impulsività possono essere collegati al rispetto delle norme: ad esempio, scarso autocontrollo a 20 anni è stato correlato a bassa adesione alle norme a 22 anni (Nivette et al., 2021; Mallinas et al., 2021). Tra le varie caratteristiche dell'impulsività, si può ipotizzare che l'alta ricerca di sensazioni possa essere specifica del non seguire le norme come ricerca del rischio, anche se nello studio in questione non è stato trovato grande supporto alla tesi. Relativamente alla percezione del rischio di contagio, la Teoria della motivazione alla protezione (PMT) propone che la motivazione a proteggersi da situazioni pericolose per la salute dipenda da due fattori: dalla minaccia, quindi dalla percezione di severità della situazione e dalla vulnerabilità di ciascuno, e dalle strategie di *coping* utilizzate, quindi dalla propria efficacia e dai costi della risposta. Queste due componenti influenzano la motivazione a proteggersi (Milne et al., 2000), come dimostrato dai dati che hanno osservato un aumento nell'uso di comportamenti protettivi nei periodi in cui il numero di casi di positività confermati è salito (Barrios & Hochberg, 2020). La PMT è stata utilizzata in uno studio in relazione al COVID-19 per predire le intenzioni delle persone, l'uso dei comportamenti di prevenzione, e come la frequenza di

tali cambiamenti sia cambiata nel corso di un anno (Grano et al., 2022). È stato quindi somministrato in un campione italiano un questionario nell'aprile del 2020 (T1), dopo un mese (T2), e dopo un anno (T3), ed è emerso che l'adozione dei comportamenti di protezione è diminuita da maggio 2020 a maggio 2021: durante la terza ondata (da gennaio a marzo 2021), le persone hanno evitato meno frequentemente i luoghi affollati e sono uscite più spesso di casa. La deprivazione di contatto per un tempo prolungato può aver impattato la salute mentale di queste persone, riducendo l'interesse per le norme in favore di un maggiore contatto sociale (Petherick et al., 2021). È stato visto inoltre che i comportamenti quali "lavare frequentemente le mani" sono rimasti stabili nel corso dell'anno, mentre quello di "indossare la mascherina" è aumentato nonostante non ci siano stati cambi nelle linee guide del Governo.

Lo studio ha poi dimostrato che la maggior parte delle variabili della PMT, ed in particolare l'autoefficacia e la percezione della severità della malattia, contribuiscono a predire l'intenzione di adottare misure di protezione (Quigley et al., 2022; Qian et al., 2022) come già osservato durante precedenti pandemie per infezioni polmonari (Cho & Lee, 2015). Infine, viene mostrato che le intenzioni del singolo hanno predetto in maniera significativa l'adozione di comportamenti di protezione sia nel periodo successivo al *lockdown* che un anno dopo. Tra i diversi costrutti, quello della paura ha influenzato in modo diretto il comportamento delle persone nelle prime fasi della pandemia, quando le informazioni sul virus e su come proteggersi erano ancora incerte (Harper et al., 2021); un anno dopo, invece, la percezione di alta minaccia e severità dell'infezione ha avuto importanza maggiore.

La paura del COVID-19 (Coronaphobia), definita in termini di nervosismo, timore dell'infezione e disagio percepito, è un fattore che è stato significativamente associato ad

atteggiamenti di uso della mascherina. Già in passato si era dimostrato come la paura promuova l'impegno nell'adesione a comportamenti sanitari preventivi (Maddux & Rogers, 1983). Quindi, persone più paurose sono risultate più favorevoli all'uso dei DPI anche se è importante sottolineare che una minor paura non è stata associata ad una opposizione agli stessi: questo sentimento sembra dunque promuovere una maggiore accettazione delle azioni preventive, ma non l'evitamento di quelle rischiose (Mallinas et al, 2021).

È stato poi tentato di capire se la cognizione sociale abbia un ruolo nell'uso dei dispositivi di protezione. In linea con il Modello delle Credenze sulla Salute (Becker, 1974), le credenze sui benefici per la salute dati dalle mascherine hanno un ruolo chiave nel predire l'uso della stessa e quindi, indirettamente, il modo in cui si crede alla scienza e ci si affida agli operatori sanitari plasma la comprensione del COVID-19 (Qian et al., 2022; Mallinas et al, 2021; Marino & Schettino, 2022). La convinzione che maggiormente predice l'uso della mascherina è quella che indossarla tenga gli altri al sicuro, come già suggerito affrontando la questione del collettivismo; inoltre, anche le convinzioni relative all'apparire sicuri di sé, ansiosi, o impacciati contribuiscono al suo uso e ai pensieri che i partecipanti hanno di se stessi quando la indossano. Ciò è confermato dai risultati di alcuni studi secondo cui chi non indossa la mascherina può preoccuparsi di essere giudicato negativamente, mentre chi la indossa può sentirsi a disagio, sciocco o imbarazzato (*You Gov/Imperial College* di Londra, 2020), confermando che anche le motivazioni sociali giocano sono importanti (Nakayachi et al., 2020).

Per quanto riguarda l'umore, infine, è stato ampiamente dimostrato un aumento di stress e di sintomatologia ansiosa in seguito alla pandemia che ha portato a un maggiore rispetto delle norme come misura di difesa (Solomou & Constantinidou, 2020). Oltre ad un

atteggiamento favorevole nei confronti dei DPI, un alto livello di ansia verso il COVID-19 predice una maggiore intenzione nel trascorrere il proprio tempo con soggetti che indossano tali dispositivi (Krishna et al, 2021). Al contrario, più alti livelli di depressione sono stati associati a livelli più bassi di *compliance* nei confronti delle misure adottate dal governo; quindi, la mancanza di rispetto delle regole nell'indossare la mascherina è più spesso associabile a questo tratto (Byun et al., 2022).

1.3 Utilizzo dei dispositivi di protezione individuale in Italia e decreti attuativi

Con il Decreto-legge del 23 febbraio 2020 (n. 6) (Ministero della Salute, 2020) il Governo italiano ha dato il via all'attuazione di tutta una serie di disposizioni per il contenimento della pandemia, tra cui l'introduzione dell'utilizzo dei DPI. Al punto "j" del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) del 1° marzo 2020 si legge: "Obbligo di accedere ai servizi pubblici essenziali, nonché agli esercizi commerciali per l'acquisto di beni di prima necessità indossando dispositivi di protezione individuale o adottando particolari misure di cautela individuate dal dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio" (Ministero della Salute, 2020).

È questa la prima volta che si sente parlare di "mascherina", termine usato per indicare tutti i dispositivi medici a norma UNI 14683 (Ministero della Salute, 2020). Nel Decreto-legge 17 marzo 2020 (n. 18) (Ministero della Salute, 2020) si riporta che sono considerati dispositivi di protezione individuale le mascherine chirurgiche reperibili in commercio, il cui uso è disciplinato dall'articolo 34 del Decreto-legge 2 marzo 2020 (n. 9) (D'Ancona, 2020). Esistono tre tipologie principali di mascherina (Università Vita-Salute San Raffaele, 2020):

- Mascherine chirurgiche: il loro nome deriva proprio dai chirurghi, che le usano in campo operatorio per questioni di sterilità. La loro protezione è molto limitata, in quanto prodotte in tessuto-non-tessuto e poiché non aderiscono bene ai contorni del viso. Coprendo naso e bocca, però, sono utili ad impedire l'uscita di secrezioni respiratorie come goccioline o altre particelle infettanti.
- Mascherine ad alta protezione (FFP): la sigla "FFP" sta per "*filtering facepiece particles*", cioè facciale filtrante delle particelle. Offrono una doppia protezione, sia per chi le indossa che per gli altri, e sono risultate ottimali soprattutto per gli operatori sanitari a stretto contatto con pazienti infetti da SARS-CoV-2. In base alla loro funzione filtrante si dividono in tre classi: FFP1, FFP2 e FFP3; filtrano rispettivamente l'80%, il 94% e il 99% delle particelle circa.
- Mascherine non sanitarie (o mascherine di comunità): si tratta delle mascherine non certificate per uso sanitario, che vengono realizzate anche a casa con qualsiasi tessuto e senza il rispetto delle norme guida. Non sono considerate dispositivi medici né di protezione individuale, e non possono quindi essere utilizzate in ambiente ospedaliero o assistenziale.

Su suggerimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prima di indossare una mascherina è necessario rispettare degli accorgimenti (WHO, 2022):

1. Lavare le mani prima di maneggiare o indossare la mascherina, per evitare di contaminare un oggetto che si posiziona su naso e bocca;
2. La mascherina deve coprire interamente naso e bocca, aderendo al viso;
3. La mascherina chirurgica dovrebbe essere cambiata dopo 3/4 ore o quando si inumidisce a causa del respiro. Essendo monouso, non va riutilizzata;

4. Evitare di toccare la mascherina mentre viene utilizzata perché la superficie esterna potrebbe essere contaminata.

È necessario sottolineare il modo in cui una mascherina va indossata, perché è ormai risaputo che l'uso dei DPI è utile solo se effettuato nel modo corretto. Uno studio condotto in alcune grandi città australiane nel 2020 aveva per esempio riscontrato che solo il 19% circa dei partecipanti indossava la mascherina coprendo sia naso che bocca, il 39,6% aveva invece detto di non esserne sicuro e quasi il 42% aveva indicato di indossarla coprendo solo la bocca, eliminando così ogni beneficio (Quigley et al., 2022).

Dopo una serie di numerosi decreti per le disposizioni sul *lockdown*, si ha un nuovo richiamo ai DPI nel Dpcm del 26 aprile 2020, al punto "a": "Sono consentiti solo gli spostamenti motivati da comprovate esigenze lavorative o situazioni di necessità, ovvero per motivi di salute, e si considerano necessari gli spostamenti per incontrare congiunti purché venga rispettato il divieto di assembramento e il distanziamento interpersonale di almeno un metro e vengano utilizzate protezioni delle vie respiratorie" (Ministero della Salute, 2020). Le mascherine diventano da ora in poi obbligatorie negli spazi chiusi o negli spazi aperti in cui non è possibile mantenere un distanziamento fisico adeguato.

A maggio 2020 iniziano poi ad allentarsi le misure di restrizione: finisce il *lockdown*, durato quasi due mesi, e iniziano a riaprire alcune attività produttive. In previsione dell'apertura dei negozi prevista per il 18 maggio esce il Decreto-legge del 16 maggio (n. 33), dove tra le altre cose si specifica che "Ai soggetti che hanno avuto contatti stretti con soggetti confermati positivi al COVID-19, con provvedimento dell'autorità sanitaria è applicata la quarantena precauzionale. Il regime dell'auto-sorveglianza consiste nell'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 fino

al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al COVID-19 e di effettuare poi un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto” (Ministero della Salute, 2020). Si ha quindi il primo riferimento esplicito all’uso preferenziale della mascherina di tipo FFP2, già individuate come più efficace delle comuni mascherine chirurgiche.

Segue il Dpcm del 7 agosto con ulteriori disposizioni attuative del Decreto-legge 25 marzo 2020 (n. 19) e del Decreto-legge 16 maggio 2020 (n. 33), entrambi recanti «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» (Ministero della Salute, 2020). Al punto 1, questo Dpcm recita: “Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19, è fatto obbligo sull'intero territorio nazionale di usare protezioni delle vie respiratorie nei luoghi al chiuso accessibili al pubblico, inclusi i mezzi di trasporto e comunque in tutte le occasioni in cui non sia possibile garantire continuativamente il mantenimento della distanza di sicurezza. Non sono soggetti all'obbligo i bambini al di sotto dei sei anni, nonché i soggetti con forme di disabilità non compatibili con l'uso continuativo della mascherina ovvero i soggetti che interagiscono con i predetti” (Ministero della Salute, 2020). I punti 4 e 5 invece scrivono: “Ai fini di cui al comma 1, possono essere utilizzate mascherine di comunità, ovvero mascherine monouso o mascherine lavabili, anche auto prodotte, in materiali multistrato idonei a fornire una adeguata barriera e, al contempo, che garantiscano comfort e respirabilità, forma e aderenza adeguate che permettano di coprire dal mento al di sopra del naso” e “L'utilizzo delle mascherine di comunità si aggiunge alle altre misure di protezione finalizzate alla riduzione del contagio (come il distanziamento fisico e l'igiene costante e

accurata delle mani) che restano invariate e prioritarie” (Ministero della Salute, 2020). Queste misure saranno prorogate e confermate fino al 7 ottobre (Dpcm 7 settembre 2020) (Ministero della Salute, 2020).

Il 13 ottobre si ha il successivo Dpcm, che apporta nuove modifiche ai Decreti-legge del 25 marzo e del 16 maggio. Al punto 1 si specifica: “Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19, è fatto obbligo sull'intero territorio nazionale di avere sempre con sé dispositivi di protezione delle vie respiratorie, nonché obbligo di indossarli nei luoghi al chiuso diversi dalle abitazioni private e in tutti i luoghi all'aperto a eccezione dei casi in cui, per le caratteristiche dei luoghi o per le circostanze di fatto, sia garantita in modo continuativo la condizione di isolamento rispetto a persone non conviventi, e comunque con salvezza dei protocolli e delle linee guida anti-contagio previsti per le attività economiche, produttive, amministrative e sociali, nonché delle linee guida per il consumo di cibi e bevande, e con esclusione dei predetti obblighi:

- a) per i soggetti che stanno svolgendo attività sportiva;
- b) per i bambini di età inferiore ai sei anni;
- c) per i soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina, nonché per coloro che per interagire con i predetti versino nella stessa incompatibilità.

È fortemente raccomandato l'uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie anche all'interno delle abitazioni private in presenza di persone non conviventi” (Ministero della Salute, 2020). Vengono inoltre ripresi i punti 4 e 5 citati in precedenza nel Dpcm del 7 agosto anche se col Dpcm del 18 ottobre si precisa che l'espressione “mascherine di comunità”, non essendo più idonea, viene sostituito da “dispositivi di protezione delle vie

respiratorie” per garantire maggiore copertura a causa della crescita della curva epidemiologica (Ministero della Salute, 2020).

Queste norme vengono confermate e ripetute dal Dpcm del 24 ottobre in poi, per tutto il periodo invernale (Ministero della Salute, 2020). Inoltre, in questo periodo inizia il coprifuoco notturno dalle 22:00 alle 5:00 di mattina (Dpcm 3 novembre, 2020) che ha il suo culmine nelle restrizioni applicate per il periodo natalizio (Dpcm 3 dicembre, 2020) mirate all’evitamento di assembramenti, di spostamento tra regioni e al mantenimento della distanza interpersonale (Ministero della Salute, 2020).

Nel 2021 le disposizioni vengono invece allentate, in base al monitoraggio dell’andamento dei contagi e alla suddivisione delle regioni in zone “bianche, gialle, arancioni e rosse” (Decreto-legge 13 marzo (n. 30), 2021) (Ministero della Salute, 2021). Dopo i mesi invernali, caratterizzati da un uso costante della mascherina dato l’elevato numero dei contagi, con l’ordinanza del 22 giugno si mantiene l’obbligo sull’intero territorio nazionale di avere sempre con sé i DPI, ma “a partire dal 28 giugno 2021, nelle «zone bianche» cessa l’obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie negli spazi all’aperto, fatta eccezione per le situazioni in cui non possa essere garantito il distanziamento interpersonale o si configurino assembramenti o affollamenti, per gli spazi all’aperto delle strutture sanitarie, nonché in presenza di soggetti con conosciuta connotazione di alterata funzionalità del sistema immunitario” (Ministero della Salute, 2021).

Il 6 agosto vengono divulgate invece le linee guida per la ripresa dell’anno scolastico: la didattica passa dall’essere *online* all’essere in presenza, con accortezze per quanto riguarda la sintomatologia da COVID-19, le vaccinazioni e il distanziamento

interpersonale. I DPI sono obbligatori nelle università e nelle scuole, fatta eccezione per i servizi educativi per l'infanzia dove però si garantisce la distribuzione di mascherine FFP2 a tutto il personale (Ministero della Salute, 2021).

Lo scenario cambia poi un'altra volta, col Decreto-legge del 26 novembre (n. 172), grazie al quale ci sono limitazioni, restrizioni e divieti variabili in base al fatto che una persona sia vaccinata, guarita o non abbia alcuna dose di vaccino (Ministero della Salute, 2021).

Finalmente, col Decreto-legge "Riaperture" del 24 marzo 2022, a partire dal 1° maggio 2022 decade l'obbligo di usare la mascherina sia all'aperto che al chiuso, eccezione fatta per i luoghi di lavoro in cui la decisione spetta alla discrezione del datore di lavoro, in particolare per i lavoratori fragili (Ministero della Salute, 2022).

Dal 15 giugno al 30 settembre 2022 rimane in vigore l'obbligo di indossare dispositivi di tipo FFP2 in mezzi di trasporto quali treni, autobus o navi; l'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie per lavoratori, utenti e visitatori delle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, comprese residenze sanitarie assistenziali, hospice, strutture per anziani, ecc. (Ministero della Salute, 2022). Anche nel caso in cui compaiano sintomi come febbre o raffreddore è necessario l'utilizzo di mascherine chirurgiche o dispositivi superiori (FFP2/FFP3) (Ministero della Salute, 2022). Come sempre, non c'è invece l'obbligo di indossare la mascherina per i bambini con età inferiore ai 6 anni, le persone con patologie o disabilità incompatibile con l'uso della mascherina, le persone che devono comunicare con una persona con disabilità in modo da non poter fare uso del dispositivo, e le persone che stanno svolgendo attività fisica (Ministero della Salute, 2022).

Capitolo 2 – Il benessere psicologico durante la pandemia di COVID-19

2.1 Il benessere psicologico

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per quanto riguarda le questioni sanitarie. Vi aderiscono 194 Stati di tutto il mondo, tra cui l'Italia che ha ufficialmente iniziato a farne parte nel 1947. Secondo la Costituzione dell'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è “il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute”, definita come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità” (OMS, 1948).

Fin dall'antichità, il raggiungimento del “ben-essere” nelle sue diverse sfaccettature è stato centrale per l'uomo, sia che riguardasse la salute fisica, una buona condizione economica o semplicemente uno stato di buon umore. Nel tempo, si è cercato di raggruppare tutte le dimensioni che compongono questo concetto arrivando alla definizione dell'OMS appena riportata, la prima condivisa a livello universale. Successivamente, nel corso del XX secolo, l'argomento è stato approfondito nelle sue diverse specificità. Ad esempio, nel 1999 lo psicologo e professore Diener ha delineato e descritto il concetto di benessere soggettivo (*subjective well-being*, SWB) come costituito da un aspetto cognitivo, cioè la soddisfazione per la propria vita, e uno affettivo, riguardante l'equilibrio tra le emozioni positive e negative. Nella filosofia greca il benessere soggettivo era già stato motivo di interesse sotto il nome di Edonismo (dal greco *hēdonē*, letteralmente “piacere, godimento”), secondo cui il benessere poteva essere

raggiunto conducendo una vita virtuosa (Kahneman et al., 1999). Questo concetto di benessere, approfondito in modo particolare da Aristotele, risulta oggi antiquato in quanto sostiene l'esistenza di un modello di comportamento standard e desiderabile secondo il contesto di riferimento che una persona dovrebbe seguire; ora, al contrario, il benessere soggettivo si basa sul giudizio stesso dell'attore considerato e non su una morale esterna (Denier, 1984).

Il benessere psicologico (*psychological well-being*, PWB) è invece un modello di benessere elaborato dalla psicologa Carol Ryff (1989) e comprende sei componenti, tutte fondamentali per lo sviluppo di una vita soddisfacente: crescita personale, accettazione di sé, padronanza ambientale, relazioni positive, scopo nella vita e autonomia (Ryff & Singer, 2008; Zambianchi, 2015). Nell'antichità, in contrasto all'Edonismo sopra citato, il benessere psicologico era definito benessere Eudaimonico, termine derivante dal greco εὖ (eu, bene) e δαίμων (daimon, demone) che coglie le qualità legate a un funzionamento ottimale della persona (Ryan & Deci, 2001). Lo sviluppo del proprio potenziale e la ricerca dell'eccellenza, piuttosto che di sensazioni piacevoli, sono temi centrali nelle concettualizzazioni filosofiche e psicologiche del benessere Eudaimonico (Keyes & Annas, 2009). In questa categoria si inserisce anche il benessere sociale, descritto da McDowell e Newell nel 1987 come "la dimensione del benessere di un individuo che riguarda le sue relazioni con gli altri, come le altre persone reagiscono nei suoi riguardi e come egli interagisce con le istituzioni sociali e le norme della società".

Negli ultimi decenni il concetto di benessere è quindi entrato a far parte del nostro linguaggio quotidiano, anche se con alcune difficoltà nel definire chiaramente di cosa si trattasse. In quanto costrutto multidimensionale che unisce ed integra tra loro l'aspetto psicologico, fisico ed ambientale, il benessere contiene degli elementi misurabili che

contribuiscono alla sua realizzazione ma nessuno di essi riesce singolarmente a definirlo (Seligman, 2012). Nella letteratura scientifica è stato ampiamente testimoniato lo stretto legame tra il benessere soggettivo e una varietà di fattori quali l'ottimismo, i legami sociali (in particolare con gli amici stretti), la qualità del sonno, l'esercizio fisico e la salute soggettiva (ciò che pensiamo della nostra salute) (Boniwell, 2015). Questo perché le emozioni positive, agendo come antidoto contro lo stress e l'ansia, migliorano la nostra concentrazione e la nostra abilità di funzionare ai massimi livelli (Fredrickson et al., 2001). È stato inoltre confermata la relazione positiva che esiste tra l'intelligenza emotiva, che migliora le performance di una persona, e il benessere soggettivo, che indica che la vita sta procedendo in maniera soddisfacente (Devonish, 2016).

Per cercare invece di racchiudere le varie sfaccettature del benessere psicologico, Seligman fonda la Psicologia Positiva, che rappresenta “una prospettiva di studio del comportamento umano, volta a teorizzare e identificare gli elementi che rendono la vita degna di essere vissuta” (Seligman, 2003). Lo scopo principale di questa corrente è stato quello di rivendicare il ruolo che le emozioni positive (felicità, realizzazione, gratitudine), i tratti positivi (resilienza, ottimismo, i punti di forza del carattere) e le istituzioni positive hanno nel rafforzare il benessere dell'individuo e della comunità, senza ignorare gli aspetti angoscianti della vita (Kobau et al., 2011).

La felicità, punto cardine di questa corrente, è stata descritta da Myers e Diener (1995) come “una condizione psicologica di benessere e un senso di soddisfazione per la vita”. Negli anni, occuparsene è risultato molto importante per le implicazioni che ha nella quotidianità delle persone: svariate ricerche hanno dimostrato che persone felici presentano migliori condizioni di salute, sono più soddisfatte del proprio lavoro e sono maggiormente creative, hanno un'intensa vita sociale e grande successo nella vita

(Seligman, 2013). La felicità, come il benessere, è però difficile da definire e delimitare, poiché è associata a fattori ambientali, tra cui gli eventi della vita (Luhmann et al., 2012), alle caratteristiche dell'ambiente sociale, come la famiglia, la società e la cultura (Steptoe, 2019), e alle caratteristiche dell'ambiente fisico come il clima, l'inquinamento atmosferico e così via (Cuñado & de Gracia, 2013). In relazione alla situazione attuale, uno studio ha cercato di esplorare i fattori associati alla felicità durante la pandemia di COVID-19, considerando variabili quali ansia, stress e strategie di coping. Dai risultati è emerso che in questo periodo particolarmente destabilizzante i partecipanti riportavano maggiore felicità se percepivano supporto da parte dei media e dal governo. Inoltre, persone con un funzionamento più elevato e con un'ottica più positiva agli eventi hanno riportato livelli più alti di felicità, anche perché maggiormente in grado di percepire e ricevere supporto dalla famiglia e dai cari (Cohen-Louck & Levy, 2022).

2.2 Il benessere psicologico in epoca di pandemia da COVID-19

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere individuale, e può essere influenzata da diversi fattori psicosociali, biologici e demografici interagenti (come il sesso, l'età e l'ambiente familiare). Concentrarsi su di essa è dunque necessario, e ciò è ancora più vero nel presente momento storico, in cui intere Nazioni si sono trovate ad affrontare l'evento catastrofico della pandemia di COVID-19 (Rania & Coppola, 2021). Era già noto che disastri di larga portata, siano essi traumatici, naturali o ambientali, sono spesso accompagnati da un aumento di sintomi depressivi, disturbo da stress post-traumatico (PTSD), uso di sostanze o disturbi comportamentali, violenza domestica e abuso infantile (Galea et al., 2020; Chang & Park, 2020). Inoltre, la letteratura aveva già messo in luce che le malattie infettive sono specificatamente associate a sentimenti di

paura, ansia e altri disturbi mentali che possono perdurare nel tempo (Cheng et al., 2004). In particolare, dopo l'epidemia di SARS del 2003 sono stati segnalati effetti come ad esempio il PTSD, trovando una correlazione positiva e significativa con la durata della quarantena e lo stress causato dalla perdita socioeconomica (Hawryluck et al., 2004; Rubin & Wessely, 2020). Gli studi condotti per verificare l'impatto del *lockdown* sulle persone hanno invece trovato una correlazione significativa con alti livelli di depressione anche dopo tre anni dallo scoppio dell'emergenza (Liu et al., 2012). In seguito alla MERS, inoltre, Jeong e colleghi (2016) hanno sottolineato come la frustrazione, la noia, la monotonia e la solitudine pervasiva sembrassero derivare dall'inibizione delle attività quotidiane, dall'interruzione delle necessità sociali, e dalla mancata partecipazione alle attività di *social networking*.

Risulta quindi importante anche il tema della resilienza psicologica, cioè la capacità di sostenere o recuperare il benessere psicologico durante o dopo aver affrontato condizioni disabilitanti e stressanti; essere meno resistenti alle minacce o agli eventi traumatici vuol dire invece aumentare il rischio di sviluppare condizioni psichiatriche (Khan et al., 2020). A tal proposito, è stato dimostrato come in queste situazioni un semplice messaggio di speranza e protezione da parte delle autorità sanitarie e degli scienziati, sia sul rischio di essere infettati, sia sull'esistenza di misure di contenimento che possono essere attuate, abbia aumentato la resilienza e le capacità individuali di reagire con successo alle minacce sociali (Lee & You, 2020).

Nel 2020 l'Italia è stato il primo Paese in Europa ad essere colpito dalla pandemia in modo consistente, e già dopo tre o quattro settimane dall'inizio delle misure di restrizione sono stati riscontrati gravi effetti sulla salute mentale delle persone, indipendentemente dalla presenza di pregresse malattie mentali o traumi infantili (Rossi et al., 2020). Lo

studio di Casagrande e colleghi (2020) ne è testimone, per aver riscontrato che in quel periodo storico il 57,1% degli intervistati ha riportato una scarsa qualità del sonno, il 32,1% ha avuto alti livelli di sintomi di ansia generalizzata, il 41,8% ha sperimentato un disagio psicologico e il 7,6% ha riportato una sintomatologia PTSD rilevante legata alla diffusione del COVID-19. D'ambrosi e colleghi (2020) hanno sottolineato invece paura del contagio e comportamenti ipocondriaci, oltre a stato di allarme, palpitazioni, vertigini e sovraesposizione alle informazioni (55,36%), a cui seguono solitudine (8,04%), problematiche relazionali (10,71%), disturbi dell'umore (7,14%), riattivazione di disturbi preesistenti (6,25%), senso di impotenza (4,46%), disturbi del sonno (2,68%), pensieri ossessivi (4,46%) e sintomatologia psicosomatica (0,89%), tutti aspetti che possono essere di base per lo sviluppo di patologie post traumatiche da stress. Le norme adottate dal Governo, che avevano l'obiettivo di ridurre lo *spreading* del virus, hanno causato una lunga interruzione della nostra *routine* con conseguenze quali isolamento e solitudine, variabili ben note come responsabili della diminuzione del benessere e di aumento del rischio di depressione (Parisi et al, 2021; Brooke & Jackson, 2020; Chang et al., 2020; Li & Wang, 2020). Anche se questi passi sono stati critici per mitigare la diffusione della malattia, hanno quindi avuto delle conseguenze imprevedibili sulla salute delle persone sia a breve che a lungo termine (La Rosa et al., 2021).

A livello individuale, anche la pandemia di COVID-19 è stata associata ad un ampio *range* di comorbidità psichiatriche come per esempio ansia, attacchi di panico, depressione e disordini legati al trauma. La quarantena, invece, è stata correlata ad alti livelli di ansia e stress, disturbi del comportamento alimentare, depressione, irritabilità, insonnia o sonno disturbato (Vicari & Pontillo, 2022; Rossi et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2020; Brooks et al., 2020; Sher, 2020; Liu et al., 2012). Ciò è risultato veritiero

soprattutto per chi lavora nella salute pubblica (Lai et al., 2019; Kang et al., 2020; Marino et al., 2021; Torales et al., 2020) e per la fascia di persone più a rischio di sviluppare una forma grave di COVID-19 per età, immunodepressione, cancro o altre disabilità (Clivio, 2022; Leso, Fontana & Iavicoli, 2021; Kim & Laurence, 2020; Plagg et al., 2020). La letteratura ci insegna anche che i sintomi psicologici possono essere correlati in maniera più o meno grave a diversi fattori tra cui il temperamento e lo stile di attaccamento (Moccia et al., 2020; Passavanti et al., 2021), il supporto sociale (Cao et al., 2020), l'inadeguatezza delle informazioni (Brooks et al., 2020), le strategie di *coping* (Ho et al., 2020; Rajaei et al., 2016), l'uso dei Social (Roy et al., 2020) e le misure precauzionali come l'uso di mascherine e la distanza interpersonale (Wang et al., 2020).

Per quanto riguarda questo ultimo fattore, si è evidenziata una correlazione tra la paura del COVID-19 e l'ansia per la salute, suggerendo che la paura del virus può collegarsi a disagio e nervosismo durante le interazioni sociali (Asmundson & Taylor, 2020; Calbi et al., 2021). Ci sono però anche pareri discordanti al riguardo, dato che Garcia e Rimé (2019) hanno teorizzato e poi dimostrato che dopo un evento traumatico ma collettivo, come può essere stata la pandemia, la distanza interpersonale tra i membri di una comunità viene modulata in maniera opposta, risultando così in un rinnovato legame sociale.

2.2.1 Il benessere psicologico in epoca di pandemia in relazione all'età

L'influenza della pandemia sul benessere psicologico è stata ampiamente studiata in tutte le diverse fasce d'età della popolazione, ognuna caratterizzata dalle sue peculiarità.

Il periodo dello sviluppo e dell'adolescenza, ad esempio, è un momento di snodo cruciale nella vita di un giovane in quanto segna il passaggio all'individualizzazione e all'indipendenza dalla famiglia soprattutto grazie alle relazioni sociali con i pari (Santrock, 2017). Purtroppo, per contrastare la trasmissione del virus le scuole sono state chiuse fin dai primi mesi del 2020: tra marzo e maggio, infatti, più di 1,5 miliardi di bambini e adolescenti nel mondo sono rimasti a casa per proteggere il contesto familiare dall'arrivo del virus (Viner et al., 2020). La chiusura delle scuole, unita ad altre misure che hanno limitato la libertà personale, è stata per questa fascia della popolazione causa di isolamento sociale, mancanza di contatto *face-to-face*, perdita di supporto, interruzione di tutte le attività extra-curricolari e interruzione dell'attività fisica (*The Lancet Child Adolescent Health*, 2020; Wang et al., 2020; Esposito et al., 2021). Come già accennato, l'isolamento sociale è associato a problemi di salute mentale fino a 9 anni dopo l'esperienza di solitudine (Santini et al., 2020; Porcelli et al., 2020), in particolare per quanto riguarda disturbi di tipo depressivo (Minozzi et al., 2021; Tull et al., 2020; Thomas, 2020). Sono sconcertanti i dati provenienti dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, che si è trovato ad affrontare numerose chiamate di emergenza soprattutto durante le prime fasi della pandemia a causa di tentativi di autolesionismo da parte dei giovani. Nell'aprile del 2020, il 61% delle richieste di aiuto riguardava proprio i tentativi di suicidio o l'ideazione suicidaria (Vicari & Pontillo, 2022). Questa percentuale è rimasta più o meno stabile durante la seconda ondata: a gennaio 2021 le stesse richieste sono state pari al 63% rispetto al 39% del gennaio 2020 (Vicari & Pontillo, 2022).

Le persone più anziane hanno invece riportato un'attitudine al distanziamento sociale generalmente più positiva, probabilmente perché il tasso di mortalità a causa del COVID-19 è sempre stato più alto in questa fascia della popolazione (An et al., 2021). Nonostante

ciò, gli anziani hanno comunque risentito di un forte impatto psicologico con segni di ansia, irritabilità e sentimenti di stress o rabbia (Dubey et al., 2020). Nel complesso, la mancanza di reti sociali, il distanziamento dalle proprie famiglie e comunità e l'incertezza nell'accesso alle cure appaiono essere tutti elementi che hanno esacerbato la fragilità psichica e fisica degli anziani, compromettendone in particolare le capacità cognitive, lo stato nutrizionale e l'equilibrio osteo-muscolo-scheletrico (Jiménez-de-Aliaga et al., 2022). In particolare, lo studio di Jiménez-de-Aliaga e colleghi (2022) ha associato l'ansia espressa dagli anziani alla paura di essere contagiati e/o di rimanere soli, con conseguente senso di frustrazione e un forte impatto sulla propria autostima. Forte quindi è anche la paura che i figli possano contrarre il virus e perdere la vita; non è un caso che stati depressivi e sentimenti di tristezza appaiano particolarmente frequenti in associazione alla perdita dei propri parenti, vicini o conoscenti.

Per questo progetto di tesi si è però deciso di porre attenzione sulla fascia della popolazione che si inserisce nel periodo successivo all'adolescenza, quello dell'*“emerging adulthood”*, che riguarda gli individui con età compresa tra i 18 e i 30 anni in cui non si è più adolescenti, ma nemmeno pienamente adulti. Si tratta quindi di quella fase di transizioni in cui questi adulti in fase di sviluppo si inseriscono nella società ma rimangono dipendenti dai genitori, sia che vivano ancora con loro, sia che vivano già da soli (Santrock, 2017). A tal proposito, molti studi si sono soffermati ad analizzare gli effetti della pandemia sugli universitari, che corrispondono ad una grande percentuale di questa fascia della popolazione, riscontrando la sintomatologia tipica vista finora: alti livelli di stress e bassa concentrazione (Baltà-Salvador et al., 2021), alti livelli di ansia fobica (Vallone et al., 2022), disturbi del sonno (Debovska et al., 2020), sintomatologia ansiosa e depressiva (Cao et al., 2020; Galvin et al., 2021), disturbi del comportamento

alimentare e abuso di alcolici e/o sostanze stupefacenti per sopperire alla mancanza di contatto sociale (Browning et al., 2021; Charles et al., 2021; Lechner et al., 2020).

A sottolineare questi aspetti, particolarmente rilevante ed esplicativo per il campione scelto è lo studio di Pedrini e colleghi (2022). I ricercatori hanno cercato di valutare lo stato di salute mentale prima della pandemia e un anno dopo l'inizio della stessa negli studenti adolescenti e giovani adulti di Brescia e Bergamo, città epicentro della prima ondata di COVID-19. Dai risultati si è notato un generale incremento nei livelli di ansia e di stress per l'incertezza riguardo al futuro; in dettaglio, si è osservato che componenti specifiche dell'ansia, come l'ansia generalizzata e l'ansia riguardo la scuola, hanno avuto un incremento dal momento iniziale al *follow-up*. Negli studenti adolescenti è stato riscontrato un aumento del numero di comportamenti maladattivi quali avere rapporti sessuali non protetti, comportamenti di autolesionismo, episodi di *binge eating* o aggressività, comportamenti ampiamente conosciuti in quanto tentativi di regolazione emotiva (Arens et al., 2012). Allo stesso modo, per quanto riguarda la fascia universitaria del campione, coloro che avevano espresso il bisogno di supporto psicologico durante la pandemia sono risultati maggiormente inclini nell'usare strategie di *coping* disfunzionali come uso di sostanze, diniego e auto-colpa, insieme all'incapacità di utilizzare una riformulazione positiva degli eventi (Babicka-Wirkus et al., 2021; Passavanti et al., 2021).

Dunque, l'interruzione dell'attività didattica ha portato tutta la popolazione studentesca ad una condizione di isolamento e di alienazione temporanea che ha impattato in maniera significativa la qualità della formazione. Numerosi studi hanno anche sottolineato, nei giovani adulti universitari e non, elevati livelli di stress e disagio connessi all'uso prolungato delle tecnologie, alla mancanza/scarsa affidabilità di dispositivi tecnologici,

alle difficoltà nell'utilizzo delle piattaforme online, al lavoro/studio in spazi condivisi e/o inadeguati, nonché alle difficoltà di “disconnettersi” dal mondo virtuale (Aguilera-Hermida, 2020; Kiraly et al., 2020). Inoltre, i risultati di uno studio hanno rivelato che, nell'aprile 2021, dopo oltre un anno di emergenza sanitaria, il 57% degli studenti riportava livelli clinicamente rilevanti di depressione, notevolmente superiori ai dati rilevati ad aprile 2020 (41%) (Vallone et al., 2022), nonché a quelli riportati nella popolazione generale italiana durante la prima ondata pandemica (17.3%) (Rossi et al., 2020).

L'assenza di stabilità, la poca chiarezza nelle prospettive future e le scarse opportunità di utilizzare le proprie capacità hanno pesato in modo negativo sul “bilancio psicologico” dei giovani (Depolo et al., 1993). Cipolletta e Ortu (2020) sottolineano come l'emergenza COVID-19 abbia sospeso il tempo, causando appunto incertezza e ansia, sia per il futuro che per il Coronavirus, che potrebbe essere ridotta dando un significato agli eventi accaduti.

Quindi, lo stato psicologico dei diversi gruppi di età ha mostrato tendenze diverse durante l'epidemia. In generale, però, è emerso che i giovani hanno avuto maggiore probabilità di soffrire di ansia di stato, depressione e anomalie psicologiche di fronte all'epidemia e le ragioni possono essere complesse (Song et al, 2020; Cantelmi et al, 2020). Questo segmento della popolazione tende ad esempio a ottenere dai media maggiori informazioni, che portano a subire una costante pressione psicologica (Liu et al, 2020). Nonostante questi riscontri negativi, è tuttavia importante sottolineare che pur sperimentando stati d'animo negativi, i giovani italiani hanno mostrato anche stati d'animo positivi con una media più alta rispetto alle controparti europee. Si è ipotizzato che la grande campagna mediatica e comunitaria del “ce la faremo” e dell’“andrà tutto

bene” abbia avuto un impatto sulle persone, portando in questo caso i giovani a manifestare anche sentimenti positivi legati forse a un desiderio di riscatto (Aresi et al., 2020).

2.2.2 Il benessere psicologico in epoca di pandemia in relazione al genere e all’orientamento sessuale

È una costante della letteratura che le donne riportino risultati peggiori in termini di salute mentale (EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, 2022), e anche durante il periodo della pandemia COVID-19 i primi dati raccolti dai ricercatori hanno messo in evidenza questa tendenza. In ambito psichiatrico, i disturbi di ansia e depressivi, i disturbi fobici, i disturbi di somatizzazione ed i disturbi alimentari sono più comuni nelle donne rispetto agli uomini con conseguente manifestazione più accentuata di sentimenti di preoccupazione, paura, angoscia, tensione e di inquietudine (Ministero della Salute, 2021). Per di più, le donne che vivono in ambienti poveri, che non hanno accesso all’educazione, che hanno problemi nell’ambito del matrimonio o della famiglia e quelle che hanno un basso reddito sono molto più vulnerabili delle altre loro coetanee. Gli uomini, d’altra parte, sono più soggetti a disturbi legati all’uso di sostanze (uomini: 5,6% vs donne: 1,3%) e a disturbi psicotici come la schizofrenia (EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità, 2022).

Durante la pandemia si è evidenziato un generale peggioramento della componente psicologica mentale (Rania & Coppola, 2021), ma le donne hanno avuto maggiore probabilità di sviluppare problemi del sonno, sintomatologia ansiosa o depressiva, stress e disagio psicologico (Casagrande et al, 2020; Wang et al, 2020). Hanno inoltre manifestato maggiore probabilità di preoccuparsi per condizioni come l’isolamento,

l'allontanamento sociale, la malattia fisica e la stessa salute mentale, tanto che il 28% circa è risultata preoccupata per lo sviluppo di disturbi psicologici (Cantelmi et al, 2020). Già un mese dopo i primi casi è stato rilevato che le donne presentavano sintomi di disturbo da stress post traumatico, con alterazioni negative della cognizione o dell'umore e *iperarousal*, in percentuale maggiore rispetto agli individui di sesso maschile (Liu et al., 2020). Nello studio di Babicka-Wirkus e colleghi (2021), invece, le strategie scelte per far fronte allo stress durante la pandemia sono state messe in relazione con diverse variabili sociodemografiche col risultato che i partecipanti di sesso maschile e quelli più giovani erano le due sottocategorie con più difficoltà nel richiedere supporto attivo e nell'usare strategie di *coping* più funzionali (Song et al, 2020; D'Ambrosi et al, 2020). Questo dato è anche in linea con i risultati illustrati nel primo capitolo sull'uso dei DPI e le differenze di genere o età.

Nonostante i dati relativi alla dimensione della solitudine abbiano mostrato punteggi significativamente più alti per le donne che per gli uomini, questi ultimi sembrano aver peggiorato questa dimensione più delle donne. La solitudine dovuta all'isolamento forzato in casa sembra essere stata percepita più pesantemente dagli uomini: una possibile interpretazione potrebbe essere data dal fatto che essi sono probabilmente meno abituati a trascorrere il proprio tempo in casa rispetto alle donne, più abituate a vivere la dimensione domestica (Rania & Coppola, 2021). A tal proposito, però, la ricerca ha sottolineato come la possibilità di lavorare da casa abbia portato ad un aumento del conflitto fra tempi di vita e di lavoro percepito in particolar modo dalle donne, col rischio di amplificare ancora di più le disuguaglianze di genere che ancora persistono (Addabbo et al., 2022; Rania et al., 2020).

Per quanto riguarda invece l'orientamento sessuale, in accordo con la teoria del Minority Stress di Meyer gli individui appartenenti a gruppi minoritari, come chi si include nello spettro LGBTQ+, sono sottoposti a livelli di stress più elevati rispetto a chi fa parte della popolazione media (Fredrick et al., 2020; Goldbach et al., 2014). Le cause sono da ricercare in vari fattori, come vittimizzazione (D'augelli, Grossman, 2001), discriminazione (Fisher et al., 2017; Nagoshi et al., 2008), o mancanza di supporto sociale e familiare (Haney, 2021; Macbeth et al., 2022). Tra le conseguenze si riscontra invece maggiore vulnerabilità all'uso di sostanze, livelli più elevati di depressione, di ansia e comportamenti autolesionistici (Kcomt et al., 2020; Ruppert et al., 2021; Lei et al., 2021; Qi et al., 2020; Perez-Brumer et al, 2017; Hendricks & Testa, 2012). In associazione a questi *stressors* specifici ed episodi di marginalizzazione, non è difficile immaginare l'effetto della pandemia di COVID-19 su questa fascia della popolazione, a maggior ragione dato che gli adolescenti e giovani adulti LGBTQ+ hanno ricevuto un'attenzione limitata da parte della salute pubblica (Salerno, Devadas, et al, 2020; Salerno, Williams et al, 2020).

Forse uno dei potenziali e più salienti eventi che causa stress nei giovani LGBTQ+ è il rifiuto da parte della propria famiglia, che può minacciare il loro benessere psicologico e fisico (Newcomb et al, 2019). Non dichiararsi alla propria famiglia può però portare la persona a lottare con l'incapacità di vivere in modo autentico se stessa nella vita quotidiana (Gonzales et al, 2020). La chiusura delle scuole e le altre misure di limitazione del *lockdown* hanno infatti obbligato molti giovani LGBTQ+ a stare in casa, e alcuni hanno riferito vissuti di angoscia associata agli sforzi per nascondere la loro identità sessuale e/o di genere in un ambiente poco supportivo e potenzialmente conflittuale (Fish et al., 2021; Miscioscia et al, 2021). Allo stesso modo, l'obbligo di rimanere in un

possibile ambiente non supportivo e insicuro ha aumentato il rischio di rifiuto, molestie e vittimizzazione da parte della famiglia stessa (Baams et al, 2019; Fish et al, 2020).

Tra le conseguenze per la comunità arcobaleno molti studi hanno sottolineato la presenza di manifestazioni depressive (Gato et al., 2021; Sharma & Subramanyam, 2020; Kamal et al., 2021) o sintomatologia ansiosa (Santos et al., 2020), alti livelli di noia percepita, stress e frustrazione con annessa incapacità di stabilire una routine (Fish et al, 2020). Altre problematiche di cui ha sofferto questa parte della popolazione sono l'isolamento dalla cerchia di amici, mancanza di stimoli, astinenza sessuale e ritardo nell'accesso agli esami e al trattamento ormonale (Miscioscia et al, 2021). Ci sono però anche degli aspetti positivi da sottolineare, che sono emersi data la grande resilienza dei giovani LGBTQ+. La pandemia sembra aver permesso loro di ascoltarsi e di ricavare tempo per se stessi, di coltivare i propri hobbies e, per alcuni, è stata l'occasione di migliorare i rapporti con le persone conviventi (Miscioscia et al, 2021).

Per riassumere le conseguenze negative della pandemia di COVID-19 sulla comunità LGBTQ+, mi sembrano interessanti ed esaustivi i risultati della breve indagine a livello nazionale di Salerno e colleghi (2020), che ha come campione i giovani studenti statunitensi (N=565) che appartengono a questa minoranza. Tale report illustra:

1. Stress relativi alla pandemia: accademici, economici e bisogni fondamentali:
 - Il 62% ha dichiarato di aver cambiato la propria sistemazione abitativa a causa della COVID-19; l'82% di questi si è trasferito di nuovo a casa dei genitori dopo l'epidemia di COVID-19.
 - Il 43% ha perso il lavoro; il 26% ha visto rifiutare un'offerta di lavoro.

- Il 37% ha segnalato un aumento del carico di studio; il 25% ha dichiarato che i voti sono peggiorati; il 10% ha abbandonato un corso.
2. Stress psicologico, isolamento sociale e uso di sostanze:
- Il 65% dei partecipanti rispondeva ai criteri clinici di disagio psicologico moderato o grave.
 - Il 17% ha avuto problemi nell'accesso alle cure mediche/di salute mentale; il 18% ha avuto problemi nell'ottenere i farmaci prescritti.
 - Il 40% si sentiva spesso molto isolato dagli altri; il 26% non riceveva alcun sostegno sociale/emotivo.
 - Il 32% beveva più alcolici; il 22% ha riferito un maggior uso di cannabis a scopo ricreativo.
3. Stress relativo alla propria minoranza di genere e/o sessuale:
- Il 30% ha sentito più spesso la propria famiglia fare commenti negativi sulle persone LGBTQ+.
 - Il 36% è stato più spesso cauto nei propri comportamenti con persone eterosessuali.
 - Il 44% ha nascosto più spesso la propria identità LGBTQ+ ad altre persone.
 - Il 32% degli studenti transgender/non binari ha riferito più spesso di non aver rispettato la propria identità di genere.

Capitolo 3 – Lo studio

3.1 Obiettivi e ipotesi della ricerca

Questo progetto di tesi nasce dalla collaborazione delle professoressa Di Riso, Rigo e Miscioscia del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (PSS) dell'Università di Padova, che si sono interrogate su alcuni aspetti innovativi relativi alla pandemia di COVID-19. Come visto nel paragrafo 1.3 del primo capitolo, il 2022 è stato definito l'anno delle riaperture, dopo mesi e mesi di restrizioni e di confusionari Decreti-legge. In particolare, il 1° maggio 2022 ha segnato un grande cambio di passo poiché l'obbligo di usare la mascherina è decaduto sia all'aperto che al chiuso, seppur con qualche eccezione specifica per i luoghi di lavoro (Ministero della Salute, 2022).

Il focus del lavoro è stato proprio quello di indagare le ragioni che hanno portato all'uso o meno della mascherina in concomitanza con la riduzione delle misure di contenimento nei luoghi chiusi, con attenzione ad un campione di giovani adulti. Insieme alle variabili di età e orientamento politico, i costrutti analizzati per questo studio sono stati: la presenza di sintomatologia ansiosa o depressiva, alcuni tratti di personalità, la paura del virus, la fiducia nella scienza e nelle professioni sanitarie, e l'opinione riguardo alle regole sulla mascherina. Il campione individuato è stato quindi diviso in due gruppi per svolgere delle analisi preliminari: del primo fanno parte coloro che hanno continuato ad usare i DPI al chiuso, mentre il secondo interessa chi ha dichiarato di non utilizzarli.

Per prima cosa sono quindi state considerate l'età e l'orientamento politico dei soggetti, fattori che si è già riscontrato essere incisivi sull'uso o meno della mascherina, per

indagare la presenza di eventuali correlazioni con gli altri costrutti. In particolare, per quanto riguarda l'età si è ipotizzata una correlazione positiva con ansia, sintomi depressivi e tratti di personalità come disinibizione, antagonismo e affettività negativa; si ipotizza invece una correlazione inversa con il dominio di distacco (Nivette et al., 2021; Mallinas et al, 2021; Cao et al., 2020; Galvin et al., 2021; Vallone et al., 2022; Aresi et al, 2020). Considerando l'orientamento politico, invece, si è ipotizzato che esso corredi direttamente con la fiducia nelle scoperte scientifiche sul COVID-19 e con le direttive date dai professionisti sanitari, e che corredi invece negativamente con il livello di reattanza, cioè col pensiero che le regole sulle mascherine siano limitanti e manipolatrici (Mallinas et al, 2021; Young et al, 2022).

Successivamente i due gruppi (mascherina Sì/mascherina No) sono stati confrontati sulla base delle analisi preliminari, per osservare eventuali differenze. Per quanto riguarda il primo gruppo, si è ipotizzata la presenza di livelli maggiori di paura legate alla pandemia, di ansia e di sintomi depressivi, rispetto ai soggetti che invece non usano più la mascherina. Per questi ultimi, invece, si ipotizzano livelli più alti per i domini di antagonismo e di disinibizione rispetto agli individui che usano la mascherina. (Nivette et al, 2021; Quigley et al., 2022; Grano et al, 2022; Mallinas et al, 2021; Byun et al., 2022; Harper et al., 2021; Krishna et al, 2021). Sulla base di ulteriori studi, si ipotizza poi che la fiducia nelle professioni sanitarie ricopra un ruolo fondamentale per la parte di campione appartenente al primo gruppo, mentre che livelli maggiori di reattanza impattino sulle scelte di chi non tiene la mascherina al chiuso. (Mallinas et al, 2021; Young et al, 2022; Marino & Schettino, 2022). Infine, queste ipotesi sono state controllate e confrontate al netto delle variabili di età e orientamento politico, ipotizzando che la

prima favorisca tratti di ansia e depressione, mentre che l'affiliazione politica influenzi la fiducia e la reattanza.

Dopo aver definito lo scopo della ricerca, è stato creato il progetto “*Masc-19 - Mask Appraisal in Subjective experience after COVID-19*” (“Valutazione dell'uso della mascherina nell'esperienza soggettiva dopo il COVID-19”), uno studio trasversale di tipo sperimentale. La proposta del lavoro è stata quindi sottoposta al Comitato Etico della Scuola di Psicologia dell'Università di Padova e, dopo l'approvazione da parte dello stesso, si è potuto procedere con la somministrazione del questionario creato *ad hoc*.

3.2 Procedura di reclutamento

Per svolgere il presente studio, è stato predisposto un modulo di compilazione interamente online della durata complessiva di circa 25 minuti sull'apposita piattaforma *Qualtrics*, attraverso la quale i partecipanti hanno potuto compilare il questionario in maniera autonoma, nel luogo e nel momento più consoni alle loro possibilità. Per quanto riguarda il reclutamento del campione, si è svolto a cascata tramite passa parola. Il link di *Qualtrics* è quindi stato inviato tramite applicazioni di messaggistica istantanea (ad esempio WhatsApp o Telegram) a parenti, amici e conoscenti, oppure è stato diffuso su Social Media come Instagram o Facebook, che sfruttano sia i propri contatti stretti che il contesto allargato dei *followers*. Il periodo di somministrazione del questionario è durato dal 13 giugno al 25 settembre 2022 e l'unico criterio di inclusione considerato per la partecipazione allo studio è stato la maggiore età. Successivamente, i dati raccolti sono stati scaricati dalla piattaforma e analizzati utilizzando un file Excel.

3.3 Strumenti di ricerca

Per questo progetto è stata creata una batteria di questionari e strumenti *ad-hoc*, ognuno volto ad indagare differenti aspetti e costrutti.

Nello specifico, la ricerca si apre con una scheda informativa che serve a raccogliere i dati sociodemografici del soggetto. Per prima cosa si indagano le caratteristiche di base della persona, tra cui la nazionalità, l'età, l'etnia, l'identità di genere e l'orientamento sessuale (ecc.); seguono delle domande su caratteristiche considerate più temporanee come, ad esempio, il titolo di studi, la situazione lavorativa e lo stato civile (ecc.). Infine, sono esplorate sfere più private come la propria fede, la presenza di patologie organiche, un'eventuale presa in carico psicologica da parte dell'individuo e l'orientamento politico di riferimento. Successivamente, per entrare nel vivo del lavoro, si hanno una serie di domande relative al COVID-19 in cui si chiede alla persona di indicare se si è mai stati ammalati o se si conosce qualcuno che lo è stato, se si ha subito una perdita a causa della pandemia e il proprio stato vaccinale; si prende in esame l'opinione rispetto al contatto interpersonale e il modo del soggetto di affrontare gli eventi nuovi e stressanti.

Per quanto riguarda invece le abitudini di uso della mascherina, la domanda principale che richiama l'obiettivo di questo lavoro di ricerca è la domanda Q49 del questionario, che recita “*Nonostante le indicazioni del DPCM del primo maggio 2022, che non la reputano più obbligatoria nei luoghi chiusi, tieni comunque la mascherina?*”. Di ulteriore interesse per le successive analisi sono le domande sulla ricerca scientifica e sulle professioni sanitarie, e sulla resistenza psicologica dell'individuo a non eseguire ordini che sembrano in qualche modo controllare la propria vita. Si tratta dei blocchi di domande Q34 e Q35; il primo gruppo di domande è il seguente:

1. “Mi fido della ricerca scientifica e delle sue scoperte” (Q34_1);
2. “Mi fido delle professioni di cura e delle loro indicazioni” (Q34_2);
3. “Mi fido delle scoperte che la ricerca scientifica ha fatto sul COVID-19” (Q34_3);
4. “Mi fido molto delle indicazioni che le professioni sanitarie hanno dato sul COVID-19” (Q34_4).

Le risposte sono indagate con una scala *Likert* con punteggio da 1 a 5 - disaccordo (1), leggermente in disaccordo (2), né in disaccordo né in accordo (3), leggermente in accordo (4), accordo (5) - secondo cui il partecipante doveva indicare quanto si rispecchiasse in ciascuna delle affermazioni.

Come accennato, le domande Q35 riguardano invece la reattanza e presentano risposta dicotomica “Sì” o “No”:

1. “Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina decidono per me” (Q35_1);
2. “Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina mi mettono pressione” (Q35_2);
3. “Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina minacciano la mia libertà di scelta” (Q35_3);
4. “Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina cercano di manipolarmi” (Q35_4).

Dopo questa generale introduzione, si procede con la serie di strumenti scientificamente validi.

3.3.1 Multidimensional Assessment of COVID-19 - Related Fears

Il primo strumento somministrato è il *Multidimensional Assessment of COVID-19 - Related Fears* (MAC-RF), una scala *self-report* a otto *items*, sviluppata per valutare i domini clinicamente rilevanti della paura durante la pandemia di COVID-19. Il MAC-RF si basa su un modello teorico che concettualizza le paure durante le pandemie come risultato di un'interazione di esperienze cognitive, corporee, interpersonali, e comportamentali (Schimmenti et al., 2020). Queste otto forme di paura, interconnesse e legate tra loro, vengono espresse nel questionario con un *item* ciascuna. Più precisamente, le paure sono organizzate in domini dialettici che riguardano: le paure connesse al corpo (*items* 1 e 2), le paure connesse alle relazioni significative (*items* 3 e 4), le difficoltà di monitoraggio cognitivo delle preoccupazioni (*items* 5 e 6), e le difficoltà comportamentali connesse alla paura (*items* 7 e 8) (Schimmenti et al., 2020).

La consegna dello strumento recita: “Di seguito è presentato un elenco di ciò che le persone potrebbero provare rispetto al Coronavirus. A noi interessa il modo in cui descriveresti te stesso. Per favore, leggi attentamente ogni affermazione e stabilisci quanto ciascuna di esse corrisponda alla tua esperienza, selezionando il punteggio che corrisponde maggiormente a ciò che hai vissuto durante l’ultima settimana”. Un esempio di *item* è: “Ho paura che le persone intorno a me possano contagiarmi”. Ad ogni domanda si può dare un punteggio da 0 a 4, che nell’ordine corrispondono ad affermazioni che vanno da “Molto diverso da me” a “Molto simile a me”. Il questionario è presente in lingua inglese, francese e italiana; per la validazione italiana è stato somministrato ad un campione di 623 adulti italiani di età compresa tra i 18 e i 76 anni, ottenendo soddisfacenti risultati psicometrici (Schimmenti et al., 2020).

Con un *range* di punteggio che va da 0 a 32, con questo strumento è possibile evincere che un punteggio totale uguale o maggiore a 12 indica la presenza di sofferenze psicologiche su una o più aree del funzionamento mentale, comportamentale e/o relazionale; un punteggio di 20 o superiore indica invece la presenza di paure patologiche che potrebbero richiedere un intervento clinico più approfondito (Schimmenti et al., 2020).

3.3.2 Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders - Brief Form

Nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) è stato proposto un sistema di tratti multidimensionali per rappresentare le caratteristiche dei disturbi di personalità, per affrontare questioni di classificazioni complicate che si hanno ad esempio in caso di comorbidità (Wright et al., 2012). Il *Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders - Brief Form* (PID-5-BF) valuta appunto i tratti di personalità così come teorizzati nel modello dimensionale del DSM-5, in contrapposizione con il precedente modello categoriale del DSM-III e del DSM-IV, dividendo i 25 tratti primari in cinque domini di riferimento: Affettività Negativa (AN) (*items* 8, 9, 10, 11, 15), Distacco (D) (*items* 4, 13, 14, 16, 18), Disinibizione (Ds) (*items* 1, 2, 3, 5, 6), Antagonismo (A) (*items* 17, 19, 20, 22, 25) e Psicoticismo (P) (*items* 7, 12, 21, 23, 24) (Krueger et al., 2013).

Nel DSM-5, questi tratti vengono specificati nel criterio B per la diagnosi dei disturbi di personalità (*American Psychiatric Association – APA, 2013*):

- Affettività negativa (Vs Stabilità emotiva): è la presenza di esperienze intense e frequenti di alti livelli di emozioni negative, come colpa, depressione, vergogna o ansia, con i comportamenti che ne conseguono (es. evitamento, relazioni di dipendenza, ecc.).
- Distacco (Vs Estroversione), ovvero evitamento delle esperienze socio-emotive ed introversione, sia attraverso la ridotta espressione delle emozioni e del piacere, sia con il ritiro dalle relazioni interpersonali (es. mancanza di relazioni affettive).
- Antagonismo (Vs Disponibilità) e quindi la mancanza di una consapevolezza dei sentimenti e bisogni dell'altro, con la tendenza ad usare le persone per il perseguimento dei propri scopi (es. aspettarsi di essere trattati come una persona “speciale”, mancanza di empatia, ecc.).
- Disinibizione (Vs Coscienziosità): impulsività, difficoltà ad attendere la gratificazione, presenza di comportamenti mediati da stimoli e sentimenti contingenti, con scarsa elaborazione delle esperienze passate o del futuro.
- Psicoticismo (Vs Lucidità mentale), cioè la presenza di pensieri e comportamenti non convenzionali, eccentrici, non riconosciuti dalla cultura di appartenenza sia dal punto di vista delle percezioni che delle convinzioni personali inusuali.

Il PID-5-BF è dunque una scala autosomministrata composta da 25 *items*, cinque per ciascun dominio, ed è ideata per soggetti maggiorenni. Ecco le istruzioni che vengono date per lo svolgimento del test: “Questo è un elenco di affermazioni che persone differenti potrebbero fare a proposito di loro stesse. Siamo interessati a sapere in quale modo lei si descriverebbe. Non ci sono risposte “giuste” o “sbagliate”. Quindi, cerchi di descriversi nel modo più sincero possibile; considereremo le sue risposte confidenziali. La invitiamo a usare tutto il tempo che le è necessario e a leggere attentamente ciascuna

affermazione, scegliendo la risposta che la descrive nel modo migliore”. Un esempio di *item* è: “Anche se avessi più buon senso, non riuscirei a smettere di prendere decisioni avventate”; in questo caso ci si riferisce al dominio della disinibizione. Ogni *item* richiede di valutare quanto accuratamente ogni affermazione descriva se stessi su una scala da 0 a 4 punti, che vanno rispettivamente da “Sempre o spesso falso” a “Sempre o spesso vero”. Il punteggio totale può andare da 0 a 75 e più elevati sono i punteggi ottenuti, maggiore è la disfunzione generale della personalità. Inoltre, è possibile utilizzare i punteggi dei singoli domini per una diagnosi specifica e più accurata (Krueger et al., 2013).

È uno strumento pensato per essere somministrato durante il colloquio iniziale e per il monitoraggio dell’andamento dei trattamenti. Può essere utilizzato anche nell’ambito della ricerca e della fase di valutazione perché può aiutare il clinico nel processo decisionale, ma non deve essere inteso come unico supporto per effettuare una diagnosi clinica (Krueger et al., 2013).

3.3.3 Patient Health Questionnaire - 9

Secondo il *report* del 2020 del Sistema Informativo di Salute Mentale (SISM), su un tasso di 10.000 abitanti circa 32 sono soggetti trattati per depressione; inoltre, la prevalenza di questo disturbo è doppia per le donne rispetto agli uomini. Nel DSM-IV l’episodio depressivo maggiore è rappresentato dal seguente insieme di sintomi, caratteristici del fenomeno depressivo (APA, 1994):

1. umore depresso per la maggior parte del giorno e quasi ogni giorno;
2. marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte, o quasi, le attività;

3. significativa perdita o aumento di peso (senza essere a dieta) o di appetito;
4. insonnia o ipersonnia;
5. agitazione o rallentamento psicomotorio;
6. faticabilità o mancanza di energia;
7. sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi;
8. ridotta capacità di pensiero, di concentrazione o indecisione;
9. pensieri ricorrenti di morte o tentativi di suicidio o ideazione suicidaria.

Per la valutazione di questo tratto, nella presente batteria di questionari è stato inserito il *Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)*, uno strumento specifico appunto per la depressione che è stato sviluppato a metà degli anni '90 da Robert L. Spitzer e dai suoi colleghi della *Columbia University*, J. B. W. Williams e K. Kroenke (*Primary Care Collaborative*, 1996). Il PHQ-9 fa parte del *Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)*, uno strumento diagnostico di *screening* contenente 12 moduli, uno per ogni disturbo mentale. È un questionario che può essere somministrato dal personale sanitario o che può essere compilato in maniera autonoma, e che attribuisce un punteggio a ciascuno dei nove criteri del DSM-IV sulla base del modulo relativo all'umore del PRIME-AD. Ha funzione di diagnosi o di monitoraggio e serve a rilevare una misura della gravità dei sintomi depressivi nel corso delle ultime due settimane (*Primary Care Collaborative*, 1996). È stato confermato che abbia validità diagnostica comparabile alla versione del PRIME-AD somministrata dal clinico (Spitzer et al., 1999) e che offra una misura affidabile della severità dei sintomi depressivi in maniera facile e veloce per il paziente (Kroenke et al., 2001).

Il PHQ-9 è composto da due parti: la prima, l'unica che determina il punteggio finale, chiede di rispondere a 9 *items* valutando ogni sintomo su una scala a 4 punti ("Mai",

“Alcuni giorni”, “Più della metà dei giorni”, “Quasi tutti i giorni”) basandosi solo sulle ultime due settimane. Come esempio si riporta il primo *item*: “Durante le ultime settimane, quante volte ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?”. La seconda parte, invece, indaga quanto la sintomatologia causi difficoltà al normale svolgimento della vita del paziente in ambito lavorativo, familiare e relazionale.

Il punteggio totale ha quindi un *range* compreso tra 0 e 27 e il punteggio di *cut-off* è 10, che segnala una depressione di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007). A seconda del punteggio è possibile definire tre livelli di gravità, utili per la fase di trattamento: tra 10 e 14 si ha una depressione maggiore lieve, tra 15 e 19 è moderata, mentre se il totale è superiore a 20 si ha depressione maggiore severa (MacArthur & MacArthur, 2009; Oxman et al., 2002).

3.3.4 Generalized Anxiety Disorder Scale - 7

Tra tutti i disturbi mentali, i disturbi d’ansia sono tra i più frequenti; il Disturbo d’ansia generalizzato è caratterizzato dalla presenza di sintomi fisici e psichici non legati ad un evento o un oggetto specifico, ma appunto, generali (Istituto Superiore di Sanità, 2021). Di solito si presenta sotto forma di affaticamento, preoccupazione generale, disturbi del sonno, o problemi di concentrazione, anche se i disturbi possono variare da persona a persona e possono portare ad una generale compromissione del funzionamento della persona (ISTAT – 2021).

Il *Generalized Anxiety Disorder Scale - 7* (GAD-7) è stato sviluppato successivamente al PHQ-9 sempre dagli autori Spitzer, Williams e Kroenke (*Primary Care Collaborative*,

1996). Nella sua forma breve, è un questionario *self-report* a sette *items* che offre una misura dei sintomi legati a preoccupazioni e ansia esperiti nelle ultime due settimane. Per ogni domanda si può dare una risposta che va da “Per niente” (0) a “Quasi ogni giorno” (3); un esempio di *item* è: “Ho problemi a rilassarmi”. Similmente al PHQ-9, troviamo una seconda domanda riguardo alla compromissione funzionale della vita del paziente a causa dell’ansia. Per quanto riguarda lo *scoring*, il punteggio totale va da 0 a 21: da 0 a 4 l’ansia provata è minima, da 5 a 9 è lieve, da 10 a 14 moderata e da 15 a 21 si ha ansia severa.

Capitolo 4 – Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati raccolti è stato utilizzato il programma statistico *Jamovi* (*The Jamovi Project*, 2022), sul quale è stato caricato il *dataset* precedentemente realizzate su Excel. È stato scelto $p \leq .05$ come soglia di significatività statistica.

Il campione iniziale, cioè i rispondenti totali al questionario, sono risultati essere 1369. In seguito, il campione è stato analizzato applicando i criteri di inclusione ed esclusione e sono state considerate solo le persone con età compresa tra i 18 e i 65 anni e che hanno terminato *in toto* la compilazione. Con questa manipolazione si è giunti ad un totale di 1151 partecipanti. Per gli obiettivi dello studio è stato poi deciso di concentrarsi solo sulla popolazione di giovani adulti, quindi sui rispondenti con età compresa tra i 18 e i 25 anni: ne è risultato un campione di 449 partecipanti (N) con età media di 23 anni e deviazione standard (ds) di ± 1.69 (*Figura 1*).

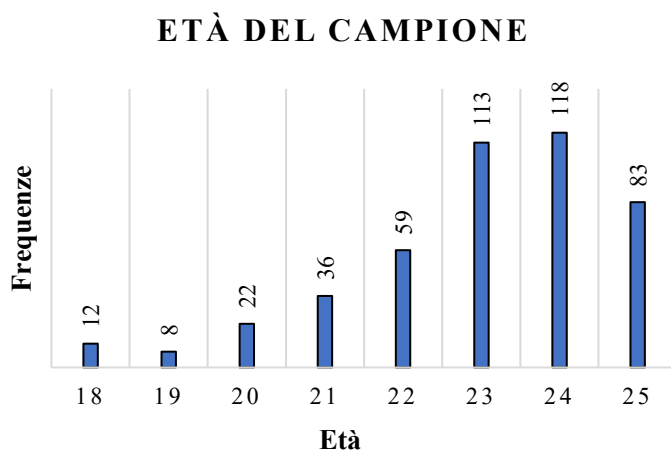


Figura 1.
Distribuzione dell'età
dei partecipanti

Di queste 449 persone, 318 sono donne (70.8%) mentre solo 131 sono uomini (29.2%); per entrambi i generi l'età media è sempre di 23 anni con una ds leggermente minore per le donne (± 1.64 vs ± 1.82).

Proseguendo con una statistica di tipo descrittivo, è stato analizzato l'orientamento sessuale dei partecipanti. La maggior parte di essi è risultata essere eterosessuale, contro il restante 13.8% di persone che si è invece inserito in una delle altre categorie come riportato nella Tabella 1:

Orientamento sessuale	Frequenze	% del Totale
Eterosessuale	387	86.2%
Omosessuale	13	2.9%
Bisessuale	28	6.2%
Asessuale	6	1.3%
Pansessuale	10	2.2%
Altro	5	1.1%

Tabella 1. *Orientamento sessuale dei partecipanti*

Associando nuovamente questi dati con la variabile età, la media delle persone eterosessuali è di 23 anni (ds ± 1.61), mentre quella del restante campione è di 22.6 anni (ds ± 2.08). Rispetto al totale, inoltre, il 61.0% del campione risulta essere in una relazione romantica indipendentemente dalla tipologia della stessa.

Proseguendo con la parte demografica è stato poi chiesto ai partecipanti la regione d'appartenenza al momento della compilazione (Tabella 2):

Frequenze % del totale		
Nord-Italia		
Emilia -Romagna	34	7.6%
Friuli - Venezia Giulia	1	0.2%
Liguria	7	1.6%
Lombardia	124	27.6%
Piemonte	5	1.1%
Trentino - Alto Adige	6	1.3%
Valle D'Aosta	0	0
Veneto	198	44.1%
Centro-Italia		
Lazio	17	3.8%
Marche	4	0.9%
Toscana	9	2.0%
Umbria	3	0.7%
Sud-Italia		
Abruzzo	7	1.6%
Basilicata	0	0
Calabria	14	3.1%
Campania	3	0.7%
Molise	1	0.2%
Puglia	5	1.1%
Isole		
Sardegna	3	0.7%
Sicilia	3	0.7%

Tabella 2. *Distribuzione del campione nelle regioni italiane*

Data la sede di svolgimento di questo studio, non sorprende che la maggioranza dichiarata di provenire da regioni situate al Nord-Italia: la parte più cospicua del campione risiede infatti in Veneto, a seguire si trovano Lombardia ed Emilia-Romagna.

Inoltre, solo il 26.7% del campione dichiara di vivere in una zona rurale, mentre in 329 (73.3%) vivono in una zona urbana. A questo conteggio vanno infine aggiunte le cinque persone che a questa domanda hanno risposto con l'opzione "Fuori Italia"; non è presente una specifica sull'effettivo Stato di residenza.

Per quanto riguarda la scolarizzazione, è stato chiesto ai partecipanti di indicare il grado di istruzione più alto raggiunto, come illustrato in *Figura 2*:

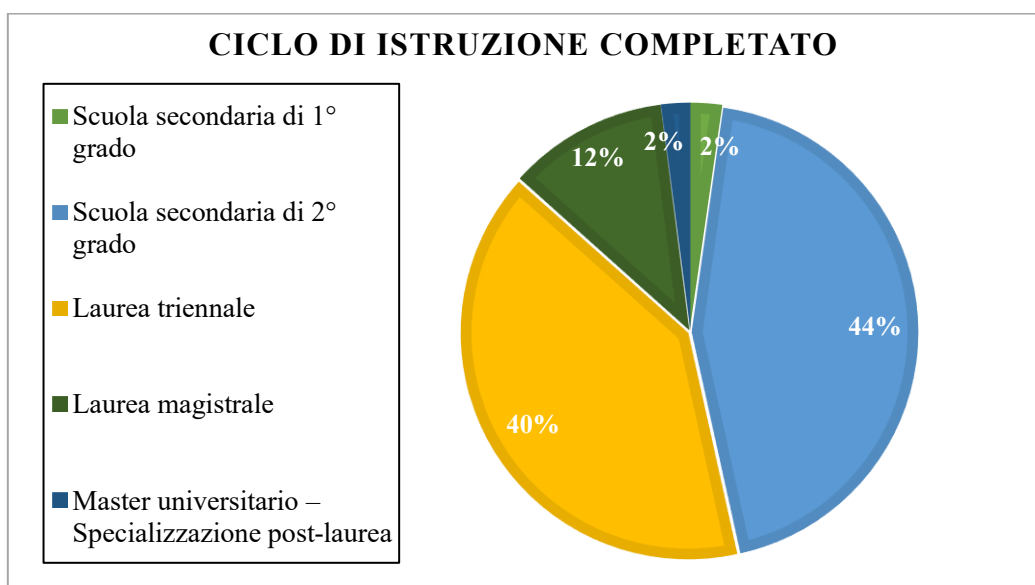


Figura 2. Ciclo di istruzione più alto completato dai partecipanti

La maggioranza, cioè 199 persone, hanno completato la scuola secondaria di secondo grado (liceo, scuola professionale o istituto tecnico) mentre solo 9 persone hanno terminato un master o una scuola di specializzazione. Troviamo poi, in ordine

decescente, 180 laureandi triennali, 51 laureandi magistrali e 10 partecipanti che possiedono unicamente il diploma delle scuole medie.

Dal punto di vista spirituale, la maggior parte delle persone (50.3%) afferma di non essere religioso. Chi risponde affermativamente fa parte del 28.3% e il restante 21.4% dichiara di non saper rispondere. Inoltre, considerando i 127 “Si” solo poco più del 45% sostiene di essere praticante, mentre gli altri non lo sono (18.1%) o non lo sono del tutto (36.2%).

Un'ulteriore variabile di interesse per lo studio è il diverso orientamento politico con il quale il campione in questione ha affermato di identificarsi maggiormente (*Figura 3*):

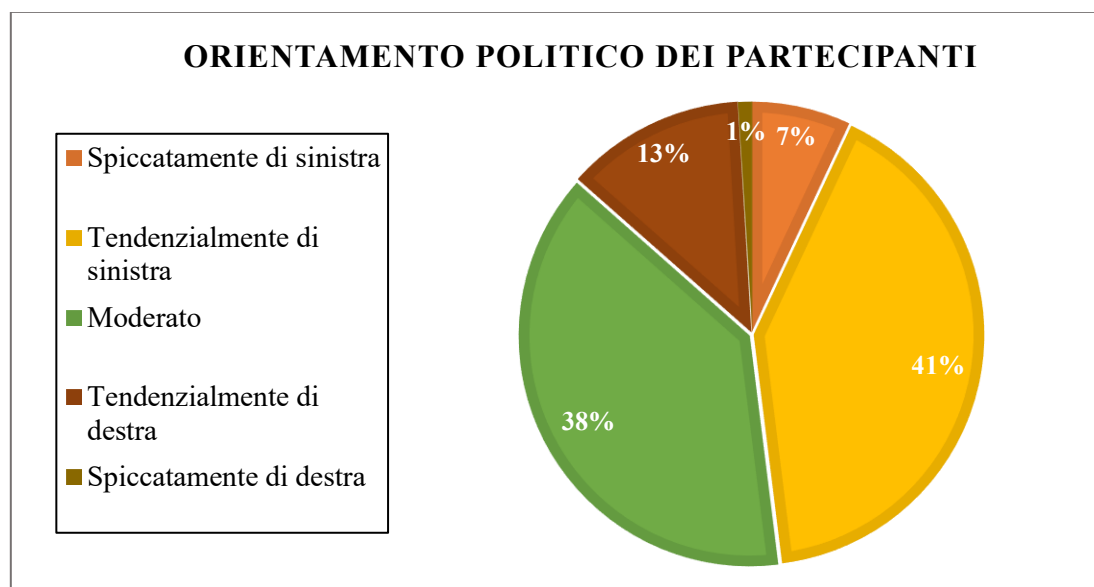


Figura 3. Orientamento politico del campione

È possibile dunque notare che la maggioranza delle persone si considera tendenzialmente di sinistra (177 individui); seguono i moderati, con una frequenza di 166 persone. Sono 54 le persone che sostengono di essere tendenzialmente di destra, 30 persone spiccatamente di sinistra e solo in 4 su 449 sono spiccatamente di destra.

Infine, è stata indagata la sfera della salute fisica e mentale. È stato chiesto di indicare se si soffre o meno di una patologia organica ed eventualmente di indicarne la natura: solo il 5.6%, cioè 25 persone, ha confermato di soffrirne, sia essa una patologia acuta o cronica, lieve o grave. Specificatamente al virus, il 63.6% dei partecipanti ha dichiarato di essersi ammalato di COVID-19 almeno una volta, e l'82.9% ha affermato che almeno uno dei componenti della propria famiglia si è ammalato. Dunque, 163 individui (36.4%) non sono mai risultati positivi al test per il rilevamento del virus mentre il 17.1% non ha nessun parente che lo è stato. Per quanto riguarda l'aspetto della salute mentale, invece, il 44% delle persone ha dichiarato di essere stato seguito psicologicamente almeno una volta nella vita contro il 56% degli individui che invece non ha mai usufruito di un aiuto psicologico.

Successivamente, il campione è stato diviso in chi ha continuato ad usare la mascherina dopo il cessato obbligo (gruppo 1) e chi invece ha smesso (gruppo 2), e sono stati utilizzati dei test chi-quadrato per le variabili categoriali e dei t test per quelle quantitative per osservare possibili differenze significative tra le due categorie.

Le analisi preliminari di chi-quadro hanno mostrato una differenza statisticamente significativa tra i gruppi rispetto al sesso assegnato alla nascita ($\chi^2=15.3$; $p<.001$), con percentuale maggiore di donne (43.0%) rispetto agli uomini (23.3%) tra coloro che indossano la mascherina. La maggior parte degli uomini, quindi, fa parte del secondo gruppo (76.7%).

Emerge una differenza significativa anche in relazione alla religiosità ($\chi^2=21.0$; $p<.001$), con prevalenza nell'uso della mascherina in chi è religioso (52.8%) rispetto a chi non lo

è (28.1%) e a chi non sa rispondere al quesito (38.5%). La maggioranza delle persone che non indossano la mascherina, quindi, non è religiosa (71.9%).

Non è invece emersa una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi per quanto riguarda l'orientamento sessuale ($p=0.944$), l'identità di genere ($p=0.590$), il livello di istruzione ($p=0.092$), l'essere in una relazione romantica o meno ($p=0.235$), e il soffrire o meno di una patologia organica ($p=0.650$).

Per quanto riguarda invece gli altri strumenti usati per il questionario, si sono analizzati i punteggi di *cut-off* del MAC-RF, del GAD-7 e del PHQ-9. Per questi ultimi due punteggi non si è rilevata una differenza statisticamente significativa per i gruppi mascherina “Sì” e “No”, rispettivamente con $p=0.894$ e $p=0.964$. Secondo invece il punteggio di *cut-off* del MAC-RF ($p<.001$), test che misura la paura verso il virus, solo il 28.5% dei soggetti con una forma di paura nella norma indossa la mascherina, contro il 42.6% di chi invece presenta una sofferenza psichica parziale, e il 70.6% di chi ha una paura patologica.

Dal confronto dei t test non è invece emersa una differenza statisticamente significativa tra i gruppi a proposito dell'orientamento politico ($p=0.873$), che è stato poi equiparato a variabile in scala su cinque livelli, da “Spiccatamente di destra” (1) a “Spiccatamente di sinistra” (5). Non si è riscontrata differenza nemmeno per quanto riguarda la variabile “età” ($p=0.654$).

I gruppi differiscono invece significativamente per quanto riguarda la credenza che le regole sulle mascherine:

- decidano per la persona ($t=-2.714$; $p<.001$);
- siano pressanti ($t=-6.085$; $p<.001$);

- minaccino la libertà di scelta ($t=-5.427$; $p<.001$);
- siano manipolatorie ($t=-.774$; $p<.001$);

e per la fiducia:

- nelle professioni di cura ($t=2.000$; $p<.05$);
- nelle scoperte scientifiche sul COVID-19 ($t=2.948$; $p<.01$);
- nelle indicazioni sul virus date dalle professioni di cura ($t=4.050$; $p<.001$).

Si ha differenza significativa anche considerando la paura rispetto al COVID-19 ($t=5.730$; $p<.001$) e per il tratto di Disinibizione ($t=-3.902$; $p<.001$), indagato col questionario PID-5-BF. Tutte queste analisi verranno approfondite nel seguente paragrafo.

Seguendo le ipotesi di questo studio, sono state poi prese in esame le variabili di età e orientamento politico per indagare una possibile correlazione delle stesse con gli altri costrutti. Le variabili dipendenti considerate sono i punteggi totali ai questionari MAC-RF (MAC-RF TOT), GAD-7 (GAD-7 TOT), PID-5-BF (PID-5-BF TOT) e PHQ-9 (TOT), i punteggi ai cinque domini del PID-5-BF, e le risposte alle domande Q34¹ e Q35² del questionario creato *ad hoc* sul COVID-19.

¹ Q34_1: *Mi fido della ricerca scientifica e delle sue scoperte*

Q34_2: *Mi fido delle professioni di cura e delle loro indicazioni*

Q34_3: *Mi fido delle scoperte che la ricerca scientifica ha fatto sul COVID-19*

Q34_4: *Mi fido molto delle indicazioni che le professioni sanitarie hanno dato sul COVID-19*

² Q35_1: *Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina decidono per me*

Q35_2: *Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina mi mettono pressione*

Q35_3: *Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina minacciano la mia libertà di scelta*

Q35_4: *Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina cercano di manipolarmi*

Nello specifico, nella Tabella 3 si nota che nessun valore è significativo considerando l'età mentre, al contrario, l'orientamento politico presenta correlazioni significative con tutte le altre variabili esaminate. In particolare, le variabili sono positivamente correlate nel caso delle domande sulla fiducia nelle indicazioni date dai professionisti sanitari e sulle nuove scoperte sul COVID-19, e ciò vuol dire che più l'orientamento politico tende a sinistra più i punteggi di fiducia aumentano; la correlazione maggiore si ha con Q34_4, con $r=0.236$ ($p<.001$). Sono invece inversamente correlate considerando le domande sulla reattanza, cioè più il soggetto è progressista e più i punteggi diminuiscono. Inoltre, data l'appartenenza a blocchi di domande correlati tra loro, non sorprende la presenza di correlazioni statisticamente significative anche tra quasi tutti i valori di Q34 e Q35.

Nella Tabella 4, invece, emerge che l'orientamento politico correla inversamente solo col dominio di Disinibizione, mentre l'età presenta correlazione diretta con l'Antagonismo e diverse correlazioni negative significative. Quindi, all'aumentare dell'età si ha un punteggio minore per quanto riguarda Distacco, Disinibizione, Psicoticismo, PHQ-9 TOT e PID-5-BF TOT con cui ha correlazione maggiore ($r=-0.186$, $p<.001$). Nuovamente, le correlazioni tra le variabili dei diversi strumenti sono molto numerose, dirette e rilevanti, in quanto nella maggior parte dei casi si ha un valore $p<.001$.

	Orientamento Politico	Età	Q34_1	Q34_2	Q34_3	Q34_4	Q35_1	Q35_2	Q35_3	Q35_4
Orientamento Politico	-									
Età	0.018	-								
Q34_1 Fiducia Ricerca	0.155**	0.010	-							
Q34_2 Fiducia Professioni Cura	0.153**	0.050	0.656***	-						
Q34_3 Fiducia Scoperte Scientifiche COVID	0.216***	0.021	0.666***	0.694***	-					
Q34_4 Fiducia Indicazioni Da Professioni di Cura	0.236***	0.008	0.547***	0.563***	0.758***	-				

	Orientamento Politico	Età	Q34_1	Q34_2	Q34_3	Q34_4	Q35_1	Q35_2	Q35_3	Q35_4
Q35_1 Regole Decidono Per Me	-0.098*	0.045	-0.090	-0.094*	-0.078	-0.130**	-			
Q35_2 Regole Mi Mettono Pressione	-0.133**	0.003	-0.238***	-0.253***	-0.317***	-0.370***	0.285***	-		
Q35_3 Regole Minacciano Mia Libertà	-0.176***	0.075	-0.324***	-0.320***	-0.436***	-0.477***	0.254***	0.642***	-	
Q35_4 Regole Cercano Di Manipolarmi	-0.132**	0.030	-0.302***	-0.356***	-0.480***	-0.462***	0.187***	0.489***	0.706***	-

Tabella 3. Correlazioni tra Orientamento Politico e Età, e le variabili Q34 e Q35

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

	Orientamento Politico	Età	MAC- RF TOT	Affettivi tà	Distacco	Antagonismo	Disinibizione	Psicoticismo	PID- 5-BF TOT	GAD- 7 TOT	PHQ- 9 TOT
Orientamento Politico	-										
Età	0.018	-									
MAC-RF TOT	0.027	-0.007	-								
Affettività	0.051	-0.076	0.438 ***	-							
Distacco	-0.024	-0.172 ***	0.255 ***	0.565 ***	-						
Antagonismo	-0.072	- 0.114*	0.090	0.268 ***	0.474 ***	-					
Disinibizione	-0.109 *	-0.132 **	0.041	0.216 ***	0.355 ***	0.385 ***	-				
Psicoticismo	-0.056	-0.183 ***	0.249 ***	0.563 ***	0.618 ***	0.416 ***	0.383 ***	-			
PID-5-BF TOT	-0.057	-0.186 ***	0.296 ***	0.718 ***	0.817 ***	0.676 ***	0.632 ***	0.824 ***	-		

	Orientamento Politico	Età	MAC- RF TOT	Affettività	Distacco	Antagonismo	Disinibizione	Psicoticismo	PID- 5-BF TOT	GAD- 7 TOT	PHQ- 9 TOT
GAD-7 TOT	-0.019	-0.079	0.329 ***	0.514 ***	0.441 ***	0.220 ***	0.515 **	0.424 ***	0.481 ***	-	
PHQ-9 TOT	0.059	-0.134 **	0.304 ***	0.483 ***	0.511 ***	0.245 ***	0.252 ***	0.537 ***	0.558 ***	0.739 ***	-

Tabella 4. Correlazioni tra Orientamento Politico e Età, e gli strumenti MAC-RF, PID-5-BF, GAD-7, PHQ-9

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

È stata poi utilizzata la tecnica statistica MANCOVA (*Multivariate Analysis of Covariance*) per esaminare i dati ottenuti dal gruppo che ha risposto affermativamente alla domanda sull'uso della mascherina al chiuso (Si) e di quelli che invece non la indossano (No).

Dall'analisi è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi di persone per quanto riguarda le variabili MAC-RF TOT, il fattore di Disinibizione, e i punteggi di Q34 e Q35, ad eccezione che per la domanda Q34_2. In dettaglio, dal confronto delle medie di tali punteggi, si evince che i punteggi più alti che appartengono al gruppo di persone che indossa la mascherina al chiuso riguardano il MAC-RF, questionario sulla paura, la Disinibizione e i tre *items* Q34 sulla fiducia. Al contrario, gli *items* Q35 che cercano di quantificare quanto le regole decidano per il soggetto e quanto cerchino di manipolarlo, hanno punteggi maggiori nel gruppo che non indossa la mascherina al chiuso.

Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa, invece, negli altri quattro fattori del PID-5-BF e nei punteggi totali di GAD-7 e PHQ-9.

La Tabella 5 riguarda l'analisi appena descritta ($gdl=1.409$), con $F(16.394)=5.89$, $p<.001$, Lambda di Wilks=0.807:

Uso Mascherina Al Chiuso	Sì			No			MANCOVA Mascherina	
	N	M	Ds	N	M	Ds	F	P value
MAC-RF TOT	166	12.9	6.06	279	9.49	5.97	31.87136	<.001
Affettività	166	6.43	2.74	279	6.24	2.71	0.19666	0.658
Distacco	166	4.20	2.87	279	4.33	2.62	0.31437	0.575
Antagonismo	166	2.98	2.36	279	3.45	2.50	3.25297	0.072
Disinibizione	166	2.95	2.49	279	3.97	2.79	15.88262	<.001
Psicoticismo	166	5.11	3.11	279	5.08	2.75	0.13474	0.714
GAD-7 TOT	166	8.73	4.83	279	8.20	5.01	0.59341	0.442
PHQ-9 TOT	166	9.37	5.95	279	9.29	5.99	0.00804	0.929
Q34_1	166	4.83	0.449	275	4.73	0.618	4.95345	0.027
Q34_2	164	4.76	0.458	279	4.65	0.617	3.15686	0.076
Q34_3	166	4.67	0.574	279	4.44	0.903	10.62799	0.001
Q34_4	166	4.57	0.587	279	4.20	1.07	16.45849	<.001
Q35_1	166	2.78	1.49	277	3.14	1.28	6.06158	0.014
Q35_2	166	1.70	0.961	277	2.42	1.31	36.93073	<.001
Q35_3	166	1.36	0.715	279	1.90	1.15	26.38097	<.001
Q35_4	164	1.12	0.411	275	1.39	0.849	12.45163	<.001

Tabella 5. MANCOVA relativa all'Uso della Mascherina

Note:

Q34_1: Mi fido della ricerca scientifica e delle sue scoperte

Q34_2: Mi fido delle professioni di cura e delle loro indicazioni

Q34_3: Mi fido delle scoperte che la ricerca scientifica ha fatto sul COVID-19

Q34_4: Mi fido molto delle indicazioni che le professioni sanitarie hanno dato sul COVID-19

Q35_1: Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina decidono per me

Q35_2: Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina mi mettono pressione

Q35_3: Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina minacciano la mia libertà di scelta

Q35_4: Le regole che richiedono alle persone di indossare la mascherina cercano di manipolarmi

È stata poi osservata l'influenza delle variabili covariate, che spiegano parte della variabilità del fattore principale ma non secondo un meccanismo causale, sull'uso della mascherina. Segue dunque la Tabella 6 che riporta esclusivamente i risultati significativi dati dall'influenza della covariata "Età":

Uso Mascherina Al Chiuso	Sì			No			MANCOVA Età	
	N	M	Ds	N	M	Ds	F	<i>P value</i>
Distacco	166	4.20	2.87	279	4.33	2.62	14.75144	<.001
Antagonismo	166	2.98	2.36	279	3.45	2.50	4.65645	0.032
Disinibizione	166	2.95	2.49	279	3.97	2.79	5.26648	0.022
Psicoticismo	166	5.11	3.11	279	5.08	2.75	17.17655	<.001
GAD-7 TOT	166	8.73	4.83	279	8.20	5.01	4.22595	0.040
PHQ-9 TOT	166	9.37	5.95	279	9.29	5.99	9.37851	0.002

Tabella 6. MANCOVA tra Uso della Mascherina ed Età

È evidente come alcuni valori che prima erano significativi ora non lo siano più, e come invece altri lo diventino. Al netto dell'età dei soggetti, non si ha più un *p value* significativo per le variabili dipendenti MAC-RF TOT, Q34_1, Q34_3, Q34_4, e per tutte le variabili Q35. Al contrario, si rileva significatività statistica per il fattore Antagonismo e per il punteggio GAD-7 TOT, per il punteggio PHQ-9 TOT, e per i domini di Distacco Psicoticismo. Per quanto riguarda invece la variabile Disinibizione, la significatività rimane ma diminuisce enormemente passando da $p < .001$ a $p < .05$. Emerge quindi un punteggio medio più alto nel fattore di Psicoticismo e nei punteggi GAD-7 TOT e PHQ-9 TOT per il gruppo di partecipanti che usano la mascherina anche al chiuso, mentre i

domini di Distacco e Antagonismo risultano avere punteggi maggiori per il secondo gruppo.

Dall'introduzione della covariata "Orientamento Politico" si ha invece la Tabella 7:

Uso Mascherina Al Chiuso	Sì			No			MANCOVA Orientamento Politico	
	N	M	Ds	N	M	Ds	F	<i>P value</i>
Disinibizione	166	2.95	2.49	279	3.97	2.79	4.74111	0.030
Q34_1 Fiducia Ricerca	166	4.83	0.449	275	4.73	0.618	9.11056	0.003
Q34_2 Fiducia Professioni Cura	164	4.76	0.458	279	4.65	0.617	11.20922	<.001
Q34_3 Fiducia Scoperte Scientifiche COVID	166	4.67	0.574	279	4.44	0.903	21.21443	<.001
Q34_4 Fiducia Indicazioni Da Professioni di Cura	166	4.57	0.587	279	4.20	1.07	26.28467	<.001
Q35_1 Regole Decidono Per Me	166	2.78	1.49	277	3.14	1.28	4.95318	0.027
Q35_2 Regole Mi Mettono Pressione	166	1.70	0.961	277	2.42	1.31	8.03659	0.005
Q35_3 Regole Minacciano Mia Libertà	166	1.36	0.715	279	1.90	1.15	15.52128	<.001
Q35_4 Regole Cercano Di Manipolarmi	164	1.12	0.411	275	1.39	0.849	7.54970	0.006

Tabella 7. MANCOVA tra Uso della Mascherina ed Orientamento Politico

Ancora una volta si notano dei cambiamenti rispetto al considerare unicamente il fattore “Uso della mascherina al chiuso”. La variabile Disinibizione è sempre presente, anche se nuovamente con una significatività ridotta; spariscono invece tutti i punteggi relativi agli strumenti di ricerca. Rimane invece significativo il punteggio delle otto variabili del questionario introduttivo sul COVID-19, che presentano tutte una significatività piuttosto elevata, e si aggiunge quindi la significatività del punteggio della domanda Q34_2. Infine, dal confronto delle medie risulta che il gruppo di soggetti che usa la mascherina riporta livelli più elevati di fiducia nella scienza, e che il secondo gruppo presenta mediamente punteggi più alti per quanto riguarda la reattanza e il tratto di Disinibizione.

Capitolo 5 – Discussione

5.1 Discussione dei risultati

Questo lavoro si è posto l'obiettivo di individuare alcune delle possibili cause che hanno spinto o meno un campione di giovani adulti a mantenere l'uso della mascherina dopo il suo cessato obbligo di utilizzo, attraverso l'analisi di una serie di caratteristiche personali e psicologiche.

Con la prima ipotesi si è indagata una possibile correlazione tra l'età, l'orientamento politico e le diverse variabili dipendenti prese in esame.

Considerando l'età, i dati hanno fatto emergere l'esistenza di una correlazione positiva con il tratto di personalità dell'antagonismo, e una correlazione inversa con quelli di distacco, disinibizione e psicoticismo, col punteggio totale del PID-5-BF e del PHQ-9. Ciò significa che al crescere dell'età si tende generalmente ad avere meno consapevolezza dei sentimenti e dei bisogni altrui, e aumentano l'estroversione, la coscienziosità e la lucidità mentale. Viceversa, persone più giovani sembrano essere più empatiche ma più distaccate, disinibite e sembrano avere maggiori pensieri non convenzionali. All'aumentare dell'età le persone mostrano anche un funzionamento di personalità migliore e minori sintomi depressivi. I risultati non soddisfano del tutto le ipotesi di partenza poiché non evidenziano, come mostrato in letteratura, la presenza maggiore di sintomi ansiosi e depressivi in età giovanile e di esperienze frequenti di emozioni negative (Vallone et al., 2022; Galvin et al., 2021); non sono state inoltre sottolineate correlazioni

con la paura per il virus (Aresi et al, 2020). Un'ipotesi potrebbe essere che non sia presente un campione di controllo di età maggiore, dal confronto col quale sarebbe emerso una differenza statisticamente significativa a proposito di tali costrutti. All'aumentare dell'età viene però confermata la tendenza alla creazione di esperienze socio-emotive e di relazioni interpersonali.

Per quanto riguarda poi l'orientamento politico, esso non sembra influenzare i costrutti sul benessere psicologico ad eccezione di una correlazione negativa con il tratto di disinibizione, ma condiziona invece la fiducia e la reattanza delle persone proprio come ipotizzato (Mallinas et al, 2021; Young et al, 2022). In dettaglio, viene mostrata una correlazione diretta con la fiducia nelle professioni di cura, le scoperte scientifiche e le indicazioni riguardo il COVID-19. Quindi la fiducia aumenta quando l'orientamento politico del soggetto tende al polo liberale mentre diminuisce se il soggetto si identifica maggiormente con i partiti di destra. Si evidenzia invece correlazione indiretta col pensiero che la mascherina sia pressante, limitante, e manipolatoria. Ovvero, con orientamento politico tendente al polo conservatore si ha maggiore reattanza e desiderio di scontrarsi con ciò che sembra limitare la libertà personale.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, invece, si era supposto che esistesse una differenza nei vari costrutti psicologici e nelle risposte riguardanti fiducia e reattanza tra il gruppo di persone che hanno continuato ad usare la mascherina nei luoghi chiusi e chi invece ha smesso. Dai risultati si osserva che chi usa la mascherina al chiuso è mediamente più impaurito dal COVID-19, ha più fiducia nella ricerca scientifica, nelle nuove scoperte sul virus e nelle indicazioni date dai professionisti sanitari. Al contrario, per quanto riguarda il secondo gruppo, si è riscontrato un livello medio più alto nel tratto di disinibizione e un più alto livello di reattanza. Al netto dell'età e dell'orientamento politico, però, i risultati

sono cambiati. Nel primo caso si nota che, in media, i partecipanti che usano la mascherina presentano sintomi ansiosi, depressivi, e tratti di psicoticismo in quantità più elevata; il secondo gruppo, invece, mostra maggiore distacco, antagonismo e disinibizione rispetto a chi usa i DPI. L'orientamento politico è invece associato ad una fiducia maggiore nella scienza e nelle scoperte scientifiche per quanto riguarda chi usa la mascherina, mentre si riportano valori medi maggiori di disinibizione e reattanza in chi non la indossa.

In linea generale, quindi, le ipotesi iniziali non possono essere rigettate perché i risultati sono in linea con i presupposti. Chi usa la mascherina tende a riportare più spesso paura nei confronti della malattia e ricorrente preoccupazione, livelli più alti di stress e ansia, tono dell'umore alterato e fiducia nelle linee guida date dagli esperti (Mallinas et al, 2021; Byun et al., 2022; Grano et al, 2022; Marino & Schettino, 2022). Contrariamente alle ipotesi, si riportano in media anche maggiori tratti di psicoticismo, caratterizzati da pensiero non convenzionale. I partecipanti che invece non usano la mascherina mostrano più spesso comportamenti disinibiti e impulsivi e reattanza, ma non mostrano mancanza di consapevolezza dei sentimenti altrui (Calbi et al., 2021; Krishna et al, 2021; Young et al, 2022). Anche l'influenza di età e affiliazione politica viene confermata.

5.2 Conclusione

Per quanto riguarda le modalità di compilazione della batteria di test, è risaputo che i questionari *self-report* somministrati al computer e senza l'intervento dell'intervistatore abbiano il vantaggio di far risparmiare un'enorme quantità di tempo all'indagine. Allo stesso tempo, però, il limite è quello di dover creare uno strumento abbastanza breve e

semplice per andare incontro al maggior numero possibile di persone. Inoltre, di solito, coloro che restituiscono il questionario sono un segmento particolare della popolazione in esame e non è possibile accertarsi di chi effettivamente lo compili.

A tal proposito, il reclutamento del campione è stato un reclutamento di convenienza non rappresentativo di tutta la popolazione, perché come mostrano i dati la maggior parte dei partecipanti provengono dal Nord-Italia. Lo studio di Casagrande e colleghi (2020) ha già sottolineato un impatto peggiore del COVID-19 al Nord-Italia, data la maggiore diffusione del virus e il più alto numero di decessi, suggerendo che anche la zona di residenza potrebbe essere una causa da indagare a favore dell'uso dei DPI. Pertanto, i risultati che sono stati ottenuti non vanno rigettati perché la numerosità campionaria è sufficientemente elevata, ma ci sono fattori che ne limitano l'estensibilità e la generalizzazione all'intera popolazione.

Inoltre, si può anche immaginare che le domande del questionario che hanno indagato l'aver perso una persona cara a causa della pandemia possano aver influenzato lo stato psicologico ed emotivo dell'individuo al momento della compilazione. Questo aspetto dovrebbe quindi essere approfondito anche per analizzare l'eventuale condizionamento da parte dell'evento all'uso o meno della mascherina.

Un ulteriore elemento che non è stato possibile considerare in questo studio è la differenza nell'uso della mascherina in base all'orientamento sessuale, per la scarsità di persone non eterosessuali che hanno compilato il questionario (solo il 13% circa). È risaputo che chi appartiene alla comunità LGBTQ+ soffre un maggiore disagio psicologico rispetto ad un individuo della popolazione normale (Fredrick et al., 2020; Macbeth et al., 2022), a maggior ragione durante il periodo di pandemia (Miscioscia et al, 2021; Gato et al., 2021;

Kamal et al., 2021), ma quest'ambito di interesse rimane ancora inesplorato per quanto riguarda il tema dell'uso dei DPI.

Infine, tra i possibili studi futuri un'altra proposta può essere quella di analizzare il contributo del grado di scolarità e della professione sull'uso nel tempo della mascherina, considerando che la letteratura soffermatasi su questi fattori in epoca di pandemia rimane fino ad ora scarsa e contraddittoria (Liu et al., 2020; Wang Y. et al., 2021).

Nonostante l'elevato numero di studi presi in esame in questo lavoro, è innegabile che l'emergenza affrontata avrà un grande impatto anche negli anni a venire e sarebbe pertanto interessante svolgere degli studi longitudinali che indaghino gli effetti futuri del COVID-19 e dell'utilizzo della mascherina, per capire se si raggiungerà mai uno stato di "normalità" al di là dei comportamenti di protezione tuttora incentivati.

La pandemia di COVID-19 ha costretto l'uomo a scontrarsi con il proprio essere fallibile e con la dura constatazione di quanto il dominio sulla natura sia una semplice illusione data dal senso di onnipotenza, supportato dall'ipertecnologizzazione della società contemporanea. L'aumento esponenziale del disagio psichico e delle problematiche internalizzanti testimoniato in questi anni spinge a considerare la pandemia come causa di un trauma collettivo, soprattutto nella popolazione dei giovani. Per questi ultimi, l'assenza di un adeguato bagaglio di esperienze e di strumenti necessari per affrontare quest'esperienza potrebbe essere collegata anche a specifiche caratteristiche della *società di Narciso* in cui sono nati. La cultura dell'illimitato, del controllo e della prestazione potrebbero aver funzionato come fattori di fragilizzazione psichica (De Rosa, & Regnoli, 2022). Sarà quindi doveroso nei prossimi anni dare un significato all'accaduto, per aiutare

le nuove generazioni a risanare le ferite lasciate dal vuoto temporale ed emotivo della
pandemia.

Riferimenti bibliografici

- ABDALLAH, D. A., & LEE, C. M. (2021). Social norms and vaccine uptake: College students' COVID vaccination intentions, attitudes, and estimated peer norms and comparisons with influenza vaccine. *Vaccine*, *39*, 2060–2067.
- ABEDI, V., OLULANA, O., AVULA, V., CHAUDHARY, D., KHAN, A., SHAHJOUEI, S., LI, J., & ZAND, R. (2020). Racial, Economic and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *J Racial Ethn Health Disparities*.
- ADDABBO, T., GHISLIERI, C., & MUSUMECI, R. (2022). Lavoro da remoto e benessere: un'analisi della conciliazione tra lavoro accademico e cura familiare durante la pandemia Covid-19. In *Welfare e ergonomia* (pp. 41-61). Milano: Franco Angeli.
- AGUILERA-HERMIDA, A. P. (2020). College students' use and acceptance of emergency online learning due to COVID-19. *International Journal of Educational Research*, *1*, 100011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. (Traduzione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta edizione (DSM-IV)*). Milano (1995).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, Virginia. (Traduzione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione (DSM-5)*). Milano: Raffaello Cortina Editore (2014).
- AN, L., HAWLEY, S., VAN HORN, M. L., BACON, E., YANG, P., & RESNICOW, K. (2021). Development of a coronavirus social distance attitudes scale. *Patient Education and Counselling*, *104*, 1451–1459.
- ASMUNDSON, G. J. G., & TAYLOR, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorder*, *70*, 102-196.

- AYOUNI, I., MAATOUG, J., DHOUB, W., ZAMMIT, N., FREDJ, S. B., GHAMMAM, R., & GHANNEM, H. (2021). Effective public health measures to mitigate the spread of COVID-19: A systematic review. *BMC Public Health*, *21*, 10-15.
- ARENS, A. M., GAHER, R. M., & SIMONS, J. S. (2012). Child maltreatment and deliberate self-harm among college students: testing mediation and moderation models for impulsivity. *Am J Orthopsychiatry*, *82* (3), 328-37.
- ARESI, G., MARTINEZ DAMIA, S. M., ELLENA, A. M., PISTONI, C., & MARTA, E. (2020). *Benessere psicologico, universo relazionale e dinamiche identitarie nei giovani adulti europei in epoca di Covid-19, Giovani ai tempi del Coronavirus: una generazione in lockdown che sogna un futuro diverso*. Milano: Vita e Pensiero Public University.
- BAAMS, L., WILSON, B. D. M., & RUSSELL, S. T. (2019) LGBTQ youth in unstable housing and foster care. *Pediatrics*, *143* (3), e20174211.
- BABICKA-WIRKUS, A., WIRKUS, L., STASIAK, K., & KOZŁOWSKI, P. (2021). University students' strategies of coping with stress during the coronavirus pandemic: data from Poland. *PLoS ONE*, *16* (7), e0255041
- BADILLO-GOICOECHEA, E., CHANG, T.-H., KIM, E., LARROCCA, S., MORRIS, K., ET AL. (2021). Global trends and predictors of face mask usage during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, *21* (1), 2099.
- BALTÀ-SALVADOR, R., OLMEDO-TORRE, N., PEÑA, M., & RENTA-DAVIDS, A. I. (2021). Academic and emotional effects of online learning during the COVID-19 pandemic on engineering students. *Educational and Information Technologies*, *26*, 7407-7434.
- BANERJEE, R., BHATTACHARYA, J., & MAJUMDAR, P. (2021). Exponential-growth prediction bias and compliance with safety measures related to COVID-19. *Social Science & Medicine*, *268*, 113473.

- BARCELÓ, J., & SHEEN, G. C. H. (2020). Voluntary adoption of social welfare-enhancing behavior: Mask-wearing in Spain during the COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, *15*, e0242764.
- BARRIOS, J. M., & HOCHBERG, Y. (2020). Risk perception through the lens of politics in the time of the COVID-19 pandemic. *National Bureau of Economic Research*, 27008.
- BECKER, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, *2*, 324-508.
- BETSCH, C., KORN, L., SPRENGHOLZ, P., FELGENDREFF, L., EITZE, S., SCHMID, P., & BÖHM, R. (2020). Social and behavioural consequences of mask policies during the COVID-19 pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117* (36), 21851–3.
- BIRD, R., & RITTER, Z. (2020). *Is the Media creating division on COVID-19 health practices?* Retrieved in: <https://news.gallup.com/poll/312749/media-creating-division-covid-health-practices.aspx>
- BOKEMPER, S. E., CUCCINIELLO, M., ROTESI, T., PIN, P., MALIK, A. A., WILLEBRAND, K., PAINTSIL, E. E., OMER, S. B., HUBER, G. A., & MELEGARO, A. (2021). Experimental evidence that changing beliefs about mask efficacy and social norms increase mask wearing for COVID-19 risk reduction: Results from the United States and Italy. *PLoS ONE*, *16* (10), e0258282.
- *BONIWELL, I. (2015). *La scienza della felicità. Introduzione alla psicologia positiva*. Bologna: Il Mulino.
- BOSKOVICH, B. (2020). Masks, men, and the exhausting pursuit of desperate masculinity - American men are opting to go maskless out of shame. Ironically, it's the weakest thing they could do. *Esquire*.
- BROOKE, J., & JACKSON, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk, and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, *29*, 2044–2046.

- BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, *395* (10227), 912–920.
- BROWNING, M. H., LARSON, L. R., SHARAIEVSKA, I., RIGOLON, A., MCANIRLIN, O., MULLENBACH, L., ET AL. (2021). Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PloS One*, *16*, e0245327.
- BULFONE, T. C., MALEKINEJAD, M., RUTHERFORD, G. W., & RAZANI, N. (2021). Outdoor transmission of SARS-CoV-2 and other respiratory viruses: A systematic review. *Journal of Infectious Diseases*, *223*, 550–561.
- BYUN, J. A., SIM, T. J., LIM, T. Y., JAN, S. I., & KIM, S. H. (2022). Association of compliance with COVID-19 public health measures with depression. *Science Report*, *12* (1), 13464.
- CALAMARI, L. E., TJADEN, A. H., EDELSTEIN, S. L., WEINTRAUB, W. S., SANTOS, R., GIBBS, M., ET AL. (2022). Self-reported mask use among persons with or without SARS CoV-2 vaccination - United States, December 2020 - August 2021. *Preventive Medicine Reports*, *28*, 101857.
- CALBI, M., LANGIULLI, N., FERRONI, F., MONTALTI, M., KOLESNIKOV, A., GALLESE, V., & UMITÀ, M. A. (2021). The consequences of COVID-19 on social interactions: An online study on face covering. *Scientific Reports*, *11* (1), 2601.
- CANTEMPI, T., LAMBIASE, E., PENSAVALLI, M., LASELVA, P., & CECCHETTI, S. (2020). COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale. *Modelli della Mente*, *1*, 2531-4556.
- CAO, W., FANG, Z., HOU, G., HAN, M., XU, X., DONG, J., & ZHENG, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, *287*, 112934.
- CAPRARO, V., & BARCELO, H. (2020). The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission. *PsyarXiv*.

- CARBON, C. C. (2021). About the Acceptance of Wearing Face Masks in Times of a Pandemic. *I-Perception, 12* (3).
- CASAGRANDE, M., FAVIERI, F., TAMBELLI, R., & FORTE, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine, 75*, 12–20.
- CASOLA, A. R., KUNES, B., CUNNINGHAM, A., & MOTLEY, R. J. (2021). Mask Use During COVID-19: A Social-Ecological Analysis. *Health Promotion Practice, 22* (2), 152–155.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (2020). *Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved in: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (CDC). (2020). *COVID-19 prevention actions*. Retrieved in: [How to Protect Yourself and Others | CDC](#)
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (CDC). (2020). *Symptoms of COVID-19*. Retrieved in: [Symptoms of COVID-19 | CDC](#)
- CHANG, E., TIAN, W., JIANG, X., YI, S., LIU, J., BAI, Y., ET AL. (2020). Beyond the role of loneliness in psychological ill-being and well-being in females: do social problem-solving processes still matter? *Personality and Individual Differences, 155*, 109729.
- CHANG, M. C., & PARK, D. (2020). Incidence of Post-Traumatic Stress Disorder After Coronavirus Disease. *Healthcare, 8* (4), 373.
- CHARLES, N. E., STRONG, S. J., BURNS, L. C., BULLERJAHN, M. R., & SERAFINE, K. M. (2021). Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 296*, 113706.
- CHENG, S. K., WONG, C. W., TSANG, J., & WONG, K. C. (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychological Medicine, 34*, 1187–1195.

- CHO, H., & LEE, J. S. (2015). The influence of self-efficacy, subjective norms, and risk perception on behavioural intentions related to the H1N1 flu pandemic: A comparison between Korea and the US. *Asian Journal of Social Psychology, 18* (4), 311–324.
- CHU, D. K., AKL, E. A., DUDA, S., SOLO, K., YAACOUB, S., SCHÜNEMANN, H. J., CHU, D. K., AKL, E. A., EL-HARAKEH, A., BOGNANNI, A., ET AL. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet, 395*, 1973–1987.
- CIPOLLETTA, S., & ORTU, M. C. (2020). COVID-19: common constructions of the pandemic and their implications. *Journal of Constructive Psychology, 34*, 1–17.
- CLIVIO, B. (2022). Malattie infiammatorie croniche intestinali e pandemia da SARS-CoV2: gli effetti del COVID-19 sul benessere psicologico e l'attività di malattia. *Università degli Studi di Genova*.
- COHEN-LOUCK, K., & LEVY, I. (2022). Happiness during a mass trauma: predicting happiness during the COVID-19 pandemic through function, stress, anxiety, and coping. *Psychological Trauma: Theory, Research, Anxiety and Coping*.
- CORBETTA, P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- COSTANTINO, V., & RAINA MACINTYRE, C. (2020). The impact of universal mask use on SARS-COV-2 in Victoria, Australia on the epidemic trajectory of COVID-19. *Front Public Health, 9*, 1-8.
- CRANE, M.A., SHERMOCK, K.M., OMER, S.B., & ROMLEY, J.A. (2021). Change in reported adherence to nonpharmaceutical interventions during the COVID-19 pandemic, April-November 2020. *JAMA, 325* (9), 883-885.
- CUAN-BALTAZAR, J. Y., JOSÉ MUÑOZ-PÉREZ, M., ROBLEDÓ-VEGA, C., FERNANDA PÉREZ-ZEPEDA, M., & SOTO-VEGA, E. (2020). Misinformation of COVID-19 on the internet: Infodemiology study. *JMIR Public Health and Surveillance, 6* (2), e18444.

- CUÑADO, J., & DE GRACIA, F. P. (2013). Environment and happiness: New evidence for Spain. *Social Indicators Research*, *112* (3), 549–567.
- D'AMBROSI, D., MARCIANO, R., PAOLUCCI, A., CRESCENZO, P., FERRARA, I., & MAIORINO, A. (2002). L'impatto psicologico del Covid-19 sulla popolazione: analisi descrittiva delle problematiche psicologiche lockdown correlate Progetto: Sostegno Psicologico #iorestoacasa. *Journal of Psychosocial Systems*, *4* (2), 1-14.
- D'ANCONA, P. (2020). *Normativa nazionale e indicazioni specifiche in particolare sull'uso delle mascherine di comunità in corso di COVID-19*. 13. Retrieved in: <http://www.amcli.it/wp-content/uploads/2020/06/10-giugno-2020-DANCONA-ISS.pdf>
- D'AUGELLI, A. R., & GROSSMAN, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *16* (10), 1008–1027.
- DEBOWSKA, A., HORECZY, B., BODUSZEK, D., & DOLINSKI, D. (2020). A repeated cross-sectional survey assessing university students' stress, depression, anxiety, and suicidality in the early stages of the COVID-19 pandemic in Poland. *Psychology and Medicine*, *2*, 1-4.
- DEPOLO, M., FRACCAROLI, F., & SARCHIELLI, G. (1993). Lavoro, disoccupazione e benessere psicologico. *Studi di Sociologia*, *2*, 143-157.
- DE ROSA, B., & REGNOLI, G. M. (2022). La pandemia da Covid-19, un potenziale trauma collettivo. *TOPIC - Temi Di Psicologia dell'Ordine Degli Psicologi Della Campania*, *1*(2).
- DEVONISH, D. (2016). Emotional intelligence and job performance: the role of psychological well-being. *International Journal of Workplace Health Management*.
- DIENER, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, *95* (3), 542 – 575.

- DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E., & SMITH, H. L. (1999). Subjective wellbeing: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- DUBEY, S., BISWAS, P., GHOSH, R., CHATTERJEE, S., DUBEY, M. J., CHATTERJEE, S., LAHIRI, D., & LAVIE, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 14 (5), 779-788.
- EPICENTRO – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2020). *Piano nazionale di vaccinazione COVID-19*. Retrieved in: <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/COVID-19-piano-vaccinazione>
- EPICENTRO – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2020). *Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2*. Retrieved in: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2#:~:text=L'11%20marzo%202020%2C%20I,pu%C3%B2%20essere%20considerata%20una%20pandemia.>
- EPICENTRO - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2022). *Salute mentale al femminile*. Retrieved in: https://www.epicentro.iss.it/mentale/donne_Oms
- EPICENTRO - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2022). *Salute mentale*. Retrieved in: <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-europa>
- ESPOSITO, S., GIANNITTO, N., SQUARCIA, A., NEGLIA, C., ARGENTIERO, A., MINICHETTI, P., ET AL. (2021). Development of psychological problems among adolescents during school closures because of the COVID-19 lockdown phase in Italy: A cross-sectional survey. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 628072.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). (2020). *Clinical characteristics of COVID-19*. Retrieved in: [https://www.ecdc.europa.eu/en/COVID-19/latest-evidence/clinical#:~:text=Symptoms%20and%20signs&text=The%20most%20commonly%20reported%20symptoms,%25\)%20%5B4%2C%5D.](https://www.ecdc.europa.eu/en/COVID-19/latest-evidence/clinical#:~:text=Symptoms%20and%20signs&text=The%20most%20commonly%20reported%20symptoms,%25)%20%5B4%2C%5D.)
- FITZPATRICK, K. M., DRAWVE, G., & HARRIS, C. (2020). Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The state of America's mental health. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102291.

- FINSET, A., BOSWORTH, H., BUTOW, P., GULBRANDSEN, P., HULSMAN, R. L., PIETERSE, A. H., STREET, R., TSCHOETSCHER, R., & VAN WEERT, J. (2020). Effective health communication - A key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counselling, 103* (5), 873–876.
- FISH, J. N., MCINROY, L. B., PACELEY, M. S., WILLIAMS, N. D., HENDERSON, S., LEVINE, D. S., & EDSALL, R. N. (2020). “I’m kinda stuck at home with unsupportive parents right now”: LGBTQ+ youths’ experiences with COVID-19 and the importance of online support. *Journal of Adolescent Health, 67* (3), 450–452.
- FISH, J. N., SALERNO, J., WILLIAMS, N. D., RINDERKNECHT, R. G., DROTNING, K. J., SAYER, L., & DOAN, L. (2021). Sexual Minority Disparities in Health and Well-Being as a Consequence of the COVID-19 Pandemic Differ by Sexual Identity. *LGBT Health, 8* (4), 263-272.
- FISHER, A. D., CASTELLINI, G., RISTORI, J., CASALE, H., GIOVANARDI, G., CARONE, N., FANNI, E., MOSCONI, M., ET AL. (2017). Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers. *Journal of Endocrinological Investigation, 40* (3), 263–273.
- FREDRICK, E. G., LADUKE, S. L., & WILLIAMS, S. L. (2020). Sexual minority quality of life: The indirect effect of public stigma through self-compassion, authenticity, and internalized stigma. *Stigma and Health, 5* (1), 79–82.
- FREDRICKSON, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*, 218-226.
- GALEA, S., MERCHANT, R. M., & LURIE, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine, 180*, 817–818.
- GALVIN, J., EVANS, M. S., NELSON, K., RICHARDS, G., MAVRITSAKI, E., GIOVAZOLIAS, T., KOUTRA, K., MELLOR, B., ZURLO, M. C., SMITH, A. P., & VALLONE, F. (2021). Technostress, Coping, and Anxious and Depressive Symptomatology in

- University Students During the COVID-19 Pandemic. *Europe's Journal of Psychology*.
- GARCIA, D., & RIMÉ, B. (2019). Collective emotions and social resilience in the digital traces after a terrorist attack. *Psychological Science*, *30*, 471-480.
- GATO J., BARRIENTOS, J., TASKER, F., MISCIOSCIA, M., ET AL. (2021), "Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic and Mental Health among LGBTQ+ Young Adults: A Cross-Cultural Comparison across Six Nations". *Journal of Homosexuality*, *68* (4), 612-630.
- GETTE, J. A., STEVENS, A. K., LITTLEFIELD, A. K., HAYES, K. L., WHITE, H. R., & JACKSON, K. M. (2021). Individual and COVID-19 - Specific Indicators of Compliance with Mask Use and Social Distancing: The Importance of Norms, Perceived Effectiveness, and State Response. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18* (16), 8715.
- GILBODY, S., RICHARDS, D., & BARKHAM, M. (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *British Journal of General Practice*, *57*, 650-652.
- GOLDBACH, J. T., TANNER-SMITH, E. E., BAGWELL, M., & DUNLAP, S. (2014). Minority Stress and Substance Use in Sexual Minority Adolescents: A Meta-analysis. *Prevention Science*, *15* (3), 350-363.
- GONZALES, G., LORET DE MOLA, E., GAVULIC, K. A., MCKAY, T., & PURCELL, C. (2020). Mental health needs among lesbian, gay, bisexual, and transgender college students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Adolescent Health*, *67* (5), 645-648.
- 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.
- HAISCHER, M. H., BEILFUSS, R., HART, M. R., OPIELINSKI, L., WRUCKE, D., ZIRGAITIS, G., ET AL. (2020) Who is wearing a mask? Gender-, age-, and location-related differences during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, *15* (10), e0240785.

- HANEY, J. L. (2021). Sexual Orientation, Social Determinants of Health, and Unmet Substance Use Treatment Need: Findings from a National Survey. *Substance Use & Misuse*, 56 (2), 205–213.
- HARPER, C. A., SATCHELL, L. P., FIDO, D., & LATZMAN, R. D. (2021). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19 (5), 1875–1888.
- HAWRYLUCK, L., GOLD, W. L., ROBINSON, S., POGORSKI, S., GALEA, S., & STYRA, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10, 1206–1212.
- HEFFNER, J., VIVES, M. L., & FELDMAN HALL, O. (2021). Emotional responses to prosocial messages increase willingness to self-isolate during the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 170, 110420–110427.
- HENDRICKS, M. L., & TESTA, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43 (5), 460–467.
- HO, C.S., CHEE, C.Y., & HO, R.C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 49 (3), 155–160.
- HOWARD, M.C. (2020). Gender, face mask perceptions, and face mask wearing: Are men being dangerous during the COVID-19 pandemic? *Personality and Individual Differences*, 170, 0417-0419.
- HUANG, C., WANG, Y., LI, X., REN, L., ZHAO, J., & HU, Y. (2019). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395, 497–506.
- ISTAT. (2021). *Prima ondata della pandemia. Un'analisi della mortalità per causa e luogo del decesso*. Retrieved in: <https://www.istat.it/it/archivio/256854>

- ISTAT & ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2020). *Impatto dell'Epidemia COVID-19 sulla Mortalità Totale della Popolazione Residente - Primo Trimestre 2020*. Retrieved in: https://www.istat.it/it/files/2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf
- ISTAT & ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2021). *Ansia nell'adulto - Disturbo d'ansia generalizzata (DAG)*. Retrieved in: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/ansia-nell-adulto-disturbo-d-ansia-generalizzata-dag>
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. (2020). *Long-COVID*. Retrieved in: <https://www.iss.it/web/guest/long-COVID-cosa-sappiamo>
- JEONG, H., YIM, H. W., SONG, Y. J., KI, M., MIN, J. A., CHO, J., & CHAE, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and Health*, 5 (38), e2016048.
- JIMÉNEZ-DE-ALIAGA, K. M., OREFICE, C., CÁRDENAS TIRADO, Z. I., & ABANTO QUINTANA, E. (2022) La solitudine degli anziani nell'epoca del Covid-19: riflessioni educative a seguito di una ricerca in un ambulatorio pubblico del Perù. *Journal of Health Care Education in Practice*, 1 (6).
- KAHANE, L. H. (2021). Politicizing the mask: political, economic, and demographic factors affecting mask wearing behavior in the USA. *Eastern Economic Journal*, 47, 163–83.
- KAHNEMAN, D., DIENER, E., & SCHWARZ, N. (1999). *Well-being: The foundations of a hedonic psychology* (pp. 9-12). New York: Russell Sage Foundation.
- KAMAL, K., LI, J. J., HAHM, H. C., & LIU, C. H. (2021). Psychiatric impacts of the COVID-19 global pandemic on U.S. sexual and gender minority young adults. *Psychiatry Research*, 299, 113855.
- KANG, L., LI, Y., HU, S., CHEN, M., YANG, C., YANG, B. X., WANG, Y., HU, J., LAI, J., MA, X., CHEN, J., GUAN, L., WANG, G., MA, H., & LIU, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7 (3), e14.

- KEYES, C. L., & ANNAS, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology, 4* (3), 197-201.
- KHAN, S., SIDDIQUE, R., LI, H., ALI, A., SHEREEN, M. A., BASHIR, N., ET AL. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health, 10*, 010331.
- KIM, H. H., & LAURENCE, J. (2020). COVID-19 restrictions and mental distress among American adults: Evidence from Corona Impact Survey (W1 and W2). *Journal of Public Health, 42*, 704-711.
- KIM, S., CAPASSO, A., COOK, S. H., ALI, S. H., JONES, A. M., FOREMAN, J., DICLEMENTE, R. J., & TOZAN, Y. (2021). Impact of COVID-19-related knowledge on protective behaviours: The moderating role of primary sources of information. *PLoS One, 16* (11), e0260643.
- KIRALY, O., POTENZA, M. N., STEIN, D. J., KING, D. L., HODGINS, D. C., SAUNDERS, J. B., ET AL. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry, 100*, 152180.
- KCOMT, L., EVANS-POLCE, R. J., BOYD, C. J., & MCCABE, S. E. (2020). Association of transphobic discrimination and alcohol misuse among transgender adults: Results from the U.S. Transgender Survey. *Drug and Alcohol Dependence, 215*, 108223.
- KOBAU, R., SELIGMAN, M. E. P., PETERSON, C., ZACK, M., CHAPMAN, D., & THOMPSON, W. (2011). Mental Health Promotion in Public Health: Perspectives and Strategies from Positive Psychology. *American Journal of Public Health, 101* (8), 1-9.
- KRISHNA, A., RODRIGUES, J., MITSCHKE, V. ET AL. (2021). Self-reported mask-related worrying reduces relative avoidance bias toward unmasked faces in individuals with low COVID-19 anxiety syndrome. *Cognitive Research, 6*, 75.

- KROENKE, K., SPITZER, R. L., & WILLIAMS, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16* (9), 606-613.
- KRUEGER, R. F., DERRINGER, J., MARKON, K. E., WATSON, D., & SKODOL, A. E. (2013). The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF). *American Psychiatric Association (APA)*. Traduzione Italiana a cura di: Fossati, A., & Borroni, S. (2015). Inventario di personalità per il DSM-5 – Versione breve (PID-5-BF) – Adulto. *Raffaello Cortina Editore*.
- LAI J., MA S., WANG Y., CAI Z., HU J., WEI N., ET AL. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, *3* (3), e203976.
- LA ROSA, V. L., GORI, A., FARACI, P., VICARIO, C. M., & CRAPARO, G. (2021). Traumatic distress, alexithymia, dissociation, and risk of addiction During the first wave of COVID-19 in Italy: results from a cross-sectional online survey on a non-clinical adult sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *20* (5), 3128-3144.
- LECHNER, W. V., LAURENE, K. R., PATEL, S., ANDERSON, M., GREGA, C., & KENNE, D. R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addictive Behaviors*, *110*, 106527.
- LEE, M., & YOU, M. (2020). Psychological and behavioural responses in South Korea during the early stages of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*, 2977.
- LEI, Y., SHAH, V., BIELY, C., JACKSON, N., DUDOVITZ, R., BARNERT, E., HOTEZ, E., GUERRERO, A., BUI, A. L., SASTRY, N., & SCHICKEDANZ, A. (2021). Discrimination and Subsequent Mental Health, Substance Use, and Well-being in Young Adults. *Pediatrics*, *148* (6), e2021051378.
- LESO, V., FONTANA, L., & IAVICOLI, I. (2021). Susceptibility to coronavirus (COVID-19) in occupational settings: The complex interplay between individual and

workplace factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1030.

LI, L. Z., & WANG, S. (2020). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research – Journal*, 291, 3267 - 3267.

LINCIANO, N., CAIVANO, V., FANCELLO, F., & GENTILE, M. (2020). La crisi COVID-19. Impatti e rischi per il sistema finanziario italiano in una prospettiva comparata. *CONSOB – Commissione Nazionale per la Società e la Borsa*.

LIU, N., ZHANG, F., WEI, C., JIA, Y., SHANG, Z., SUN, L., ET AL. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Research – Journal*, 287, 112921.

LIU, X., KAKADE, M., FULLER, C. J., FAN, B., FANG, Y., KONG, J., GUAN, Z., & WU, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (1), 15-23.

LIU, X., LUO, W. T., LI, Y., LI, C. N., HONG, Z. S., CHEN, H. L., XIAO, F., & XIA, J. Y. (2020). Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infectious Disease of Poverty*, 9 (1), 58.

LUHMANN, M., HOFMANN, W., EID, M., & LUCAS, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102 (3), 592-615.

MACARTHUR, J. D. & MACARTHUR, C. T. (2009). *MacArthur Foundation's - Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009*. Retrieved in: [Initiative on Depression & Primary Care - MacArthur Foundation \(macfound.org\)](https://www.macfound.org/initiative-on-depression-and-primary-care)

MACBETH, A. J., VIDALES, C. A., & VOGEL, D. L. (2022). Perceived parental religiosity as a predictor of depression and substance use among LGBTQ+ individuals: The

- mediating role of perceived familial stigma. *Psychology of Religion and Spirituality*, 14 (1), 140–147.
- MACINTYRE, C. R., & CHUGHTAI, A. A. (2015). Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. *BMJ*, 350.
- MACINTYRE, C. R., NGUYEN, P.-Y., CHUGHTAI, A. A., TRENT, M., GERBER, B., STEINHOFEL, K., & SEALE, H. (2021). Mask use, risk-mitigation behaviours, and pandemic fatigue during the COVID-19 pandemic in five cities in Australia, the UK and USA: A cross-sectional survey. *International Journal of Infectious Diseases*, 106, 199-207.
- MADDUX, J. E., & ROGERS, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19 (5), 469-479.
- 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.
- MARKUS, H. R., & KITAYAMA, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224–253.
- MARINO, L., CURCIO, C., CAPONE, V., MOSCA, M., & MARINARO, I. (2021). Psicologia della salute: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute. *Emergenza da COVID-19 e benessere psico-sociale degli operatori sanitari: una revisione sistematica della letteratura* (pp. 76-99). Milano: Franco Angeli.
- MARINO, L., & SCHETTINO, G. (2022). Autoefficacia comunicativa dei pazienti ai tempi del COVID-19: relazioni con il benessere mentale. *TOPIC - Temi Di Psicologia dell'Ordine Degli Psicologi Della Campania*, 1 (2).
- MARZIANO, V., GUZZETTA, G., MAMMONE, A., RICCARDO, F., POLETTI, P., TRENTINI, F., ET AL. (2021). The effect of COVID-19 vaccination in Italy and perspectives for “living with the virus”. *MedRxiv*, 12.
- *MCDOWELL, I., & NEWELL, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

- MILLER, J. D., SCOTT, E. C., & OKAMOTO, S. (2006). Public acceptance of evolution. *Science* 313 (5788), 765-766.
- MILNE, S., SHEERAN, P., & ORBELL, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (1), 106-143.
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2022). *Come proteggersi dal COVID-19. Dispositivi di protezione.* Retrieved in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=283#18>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Cosa sono SARS-CoV-2 e COVID-19.* Retrieved in: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, 16. (2020a).* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/23/20G00020/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, 40. (2020b).* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/23/20G00020/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Decreto-legge 17 marzo.* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Decreto-legge 25 marzo.* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/25/20G00035/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Decreto-legge 16 maggio, n. 33. (2020).* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/16/20G00051/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2021). *Decreto-legge 13 marzo n. 30.* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/03/13/21G00040/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2021). *Decreto-legge 6 agosto.* Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/08/06/21G00125/sg>

- MINISTERO DELLA SALUTE. (2021). *Decreto-legge 26 novembre n. 172*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/11/26/21G00211/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2022). *Decreto-legge 24 aprile*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/03/24/22G00034/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 1 marzo*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/01/20A01381/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 26 aprile*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 7 agosto*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/08/20A04399/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 7 settembre*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/07/20A04814/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 13 ottobre*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/13/20A05563/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 18 ottobre*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/18/20A05727/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 24 ottobre*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/25/20A05861/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 3 novembre*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/11/04/20A06109/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Dpcm 3 dicembre*. Retrieved in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/12/03/20A06767/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2022). *Mascherine, le norme tecniche per la produzione*. Retrieved in:
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=4361#:~:text=Le%20mascherine%20chirurgiche%2C%20per%20essere,traspirabilit%C3%A0

- MINISTERO DELLA SALUTE. (2021). *Ordinanza 22 giugno*. Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/06/23/21A03849/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2022). *Ordinanza 29 settembre*. Retrieved in: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/09/30/22A05638/sg>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (1948). *Organizzazione Mondiale Sanità*. Retrieved in: <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&area=rapporti&menu=mondiale>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2020). *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2020*. Retrieved in: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3212
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2021). *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2021*. Retrieved in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3081_allegato.pdf
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2022). *Report vaccini anti COVID-19*. Retrieved in: <https://www.governo.it/it/csCOVID19/report-vaccini/>
- MINOZZI, S., SAULLE, R., AMATO, L., & DAVOLI, M. (2021). Impatto del distanziamento sociale per COVID-19 sul benessere psicologico dei giovani: Una revisione sistematica della letteratura. *Recenti progressi in Medicina*, 112 (5), 360-370.
- MISCIOSCIA, M., POLI, M., GUBELLO, A., & RIGO, P. (2021). Gli effetti psicosociali della pandemia da COVID-19 nella comunità LGBTQ+. Primo report dell'indagine italiana. Retrieved in: https://www.fpce.up.pt/queerantine/pdf/Report_Italy.pdf
- MOCCIA, L., JANIRI, D., PEPE, M., DATTOLI, L., MOLINARO, M., DE MARTIN, V., CHIEFFO, D., JANIRI, L., FIORILLO, A., SANI, G., & DI NICOLA, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 87, 75–79.
- MYERS, D. G., & DIENER, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6 (1), 10–19.

- NAGOSHI, J. L., ADAMS, K. A., TERRELL, H. K., HILL, E. D., BRZUZY, S., & NAGOSHI, C. T. (2008). Gender Differences in Correlates of Homophobia and Transphobia. *Sex Roles, 59* (7–8), 521–531.
- NEWCOMB, M. E., LASALA, M. C., BOURIS, A., ET AL. (2019). The influence of families on LGBTQ youth health: a call to action for innovation in research and intervention development. *LGBT Health, 6* (4), 139-145.
- NIVETTE, A., RIBEAUD, D., MURRAY, A., STEINHOFF, A., BECHTIGER, L., HEPP, U., & EISNER, M. (2021). Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine, 268*, 3370 - 3378.
- NORMAN, P., WILDING, S., & CONNER, M. (2020). Reasoned action approach and compliance with recommended behaviours to prevent the transmission of the SARS-CoV-2 virus in the UK. *British Journal of Health Psychology, 25*, 1006–1019.
- ORAN, D. P., & TOPOL, E. J. (2020). Prevalence of asymptomatic SARS-CoV-2 infection. *Annals of Internal Medicine, 6*.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (OMS) (2020). *Dichiarazioni Direttore Generale Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS*. Retrieved in: <https://www.osservatoriosullefonti.it/emergenza-COVID-19/organizzazione-mondiale-della-sanita-oms/dichiarazioni-direttore-generale-organizzazione-mondiale-della-sanita-oms/3011-emcov-oms3>
- OXMAN, T. E., DIETRICH, A. J., WILLIAMS, J. W., & KROENKE, K. (2002). A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. *Psychosomatics, 43* (6), 441-450.
- OZDEMIR, S., NG, S., CHAUDHRY, I., & FINKELSTEIN, E. A. (2020). Adoption of preventive behaviour strategies and public perceptions about COVID-19 in Singapore. *International Journal of Heal Policy Management, 11* (5), 579-591.

- PARISI, R., LAGOMARSINO, F., RANIA, N., & COPPOLA, I. (2021). Women face to fear and safety devices During the COVID-19 pandemic in Italy: impact of physical distancing on individual responsibility, intimate, and social relationship. *Frontiers of Public Health, 9*, 622155.
- PEREZ-BRUMER, A., DAY, J. K., RUSSELL, S. T., & HATZENBUEHLER, M. L. (2017). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56* (9), 739-746.
- PRIMARY CARE COLLABORATIVE. (1996). *Patient Health Questionnaire – Mental Health Tools*. Retrieved in: [Patient Health Questionnaire - Mental Health Tools | Primary Care Collaborative \(pcpcc.org\)](https://www.pcpcc.org/patient-health-questionnaire-mental-health-tools)
- PASSAVANTI, M., ARGENTIERI, A., BARBIERI, D. M., LOU, B., WIJAYARATNA, K., ET AL. (2021). The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *Journal of Affective Disorders, 15* (283), 36-51.
- PEDRINI, L., MELONI, S., LANFREDI, M., FERRARI, C., GEVITI, A., CATTANEO, A., & ROSSI, R. (2022). Adolescents' mental health and maladaptive behaviours before the COVID-19 pandemic and 1-year after: Analysis of trajectories over time and associated factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 16* (1), 42.
- PETHERICK, A., GOLDSZMIDT, R., ANDRADE, E. B., FURST, R., HALE, T., POTT, A., & WOOD, A. (2021). A worldwide assessment of changes in adherence to COVID-19 protective behaviours and hypothesized pandemic fatigue. *Nature Human Behaviour, 5* (9), 1145-1160.
- PFATTHEICHER, S., NOCKUR, L., BÖHM, R., SASSENATH, C., & PETERSEN, M. B. (2020). The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing and wearing of face masks during the COVID-19 pandemic. *Psychological Science, 31* (11), 1363 - 1173.

- PLAGG, B., ENGL, A., PICCOLI, G., & EISENDEL, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *89*, 4086.
- PORCELLI, P. (2020). Fear, anxiety, and health-related consequences after the COVID-19 epidemic. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*, 103 - 111.
- PUTTOCK, E. J., MARQUEZ, J., YOUNG, D. R., SHIRLEY, A. M., HAN, B., MCKENZIE, T. L., SMITH, N. J., MANUEL, K., HOELSCHER, D., SPEAR, S., RUIZ, M., ET AL. (2022). Association of masking policies with mask adherence and distancing during the SARS-COV-2 pandemic. *American Journal of Infection Control*, *50* (9), 969 - 974.
- QI, R., PALMIER-CLAUS, J., SIMPSON, J., VARESE, F., & BENTALL, R. (2020). Sexual minority status and symptoms of psychosis: The role of bullying, discrimination, social support, and drug use – Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *93* (3), 503–519.
- QUIGLEY, A. L., TRENT, M., SEALE, H., CHUGHTAI, A. A., & MACINTYRE, C. R. (2022). Cross-sectional survey of changes in knowledge, attitudes and practice of mask use in Sydney and Melbourne during the 2020 COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, *12* (6), e057860.
- RADER, B., WHITE, L. F., BURNS, M. B., ET AL. (2021). Mask-wearing and control of SARS-CoV-2 transmission in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Digital Health*, *3* (3), 148–157.
- RAJAEI, A. R., KHOYNEZHAD, G. R., JAVANMARD, J., & ABDOLLAHPOUR, M. (2016). The relation between positive psychological states and coping styles. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *18* (1), 57–63.
- RANIA, N., & COPPOLA, I. (2021). Psychological impact of the lockdown in Italy due to the COVID-19 outbreak: are there gender differences? *Frontiers of Psychology*, *12*, 567470.

- RANIA, N., COPPOLA, I., LAGOMARSINO, F., & PARISI R. (2020). Lockdown e ruoli di genere: differenze e conflitti ai tempi del COVID-19 in ambito domestico. *La Camera Blu, Rivista Di Studi Di Genere*, 22.
- ROSSI, R., SOCCI, V., TALEVI, D., ET AL. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers of Psychology*, 11, 790.
- ROY, D., TRIPATHY, S., KAR, S. K., SHARMA, N., VERMA, S. K., & KAUSHAL, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.
- RUBIN G, J., & WESSELY, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 368, 313.
- RUPPERT, R., KATTARI, S. K., & SUSSMAN, S. (2021). Review: Prevalence of Addictions among Transgender and Gender Diverse Subgroups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (16), 8843.
- RYAN, R. M., & DECI, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 141-166.
- RYFF, C. D., & SINGER, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 13-39.
- SALERNO, J. P., DEVADAS, J., PEASE, M., NKETIA, B., & FISH, J. N. (2020). COVID-19-related stress among LGBTQ+ university students: results of a U.S. national survey. *School of Public Health, Prevention Research Center*. Retrieved in: https://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/26375/LGBTQ_COVID_Report_09032020.pdf
- SALERNO, J. P., DEVADAS, J., PEASE, M., NKETIA, B., & FISH, J. N. (2020). Sexual and Gender Minority Stress Amid the COVID-19 Pandemic: Implications for

LGBTQ Young Persons' Mental Health and Well-Being. *Public Health Reports*, 135 (6), 721-727.

SALERNO, J. P., WILLIAMS, N. D., & GATTAMORTA, K. A. (2020). LGBTQ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (1), S239–S242.

SANTINI, Z. I., JOSE, P. E., CORNWELL, E. Y., KOYANAGI, A., NIELSEN, L., HINRICHSEN, C., ET AL. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5, 62-70.

SANTOS, G.-M., ACKERMAN, B., RAO, A., WALLACH, S., AYALA, G., ET AL (2020). Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV treatments Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behaviour*, 25 (2), 311-321.

SANTROCK, J. W. (2017). *Psicologia dello sviluppo (III edizione)*. Milano: Mc Graw Hill Education.

SCHIMMENTI, A., BILLIEUX, J., & STARCEVIC, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 41-45.

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).

SELIGMAN, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16 (3), 126–127.

SELIGMAN, M. E. P. (2012). Che cos'è il benessere? In F. Giardini (Eds), *Fai fiorire la tua vita - Una nuova, rivoluzionaria visione della felicità e del benessere*. Milano: Anteprema Edizioni.

- *SELIGMAN, M. E. P. (2013). *Imparare l'ottimismo - Come cambiare la vita cambiando il pensiero*. Prato: Giunti Editore.
- SERES, G., BALLEYER, A., CERUTTI, N., DANILOV, A., FRIEDRICHSEN, J., LIU, Y., & SÜER, M. (2021). Face masks increase compliance with physical distancing recommendations during the COVID-19 pandemic. *Journal of the Economic Science Association*, 7, 139-158.
- SERES, G., BALLEYER, A., CERUTTI, N., FRIEDRICHSEN, J., & SÜER, M. (2021). Face mask use and physical distancing before and after mandatory masking: No evidence on risk compensation in public waiting lines. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 192, 765–781.
- SHARMA, A. J., & SUBRAMANYAM, M. A. (2020). Psychological wellbeing of middle-aged and older queer men in India: A mixed-methods approach. *PLoS One*, 15 (3), e0229893.
- SHER, L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 70, 124.
- SIN, M. S. Y. (2016). Masking fears: SARS and the politics of public health in China. *Critical Public Health*, 26, 88-98.
- 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.
- SONG, K., LI, T., LUO, D., HOU, F., BI, F., STRATTON, T. D., & JIANG, Y. (2020). Psychological Stress and Gender Differences during COVID-19 Pandemic in Chinese Population. *MedRxiv*.
- SPITZER, R. L., KROENKE, K., & WILLIAMS, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282 (18), 1737-1744.

- STEPHANIE GLEN. (2022). "MANCOVA: Multivariate Analysis of Covariance". StatisticsHowTo.com: Elementary Statistics for the rest of us! Retrieved in: <https://www.statisticshowto.com/mancova/>
- STEPTOE, A. (2019). Happiness and health. *Annual Review of Public Health, 40 (1)*, 339–359.
- TAYLOR, S., & ASMUNDSON, G. J. G. (2021). Negative attitudes about facemasks during the COVID-19 pandemic: The dual importance of perceived ineffectiveness and psychological reactance. *PLoS One, 16 (2)*, e0246317.
- THE JAMOVI PROJECT. (2022). *Jamovi*. (Version 2.3.18.0) [Computer Software]. Retrieved in: <https://www.jamovi.org>.
- THE LANCET CHILD ADOLESCENT HEALTH. (2020). Pandemic school closures: risks and opportunities. *Lancet Child Adolescent Health, 4*, 341.
- THOMAS, E. (2020). Coronavirus: impact on young people with mental health needs. *Young Minds*. Retrieved in: <https://www.youngminds.org.uk/about-us/reports-and-impact/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/>
- TORALES, J., O'HIGGINS, M., CASTALDELLI-MAIA, J. M., & VENTRIGLIO, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 66 (4)*, 317-320.
- TULL, M. T., EDMONDS, K. A., SCAMALDO, K. M., RICHMOND, J. R., ROSE, J. P., & GRATZ, K. L. (2020). Psychological outcomes associated with stay-at home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Research, 289*, 3098.
- UNIVERSITÀ VITA-SALUTE SAN RAFFAELE. (2020). *Mascherine protettive: che differenza c'è?* Retrieved in: <https://www.univr.it/news/2020/4/mascherine-protettive-che-differenza-ce>
- VALLONE, F. NIEVES MORDENTE, N., & CATTANEO DELLA VOLTA, M. F. (2022). Stress e condizioni di salute psicologica negli studenti universitari durante la pandemia

da COVID-19: fattori di rischio e fattori protettivi. *TOPIC-Temi di Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Campania, 1 (1)*.

VAN LANCKER, W., & PAROLIN, Z. (2020). COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health, 5*, 243-244.

VICARI, S., & PONTILLO, M. (2022). *Gli adolescenti e il COVID-19. L'impatto della pandemia sul benessere mentale dei ragazzi*. Milano: Edizioni LSWR.

VINER, R. M., RUSSELL, S. J., CROKER, H., ET AL (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolescent Health, 4*, 397-404.

WANG, C., HORBY, P.W., HAYDEN, F. G., & GAO, G. F (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet, 395 (10223)*, 470-473.

WANG, C., PAN, R., WAN, X., TAN, Y., XU, L., MCINTYRE, R. S., CHOO, F. N., TRAN, B., HO, R., SHARMA, V. K., & HO, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behaviour, and Immunity, 87*, 40-48.

WANG, G., ZHANG, Y., ZHAO, J., ZHANG, J., & JIANG, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet, 395*, 945-947.

WANG, X., FERRO, E. G., ZHOU, G., HASHIMOTO, D., & BHATT, D. L. (2020). Association between universal masking in a health care system and SARS-CoV2 positivity among health care workers. *JAMA, 324*, 703.

WANG, Y., DI, Y., YE, J., & WEI, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychological Health and Medicine, 26*, 13–22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). *COVID-19 strategy update*. Retrieved in: <https://www.who.int/publications/m/item/COVID-19-strategy-update>

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022) *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks*. Retrieved in: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>
- WRIGHT, A. G., THOMAS, K. M., HOPWOOD, C. J., MARKON, K. E., PINCUS, A. L., & KRUEGER, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121* (4), 951-7.
- XU, P., & CHENG, J. (2020). Individual differences in social distancing and mask-wearing in the pandemic of COVID-19: The role of need for cognition, self-control, and risk attitude. *Personality and Individual Differences, 175*, 110706.
- YAN, Y., BAYHAM, J., FENICHEL, E. P., & RICHTER, A. (2020). Do face masks create a false sense of security? A COVID-19 dilemma. *MedRxiv*.
- YOU GOV/IMPERIAL COLLEGE LONDON. (2020). *COVID-19 Britons still won't wear face masks*. Retrieved in: <https://yougov.co.uk/topics/health/articles-reports/2020/06/04/COVID-19-britons-still-wont-wear-face-masks>
- 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.
- *ZAMBIANCHI, M. (2015). *La psicologia positiva*. Roma: Carocci Faber.
- ZANGMEISTER, C. D., RADNEY, J. G., VICENZI, E. P., ET AL. (2020). Filtration efficiencies of nanoscale aerosol by cloth mask materials used to slow the spread of SARS-CoV-2. *American Chemistry Society (ACS) Nano, 14*, 9188-9200.
- ZHANG, C. Q., CHUNG, P. K., LIU, J. D., CHAN, D. K. C., HAGGER, M. S., & HAMILTON, K. (2019). Health beliefs of wearing facemasks for influenza A/H1N1 prevention: a qualitative investigation of Hong Kong older adults. *Asia Pacific Journal of Public Health, 31*, 246-256.
- ZHENG, Z., PENG, F., XU, B., ZHAO, J., LIU, H., PENG, J., LI, Q., JIANG, C., ZHOU, Y., LIU, S., YE, C., ZHANG, P., XING, Y., GUO, H., & TANG, W. (2020). Risk factors of

critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Infection*, 81 (2), 16-25.

ZOU, Z., FAIRLEY, C. K., SHEN, M., SCOTT, N., XU, X., LI, Z., LI, R., ZHUANG, G., & ZHANG, L. (2022). Critical timing and extent of public health interventions to control outbreaks dominated by SARS-CoV-2 variants in Australia: A mathematical modelling study. *International Journal of Infectious Diseases*, 115, 154-165.

* = opere non lette per intero