



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione

Tesi di laurea Magistrale

Covid-19 related fears, sintomi d'ansia e resilienza associati all'uso della mascherina al chiuso quando non più obbligatorio: studio su un campione di adulti italiani

Covid-19 related fears, anxiety symptoms and resilience associated with the use of the indoor mask when no longer mandatory: study on a sample of Italian adults

Relatrice:

Prof.ssa Daniela Di Riso

Correlatrici:

Prof.ssa Marina Miscioscia

Prof.ssa Paola Rigo

Laureanda: **Valeria Montini**

Matricola: **2053222**

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

La pandemia di Covid-19 ha portato con sé un pericolo potenzialmente mortale che i Paesi di tutto il mondo hanno fronteggiato ricorrendo a misure di confinamento e imponendo l'adozione di comportamenti utili per salvaguardare la salute di tutti. In Italia, un'ordinanza del Ministero della Salute ha tolto l'obbligatorietà di indossare la mascherina nei luoghi chiusi a partire dal 1° maggio 2022 ma, nonostante questo, molti cittadini hanno continuato a portarla. La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare la paura legata al Covid-19, la sintomatologia ansiosa e la resilienza di chi perpetuava tale comportamento, confrontandole con quelle di chi non lo faceva. Di tali costrutti si è voluta esaminare anche l'associazione con alcune emozioni, e se essi, insieme all'età, potessero predire il fatto di portare o meno la mascherina nel periodo in cui non era obbligatoria. Lo studio è stato condotto tra giugno 2022 e settembre 2022 e ha coinvolto 1151 persone di età compresa fra i 18 e i 64 anni. I partecipanti dovevano completare una survey self-report online che includeva: domande demografiche, items relativi alla resilienza e alle emozioni provate all'idea di indossare la mascherina, e due questionari utili a misurare la paura legata al Covid-19 e la sintomatologia ansiosa. Tali questionari sono rispettivamente il Multidimensional Assessment of COVID-19–Related Fears (MAC-RF) e il Generalized Anxiety Disorder Scale – 7 (GAD-7). I risultati indicano che chi porta la mascherina al chiuso ha più paura legata al Covid-19 e più ansia rispetto a chi non la porta, ma entrambi esperiscono tante più emozioni positive e negative (all'idea di indossare la mascherina) quanto più temono il virus. Associazioni positive sono state rilevate anche tra i due stati emotivi e l'ansia, ma solamente in chi non porta la mascherina al chiuso. Emerge inoltre che essere resilienti corrisponde a minori emozioni negative e a maggiori emozioni positive indipendentemente dal fatto che si indossi o meno il dispositivo al chiuso. Infine, un modello di regressione logistica ha messo in luce che la probabilità di non indossare la mascherina al chiuso diminuisce se: si hanno paure legate al Covid-19, si è resilienti, e si è avanti con gli anni. Questo studio è uno dei primi ad aver indagato i possibili fattori coinvolti nella scelta volontaria di ricorrere o meno a dispositivi di protezione individuale dopo due anni di pandemia e di misure imposte dall'autorità.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic brought with it a potentially deadly danger that countries around the world have faced by recourse to containment measures and by imposing the adoption of useful behaviours to safeguard the health of all. In Italy, an order of the Ministry of Health removed the obligation to wear the mask in indoor places from 01 May 2022 onwards but, despite this, many citizens continued to wear it. The present research aims to investigate the Covid-19 related fears, the anxious symptomatology and the resilience of those who perpetuated such behaviour, comparing them with those of those who did not. Of these constructs it was also wanted to examine the association with some emotions and if they, as well as the age, could predict whether or not to wear the mask in the period when it was not mandatory. The study was conducted between June 2022 and September 2022 and it involved 1151 people aged between 18 and 64. Participants had to complete an online survey self-report which included: demographic questions, items related to resilience and emotions experienced at the idea of wearing the mask, and two questionnaires to measure Covid-19 related fear and anxious symptomatology. These questionnaires are respectively the Multidimensional Assessment of COVID-19–Related Fears (MAC-RF) and the Generalized Anxiety Disorder Scale – 7 (GAD-7). The results show that who wears the mask indoors has more Covid-19 related fears and more anxiety compared to those who do not wear it, but both experience so much more positive and negative emotions (to the idea of wearing the mask) the more they fear the virus. Positive associations were also found between the two emotional states and anxiety, but only in those who do not wear the mask indoors. It also emerges that being resilient corresponds to less negative emotions and to more positive emotions regardless of wearing or not the device indoors. Lastly, a logistic regression model showed that the probability of not wearing the mask in closed places decreases if: you have Covid-19 related fears, you are resilient, and you are older. This study is one of the first to have investigated the possible factors involved in the voluntary choice of whether or not to use personal protective equipment after two years of pandemic and measures imposed by the authority.

INDICE

CAPITOLO 1 – BACKGROUND TEORICO.....	1
1.1 Utilizzo della mascherina prima della pandemia di Covid-19.....	1
1.2 L'avvento del Covid-19	2
1.2.1 L'uso della mascherina per contenere la diffusione del virus.....	3
1.2.2 La gestione dell'emergenza in Italia	4
1.3 Fattori coinvolti nell'uso della mascherina.....	9
1.3.1 Il ruolo di: Covid-19 related fears, sintomatologia ansiosa e resilienza	9
1.3.2 La relazione con le emozioni	12
1.3.3 Il ruolo dell'età.....	13
1.4 Utilizzo della mascherina dopo la fine delle restrizioni.....	14
CAPITOLO 2 – LA RICERCA.....	19
2.1 Obiettivi	19
2.2 Ipotesi.....	19
2.3 Metodo	20
2.3.1 Campione	20
2.3.2 Procedura.....	21
2.3.3 Strumenti	22
2.3.3.1 Intervista sociodemografica ad hoc	22
2.3.3.2 Questionari standardizzati	23
CAPITOLO 3 – I RISULTATI	27
3.1. Analisi statistiche.....	27
3.2. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: confronto tra chi indossa e chi non indossa la mascherina nei luoghi chiusi.....	27
3.3. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: associazioni con le emozioni in chi indossa la mascherina nei luoghi chiusi.....	28
3.3.1. Associazioni con le emozioni negative	28

3.3.2. Associazioni con le emozioni positive	28
3.4. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: associazioni con le emozioni in chi non indossa la mascherina nei luoghi chiusi.....	30
3.4.1. Associazioni con le emozioni negative	30
3.4.2. Associazioni con le emozioni positive	30
3.5. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: possibili predittori del fatto di indossare o meno la mascherina nei luoghi chiusi.....	31
CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE	35
4.1 Discussione	35
4.2 Limiti e sviluppi futuri	38
4.3 Conclusioni	39
BIBLIOGRAFIA	41
SITOGRAFIA	53

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1. Guida dell’Istituto Superiore di Sanità su “Come indossare, utilizzare, togliere e smaltire le mascherine nell’uso quotidiano”.....	6
Figura 2. Risultati del sondaggio Ipsos sulla ripresa delle normali attività.....	15
Figura 3. Risultati del sondaggio Ipsos sul distanziamento sociale e sull’uso della mascherina.....	16

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1. Alcune caratteristiche sociodemografiche del campione totale.....	21
Tabella 2. Statistiche descrittive dei due gruppi, risultati del t-test di Student per campioni indipendenti e relativo indice d di Cohen di MAC-RF, GAD-7 e dei quattro items sulla resilienza tra il gruppo di chi indossava e non indossava la mascherina al chiuso.	28
Tabella 3. Indice di correlazione lineare e probabilità ad esso associata tra MAC-RF, GAD e i quattro items sulla resilienza e le emozioni nel gruppo che indossava la mascherina nei luoghi chiusi.	29
Tabella 4. Indice di correlazione lineare e probabilità ad esso associata tra MAC-RF, GAD e i quattro items sulla resilienza e le emozioni nel gruppo che non indossava la mascherina nei luoghi chiusi.	31
Tabella 5. Modello di regressione logistica con variabile dipendente dicotomica “Uso - Non uso della mascherina al chiuso” e predittori MAC-RF, GAD, i quattro items sulla resilienza e l’età.....	33

CAPITOLO 1 – BACKGROUND TEORICO

1.1 Utilizzo della mascherina prima della pandemia di Covid-19

Prima dell'avvento del Covid-19, le mascherine erano utilizzate principalmente per proteggersi dall'inalazione di agenti patogeni negli ambienti di lavoro (Balestracci et al., 2023) e per contenere la diffusione di virus e malattie infettive, come la peste del XVII secolo, l'influenza spagnola del 1918 e la SARS dei primi anni 2000. In quest'ultimo caso, esse risultavano essere un mezzo non farmaceutico e a basso costo impiegato soprattutto in ambito sanitario, nel quale, in aggiunta, era prevista la disinfezione delle mani e l'isolamento di potenziali individui infetti. Esistono pochi studi che hanno valutato l'efficacia di tale dispositivo a livello della popolazione. Uno di questi rilevò che il suo ampio utilizzo, da parte sia di malati sia di individui sani, contribuiva a ritardare notevolmente una pandemia influenzale, a ridurre il tasso di contagi e a contenere un possibile focolaio. Inoltre, incrementava la consapevolezza del rischio di infezione e dell'importanza di altri comportamenti utili alla prevenzione, come lavarsi frequentemente le mani ed evitare il contatto fisico e luoghi affollati. D'altra parte, però, si sarebbe potuto generare un falso senso di sicurezza che avrebbe potuto condurre la persona a ridurre il ricorso a ulteriori misure difensive (Brienen et al., 2010).

Lerner & Keltner (2000) scoprirono che la paura predice una maggiore valutazione e percezione del rischio e questo, in presenza di malattie infettive potenzialmente mortali, può avere ripercussioni sui comportamenti che le persone mettono in atto per proteggersi: Sim e colleghi (2014) scoprirono che una maggiore percezione del rischio e della gravità di un'infezione respiratoria aumenta la probabilità di utilizzare la mascherina protettiva. Nel contesto sanitario si notò che i pazienti con mialgia erano più propensi a utilizzarla, probabilmente perché il dolore muscolare veniva interpretato come un segnale della gravità della malattia (Longtin et al., 2009).

Alcuni studi rilevarono che in presenza di malattie infettive, all'interno di contesti pubblici, vi era una maggiore probabilità di adottare comportamenti di prevenzione (es: usare la mascherina) e di evitamento (es: non frequentare luoghi affollati) se si era adulti, sposati, di sesso femminile, con un elevato livello d'istruzione, di etnia "non bianca" e con più alti livelli di ansia e di fiducia nelle autorità. Importanti predittori di tali condotte erano anche: la convinzione circa la loro efficacia, la presenza di stimoli per la loro

attivazione (es: l'influenza dei mass media), e alti livelli di vulnerabilità percepita e di gravità (della malattia) percepita (Bish & Michie, 2010; Tang & Wong, 2004).

Il ricorso a misure preventive dipendeva anche dal contesto culturale: chi era di cultura asiatica accettava più favorevolmente di indossare la mascherina, poiché ne faceva uso già da diversi anni (Syed et al., 2003). In Cina, ad esempio, era (ed è tuttora) comune indossare mascherine antinquinamento per prevenire l'inalazione di pericolose polveri sottili. In questo caso è stato riscontrato che la pressione sociale e il senso di autoefficacia, soprattutto fra i giovani, influenzavano l'adozione di dispositivi di protezione delle vie respiratorie (Hansstein & Echegaray, 2018).

1.2 L'avvento del Covid-19

A dicembre 2019 si era iniziato a registrare un crescente numero di pazienti con polmonite di eziologia sconosciuta a Wuhan (città sub-provinciale della Cina). Essi presentavano sintomi di infezione respiratoria durante le fasi iniziali, che si sviluppavano rapidamente in un'insufficienza respiratoria acuta e altre gravi complicazioni che, in alcuni casi, conducevano a un esito fatale. L'agente causale è stato isolato solamente a gennaio 2020 dalle autorità cinesi che lo identificarono nel sequenziamento genomico di SARS-CoV-2. Inizialmente venne confermata un'associazione fra i primi casi di SARS-CoV-2 e il mercato del pesce e di altri animali vivi di Wuhan: tale associazione suggerì che il mercato aveva avuto un ruolo nelle prime fasi di diffusione del virus. In relazione a questo, venne ipotizzato che i pipistrelli potessero essere il serbatoio naturale del SARS-CoV-2, mentre gli zibetti e i pangolini gli ospiti intermediari: il loro ruolo, tuttavia, rimane incerto (Zheng, 2020).

COVID-19 (forma abbreviata di Coronavirus disease 2019) è la denominazione attribuita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel febbraio 2020 alla malattia respiratoria provocata dall'agente patogeno SARS-CoV-2, un nuovo ceppo di Coronavirus (*Ministero della Salute, 2022*). Questo virus, così come la SARS (severe acute respiratory syndrome) e la MERS (middle east respiratory syndrome), causa infezioni acute delle vie respiratorie, è altamente infettivo e potenzialmente mortale (Khan et al., 2020). La sua rapida trasmissione in tutto il mondo è stata riconosciuta dall'OMS come una pandemia e, ad oggi, sono stati registrati 770.085.713 casi positivi e 6.956.173 morti legate al SARS-CoV-2 (*Ministero della Salute, 2023*).

1.2.1 L'uso della mascherina per contenere la diffusione del virus

Il Covid-19, come ogni malattia del tratto respiratorio, si trasmette principalmente tramite contatto con persone o superfici infette e per via aerea attraverso goccioline disperse nell'aria: ciò ha consentito al virus di diffondersi efficacemente tra gli esseri umani causando una pandemia difficile da arginare (Kutter et al., 2018). Di fronte a tale evidenza e alle conoscenze provenienti dalla gestione di malattie simili (come la SARS e la MERS), i governi hanno deciso di adottare il distanziamento sociale, la disinfezione delle mani e l'utilizzo delle mascherine come principali misure di protezione sin dall'inizio della pandemia, quando ancora i vaccini e i farmaci antivirali non erano disponibili. Le mascherine erano progettate per proteggere in due modi: controllando le fonti del virus attraverso una minore emissione e diffusione delle goccioline aeree, e proteggendo gli individui non infetti dall'inalazione di tali goccioline.

Diversi studi dimostrarono che l'utilizzo delle mascherine anti-Covid era associato a una notevole diminuzione della trasmissione del virus sia nei luoghi all'aria aperta sia in quelli chiusi (Andrejko et al., 2022; Catching et al., 2021; Damette & Huynh, 2023; Leech et al., 2022) anche quando la qualità della mascherina era bassa (Zangmeister et al., 2020).

Ad aprile 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità rese pubblica una guida che includeva consigli per un corretto uso della mascherina nei contesti pubblici, privati e sanitari. Tali consigli includevano: assicurarsi che il dispositivo coprisse bocca e naso e che fosse saldamente a contatto col viso, evitare di toccare la mascherina mentre la si indossava, non riutilizzare le mascherine monouso, sostituirle non appena di inumidiscono, ecc. L'OMS raccomandò l'uso del dispositivo non solo a persone infette ma anche a coloro che non sperimentavano sintomi virali: SARS-CoV-2, infatti, poteva essere trasmesso sia da persone sintomatiche sia asintomatiche (Catching et al., 2021). L'OMS evidenziò, inoltre, il rischio che si potesse percepire un falso senso di sicurezza indossando la mascherina che avrebbe potuto condurre i cittadini a trascurare ulteriori misure essenziali come la disinfezione delle mani e il distanziamento fisico (*World Health Organization, 2020*). Tale fenomeno potrebbe essere ricollegato al cosiddetto "effetto Peltzman": Sam Peltzman, un professore di economia dell'università di Chicago, pubblicò un articolo intitolato "The Effects of Automobile Safety Regulation" nel quale sosteneva che utilizzare le cinture di sicurezza in automobile non contribuiva a ridurre i decessi poiché la sensazione di protezione offerta dalla cintura di sicurezza induceva i conducenti a una guida più pericolosa: tale fenomeno è stato definito "compensazione del

rischio" (Peltzman, 1975). Nello stesso modo, chi ricorreva all'uso della mascherina durante la pandemia di Covid-19 poteva sentirsi sufficientemente protetto da non curarsi del mantenimento della distanza sociale e della disinfezione delle mani. Tale negligenza poteva avere gravi conseguenze a livello pandemico in quanto le mascherine da sole non proteggevano sufficientemente dal virus: esse, in compenso, dimostravano una grande efficacia in combinazione con le altre misure preventive (Ingram et al., 2021).

I Paesi occidentali non sono mai ricorsi abitualmente all'utilizzo di mascherine protettive se non in particolari contesti lavorativi (come quelli sanitari). In Asia, al contrario, la popolazione ne faceva uso già prima dell'avvento del Covid-19, ad esempio per schermirsi dall'inalazione di polveri sottili (Syed et al., 2003). Ciò ha consentito alle persone di cultura asiatica di accettare più favorevolmente tali dispositivi protettivi durante la pandemia di Covid-19. Gli occidentali, invece, hanno mostrato esitazione al riguardo nelle prime fasi dell'emergenza. Uno studio di (Zhang et al., 2022) mostrò che i canadesi percepivano i concittadini provenienti dall'Est Asiatico che portavano la mascherina anti-Covid come malati, strani ed esagerati. Nonostante le reazioni inizialmente negative, il loro atteggiamento nei confronti della mascherina si modificò nel corso della pandemia, diventando sempre più positivo. Anche da uno studio di Damette & Huynh (2023) emerse che l'utilizzo volontario e favorevole delle mascherine da parte delle persone era aumentato globalmente e progressivamente nei mesi successivi lo scoppio della pandemia: nonostante questo, il numero di individui che evitava di indossare il dispositivo era rimasto elevato anche nei Paesi in cui ve ne erano alti livelli di utilizzo.

1.2.2 La gestione dell'emergenza in Italia

L'Italia fu la prima nazione dell'Unione Europea a essere colpita dal virus SARS-CoV-2. Il 31 gennaio 2020, il Consiglio dei ministri italiano dichiarò lo stato di emergenza nazionale dopo che vennero rilevati i primi due casi di Covid-19 a Roma (due turisti cinesi in viaggio dalla città di Wuhan). Con Decreto del Capo Dipartimento della Protezione civile n. 371 del 5 febbraio 2020, venne istituito il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) con lo scopo di supportare il governo nelle iniziative di contrasto al virus SARS-CoV-2 (*Ministero della Salute, 2022*): esso era composto da esperti nominati dal Ministro della Salute e dal Capo Dipartimento della Protezione Civile. La dichiarazione dello stato di emergenza e l'istituzione del CTS permisero al governo italiano di prendere decisioni immediate ed esecutive per affrontare la crisi sanitaria (Bosa et al., 2022).

L'08 marzo 2020 il Presidente del Consiglio dei ministri Giuseppe Conte dichiarò l'attuazione di misure urgenti di contenimento del contagio. Nel periodo compreso fra il 09 marzo 2020 e il 03 maggio 2020 venne imposto a tutti i cittadini italiani: l'isolamento dei pazienti positivi al virus e di chi ha avuto contatti stretti con persone positive, il mantenimento della distanza interpersonale di almeno 1 metro con le persone non appartenenti al proprio nucleo familiare, l'utilizzo di mascherine protettive e l'igienizzazione delle mani nel momento in cui si accedeva a luoghi pubblici, il divieto di assembramenti in luoghi pubblici, il divieto di ogni spostamento da e per i territori soggetti alle restrizioni e all'interno dei territori stessi, il divieto di svolgere attività non necessarie (delle quali venne pubblicata una lista), la sospensione della didattica in presenza e di innumerevoli attività (commerciali, sportive, religiose, culturali, ecc.) (*Gazzetta Ufficiale*, 2020). Durante questa fase dell'emergenza sanitaria, il Ministero della Salute pubblicò alcune FAQ sul corretto utilizzo e le funzioni delle mascherine, mentre l'Istituto Superiore di Sanità rese disponibile una guida su "Come indossare, utilizzare, togliere e smaltire le mascherine nell'uso quotidiano".

Figura 1. Guida dell'Istituto Superiore di Sanità su "Come indossare, utilizzare, togliere e smaltire le mascherine nell'uso quotidiano".


Come indossare, utilizzare, togliere e smaltire le mascherine nell'uso quotidiano

Attenzione:

Utilizzare le mascherine in modo improprio può rendere il loro uso inutile o addirittura pericoloso.
Se decidi di utilizzare una mascherina, segui attentamente le indicazioni sottostanti



Adattato da:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

Il Ministero della Salute si adoperò anche per descrivere alla popolazione italiana quali fossero le mascherine progettate per garantire la propria e altrui protezione dal virus: queste erano le mascherine chirurgiche e le mascherine FFP2 e FFP3. Le prime dovevano essere prodotte nel rispetto della norma tecnica UNI EN 14683:2019 e avevano lo scopo di evitare che chi le indossava contaminasse l'ambiente, in quanto limitavano la trasmissione di agenti infettivi. Le seconde, invece, erano efficaci per proteggere l'utilizzatore da agenti esterni (anche da trasmissione di infezioni da goccioline e aerosol) ed erano certificate ai sensi di quanto previsto dal D.lgs. n. 475/1992 e sulla base di norme tecniche armonizzate (UNI EN 149:2009). Il Ministero specificò, inoltre, che "ogni altra mascherina reperibile in commercio, diversa da quelle sopra elencate, non è un dispositivo medico né un dispositivo di protezione individuale, ma può essere prodotta ai sensi dell'art. 16, comma 2, del D.L. 18/2020, sotto la responsabilità del produttore che deve comunque garantire la sicurezza del prodotto. Le mascherine in questione non possono essere utilizzate in ambiente ospedaliero o assistenziale in quanto non hanno i requisiti tecnici dei dispositivi medici e dei dispositivi di protezione individuale. Chi la indossa deve comunque rispettare le norme precauzionali sul distanziamento sociale e le altre introdotte per fronteggiare l'emergenza Covid-19." (*Ministero della Salute, 2020*).

Fra il 04 maggio e il 14 giugno 2020 si è assistito all'allentamento di alcune misure di contenimento a fronte del fatto che la curva pandemica era in discesa. Sono stati disciplinati gli spostamenti delle persone fisiche e le modalità di svolgimento delle attività economiche, produttive e sociali e sono rimaste invariate e prioritarie alcune misure di protezione finalizzate alla riduzione del contagio, come l'obbligo di quarantena per le persone infette e, per tutti, di indossare la mascherina nei luoghi chiusi diversi dal proprio domicilio e in quelli all'aperto nei quali non era possibile il mantenimento di una distanza interpersonale (*Gazzetta Ufficiale, 2020*).

Con il DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri) dell'11 giugno 2020 sono state emanate nuove disposizioni in relazione all'emergenza Covid-19, applicate dal 15 giugno 2020. Iniziò una progressiva convivenza con il Covid-19 pur continuando a ricorrere a tutele preventive come l'evitamento di assembramenti, l'isolamento delle persone infette, il distanziamento sociale e l'utilizzo delle mascherine (*Parlamento italiano, 2020*).

Da ottobre 2020 a marzo 2022 si è assistito a un susseguirsi di DPCM e di misure restrittive che si differenziavano da una regione all'altra e a seconda dell'andamento dei

contagi: un esempio fu l'imposizione del coprifuoco dalle ore 23.00 alle ore 05.00 del mattino successivo, durante le quali era vietato spostarsi se non per situazioni di necessità, motivi di lavoro o di salute. L'11 febbraio 2022 venne fatto decadere l'obbligo di indossare la mascherina nei luoghi all'aria aperta in tutto il territorio nazionale (*Gazzetta Ufficiale, 2022*).

A dicembre 2020 è partita in Italia e in Europa la campagna vaccinale con il *vaccine day*. I vaccini sono stati offerti gratuitamente a tutta la popolazione, secondo un ordine di priorità che teneva conto del rischio di malattia, dei tipi di vaccino e della loro disponibilità. Fra il 2021 e il 2022, con cadenze prestabilite, alla popolazione italiana sono state somministrate fino a quattro dosi di vaccino anti-Covid (*Ministero della Salute, 2023*). Ai cittadini vaccinati veniva rilasciata la certificazione verde Covid-19, che era obbligatoria per accedere al proprio luogo di lavoro e a molteplici servizi (come quelli scolastici e sanitari). Tale certificazione poteva essere ottenuta provvisoriamente anche da chi era guarito dal Covid-19 o aveva effettuato un esame antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus (*Ministero della Salute, s.d.*).

La fine dello stato di emergenza è stata dichiarata il 1° aprile 2022, data in cui si è assistito allo scioglimento del Comitato Tecnico-Scientifico e al decadimento dell'obbligo di certificazione verde (*Gazzetta Ufficiale, 2022*). L'obbligo vaccinale, invece, è permastato fino al 31 dicembre 2022 per i sanitari, gli insegnanti e le forze dell'ordine (*Ministero della Salute, 2023*). Si è continuato, inoltre, a imporre l'adozione di alcune misure preventive come l'utilizzo della mascherina nei luoghi chiusi, che venne sospeso solamente il 1° maggio 2022, ma non ovunque: non vennero inclusi i mezzi di trasporto (per i quali cessò il 1° ottobre 2022) e le strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali (*Gazzetta Ufficiale, 2022*). Nonostante il cessato obbligo, la mascherina rimase fortemente raccomandata in tutti i luoghi al chiuso aperti al pubblico (*Ministero della Salute, 2022*).

Durante gli anni della pandemia, vi furono numerose manifestazioni di protesta contro le mascherine, principalmente negli Stati Uniti, in Canada, in Europa e in Australia, alcune delle quali videro la partecipazione di migliaia di persone. Anche l'Italia si rese protagonista di questi eventi, nonostante gli alti tassi di infezione e di decessi dovuti al Covid-19. Tali proteste furono innescate dall'imposizione dal governo di indossare tali dispositivi protettivi e, successivamente, si estesero anche contro l'obbligo di vaccinazione anti-Covid. Tra i motivi più comuni per i quali gli *anti-mask* non

intendevano indossare la mascherina vi erano: ritenere che il governo ingigantisse la minaccia del Covid-19 per controllare la popolazione (teorie cospirazioniste), non credere che le mascherine fossero efficaci ma anzi potenzialmente dannose dato che rendevano difficile la respirazione, trovarle scomode, convinzione che il loro obbligo fosse una violazione delle libertà civili, difficoltà ad abituarsi a indossarle e mancanza di preoccupazione per il virus SARS-CoV-2 (Taylor & Asmundson, 2021).

Bosa e colleghi (2022) evidenziarono come nei primi mesi della pandemia in Italia vi furono bassi livelli di compliance e aderenza alle misure di salute pubblica imposte dal governo: ne fu un esempio il flusso massiccio di persone che dalle regioni settentrionali più colpite si diressero verso il sud, contribuendo a una notevole diffusione del virus anche nel meridione. In relazione alle mascherine, uno studio di Cazzaniga (2021) mostrò che la popolazione italiana aveva manifestato un'attitudine positiva verso il loro utilizzo all'inizio dell'emergenza, nonostante l'adozione dei comportamenti igienici combinati (come la disinfezione delle mani e il distanziamento sociale) fosse rimasta piuttosto bassa.

1.3 Fattori coinvolti nell'uso della mascherina

Il virus SARS-CoV-2 si è diffuso principalmente attraverso il contatto fisico e per via aerea e, per cercare di contenerlo, diversi Paesi hanno imposto misure di confinamento e l'adozione di dispositivi per la protezione delle vie respiratorie. Queste tempestive e rigide contromisure, unite all'elevato numero di infetti e al tasso di mortalità, hanno impattato negativamente sulla vita quotidiana e sulla salute mentale della popolazione generale (Ornell et al., 2020): in Italia, già dopo un mese dall'attuazione delle misure di contenimento, si erano riscontrati elevati effetti negativi sul benessere psicologico dei cittadini indipendentemente dal fatto che essi soffrissero di malattie psichiatriche pregresse (Rossi et al., 2020). Tutto ciò condizionò in modi diversi l'adozione di condotte utili per proteggersi dal SARS-CoV-2. Di seguito si cerca di dare una rapida descrizione delle scoperte di diversi studi che hanno indagato alcuni fattori psicologici ed emotivi coinvolti in tali comportamenti di prevenzione, e in particolare nell'utilizzo delle mascherine.

1.3.1 Il ruolo di: Covid-19 related fears, sintomatologia ansiosa e resilienza

Il DSM-5 definisce la paura come “la risposta emotiva a una minaccia imminente (reale o percepita)”. Non stupisce quindi che durante la pandemia di Covid-19 molti individui abbiano manifestato risposte di paura come quella di: essere infettati, entrare in contatto

con oggetti o superfici potenzialmente contaminate, e stare accanto a persone estranee in quanto possibili portatrici del virus (Taylor et al., 2020). Da studi svolti nel pieno dell'emergenza sanitaria è emerso che tali paure legate al Covid-19, così come la sensazione di vulnerabilità al virus e la percezione del rischio di contrarlo, riducevano il coinvolgimento in condotte rischiose per la salute e parallelamente aumentavano la probabilità di mettere in atto comportamenti di protezione, come indossare la mascherina (Alijanzadeh et al., 2021; Harper et al., 2021; Khanal et al., 2022; Yildirim et al., 2021). Chi coltivava maggiori preoccupazioni nei confronti del virus erano le persone con un cattivo stato di salute: sentirsi personalmente a rischio di infezione induceva ad adottare un maggior numero di comportamenti preventivi e a seguire le istruzioni fornite dal governo per far fronte al problema (Alijanzadeh et al., 2021). Al contrario, chi non era preoccupato per il virus risultava maggiormente restio a ricorrere a misure protettive. Anche Barceló & Sheen (2020) mostrarono l'esistenza di una correlazione positiva fra la paura del Covid-19 e gli atteggiamenti *pro-mask*. In relazione alla popolazione adulta italiana, Savadori e Lauriola (2021) scoprirono che chi era spaventato dal Covid-19 metteva in atto comportamenti proattivi (come igienizzarsi le mani e indossare la mascherina) e si asteneva da gesti affettuosi o di saluto (come gli abbracci e le strette di mano).

La paura e l'ansia nei confronti delle infezioni virali possono generare livelli significativi di disagio mentale. Nonostante le implicazioni negative per il benessere individuale, esse risultano funzionali e adattive all'interno di un contesto pandemico poiché motivano una serie di comportamenti non a rischio per la salute che consentono di rimanere al sicuro (Harper et al., 2021).

Rifacendosi al DSM-5, l'ansia può essere definita come l'anticipazione di una minaccia futura. Le sfide fisiche ed economiche senza precedenti che la pandemia di Covid-19 ha portato con sé hanno evocato in noi un'ansia esistenziale profondamente radicata. Così come ogni particolare circostanza in grado di generare ansia, anche l'avvento del nuovo virus è risultato associato a comportamenti di evitamento (come non recarsi in luoghi pubblici) e di prudenza (come indossare una mascherina protettiva); infatti, chi sperimentava alti livelli d'ansia durante l'emergenza sanitaria mostrava una maggiore *compliance* alle misure precauzionali utili per contrastare il contagio (Nelson et al., 2020). Shin e colleghi (2021) mostrarono come elevati sintomi d'ansia fossero in grado di predire un maggior utilizzo della mascherina.

Già prima dell'avvento del SAR-CoV-2 fu dimostrata l'esistenza di un importante legame tra l'ansia e le malattie virali (Coughlin, 2012). Uno studio di Georgieva e colleghi (2021), che coinvolse 11 Paesi europei, suggerì che il 17.4% dei partecipanti sviluppò almeno un nuovo disturbo psichiatrico durante la pandemia di Covid-19: il più comune era il disturbo da stress post-traumatico (DPTS), seguito dall'ansia. Il fatto curioso e preoccupante era che il numero di persone che soddisfaceva i criteri di screening per il disturbo d'ansia generalizzato aumentava costantemente e significativamente nel corso della ricerca, mentre quello per il DPTS diminuiva. Sembra che più a lungo si convivesse con il virus, più il numero di individui che sviluppava sintomi d'ansia aumentasse esponenzialmente, indipendentemente dal fatto che questi soffrissero di malattie mentali preesistenti o avessero vissuto un evento impattante durante l'emergenza sanitaria.

Un ulteriore fattore che si è rivelato cruciale per il benessere mentale delle persone nel periodo pandemico è la resilienza. Essa è risultata un fattore di protezione sia contro la paura del Covid-19 tra gli operatori sanitari (Seçer et al., 2020) sia contro l'ansia legata al nuovo virus (Dębski et al., 2021; Skalski et al., 2021). Il termine “resilienza” definisce originariamente una proprietà meccanica dei materiali che si riferisce alla loro capacità di assorbire energia in caso di impatto e di riacquistare la loro forma iniziale. Tale concetto è stato adattato al campo della psicologia: il dizionario dell'APA (American Psychological Association) definisce la resilienza come “il processo e il risultato dell'adattamento con successo a esperienze di vita difficili o impegnative, soprattutto attraverso flessibilità mentale, emotiva e comportamentale e adattamento alle richieste esterne e interne”. La resilienza sostiene quindi un'adeguata capacità di affrontare le sfide e contrasta lo sviluppo di comportamenti disadattivi. Uno studio di Quintiliani e colleghi (2022) condotto su un campione di 995 studenti universitari italiani durante prima fase dell'emergenza sanitaria ha mostrato come le *resilience skills* dei ragazzi abbiano influenzato l'impatto del Covid-19 sul loro studio: poiché durante il lockdown nazionale i livelli di stress fra gli studenti erano notevolmente aumentati e poiché lo stress riduce significativamente l'apprendimento e influisce negativamente sul benessere psicologico, buone *resilience skills* si sono rivelate utili non solo per proteggere la salute mentale dei ragazzi ma anche per superare le difficoltà di apprendimento.

Fontes e colleghi (2022) si occuparono dello studio dei fattori sottostanti le risposte adattive di 1729 persone maggiorenni nel corso della pandemia di Covid-19 e scoprirono l'esistenza di un'associazione positiva fra la resilienza e i comportamenti protettivi attivi

(es: indossare la mascherina). Le analisi principali mostrarono che ritenersi capaci di gestire situazioni difficili prediceva positivamente i comportamenti protettivi attivi, ma non quelli evitanti (es: non coinvolgersi in contatti sociali). Ciò significa che maggiori livelli di resilienza predicevano l'adesione a misure di igiene e di autoprotezione per affrontare l'emergenza sanitaria, a dimostrazione del fatto che essere resilienti consente di superare positivamente situazioni difficili promuovendo l'impegno in condotte attive per far fronte a tali circostanze.

1.3.2 La relazione con le emozioni

Le emozioni hanno un ruolo importante nella vita degli esseri umani perché forniscono informazioni su una situazione e preparano l'organismo a una determinata azione. Esse, quindi, impattano sia sulla cognizione sia sul comportamento umano e risultano cruciali per spiegare entrambi. La pandemia di Covid-19 ha portato con sé una serie di emozioni capaci di influenzare il sostegno alle politiche di limitazione mirate ad arginare la diffusione del virus (Renström & Bäck, 2021). Ad esempio, in Europa molte persone non accettavano di portare la mascherina protettiva perché avevano la sensazione di apparire strane quando gli altri non la indossavano (Carbon, 2021).

L'impatto negativo che la paura e l'ansia per il Covid-19 hanno avuto sul benessere emotivo della popolazione è risultato negativamente associato al coinvolgimento in comportamenti rischiosi (Harper et al., 2021). Tale stato emotivo negativo avrebbe quindi motivato le persone a ricorrere a condotte di protezione come il distanziamento sociale, la disinfezione delle mani e l'utilizzo della mascherina durante l'emergenza sanitaria.

Alti livelli di paura elicitano emozioni negative e generano alterazioni dell'*arousal* che rendono difficile la regolazione di tali emozioni. L'avvento del Covid-19 ha provocato reazioni di paura in molti individui e ciò ha limitato la loro capacità di utilizzare adeguate strategie di regolazione emotiva per affrontare la situazione (es: rivalutazione positiva dell'evento) (Schimmenti et al., 2020). Una capacità che ha funzione protettiva e riduce l'impatto negativo delle paure legate al Covid-19 è la resilienza. Quest'ultima risulta fortemente associata alle emozioni positive, che hanno la potenzialità di trasformare la sofferenza e quindi di attenuare l'impatto negativo di un evento. Le emozioni positive sono particolarmente importanti per la salute mentale in circostanze stressanti come quella della pandemia di Covid-19 (Israelashvili, 2021). Relativamente all'ansia e facendo riferimento al *contrast avoidance model*, è possibile affermare che le persone con

disturbo d'ansia generalizzato (GAD) abbiano una preoccupazione cronica verso la minaccia futura che utilizzano per creare e mantenere uno stato emotivo negativo stabile. In tal modo, se gli eventi temuti dovessero concretizzarsi, essi eviteranno di sperimentare un brusco cambiamento dell'emotività essendo già in uno stato emotivo negativo (Rashtbari & Saed, 2020).

1.3.3 Il ruolo dell'età

Il quadro clinico delle persone più anziane positive al Covid-19 si è dimostrato diverso da quello delle persone più giovani: i primi mostravano sintomi più atipici della malattia (es: stato confusionale), mentre i secondi avevano manifestazioni più tipiche (es: febbre, tosse, mialgia, iposmia). La prognosi era peggiore per le persone d'età avanzata, le quali presentavano un maggior numero di complicazioni e una mortalità più elevata (Gómez-Belda et al., 2021). L'associazione tra l'aumento dell'età e la prognosi sfavorevole per chi è positivo al Covid-19 è stata mostrata da diversi studi, tra cui quello di Figliozzi e colleghi (2020) che mostrò come l'aumento dell'età fosse il più forte predittore del decesso di pazienti infetti dal virus e come vi fosse un aumento proporzionale del rischio di morte all'aumentare dell'età. Gli autori hanno spiegato che il contributo dell'età agli esiti avversi del virus potrebbe essere indipendente da eventuali comorbidità e fattori di rischio (es: malattie cardiovascolari) e potrebbe essere spiegato dal fatto che l'invecchiamento di per sé sia associato a un'alterazione della risposta immunitaria. Un sistema immunitario poco efficiente, infatti, non può contrastare efficacemente il virus durante la fase acuta dell'infezione.

Ricerche precedenti all'avvento del SARS-CoV-2 indicano che una maggiore età sia associata a una maggiore vulnerabilità percepita e a un maggiore impegno nei comportamenti sanitari preventivi (Calasanti et al., 2013; Wickman et al., 2008). Risultati simili emergono anche da studi svolti nel pieno della pandemia di Covid-19. Yıldırım e colleghi (2021) hanno mostrato che la vulnerabilità percepita e l'età sono positivamente correlate a comportamenti di protezione, mentre Mallinas e colleghi (2021) hanno scoperto che l'età gioca un ruolo cruciale negli atteggiamenti *pro-* e *anti-mask*: i giovani ostentano un maggior atteggiamento *anti-mask*, mentre i più anziani un maggior atteggiamento *pro-mask*. I giovani sarebbero quindi più propensi a opporsi all'utilizzo della mascherina. Ciò potrebbe riflettere il fatto che essi si sentano meno vulnerabili al Covid-19 e che il costo da pagare se non indossano la mascherina non sia così elevato.

Nel periodo pandemico, quindi, la probabilità di indossare la mascherina aumentava significativamente con l'età (Haischer et al., 2020; Ning et al., 2020), soprattutto se si avevano più di 55 anni (Nguyen et al., 2022).

1.4 Utilizzo della mascherina dopo la fine delle restrizioni

Il Covid-19 ha rappresentato una sfida senza precedenti per l'intera collettività, la quale si è dovuta interfacciare improvvisamente con una minaccia che ne ha minato la sicurezza e la salute psicofisica. La convivenza con un virus potenzialmente fatale, rigide contromisure di contenimento e una grande incertezza verso il futuro ha impattato negativamente sulla vita quotidiana e sulla salute mentale della popolazione generale (Ornell et al., 2020; Rossi et al., 2020). L'eterogeneità delle reazioni umane sia nel corso dell'emergenza sanitaria sia dopo la fine delle restrizioni è il riflesso del segno indelebile che la pandemia ha lasciato in modi diversi nella vita di tutti.

Nel 2021, in alcuni Paesi, si è cominciato ad assistere all'eliminazione dell'obbligo della mascherina in seguito alla riduzione dei contagi. Uno di questi fu Shanghai (Cina), nei cui distretti le mascherine al chiuso erano solamente raccomandate. English e Li (2021) realizzarono uno studio osservazionale nelle aree pubbliche di 9 distretti di Shanghai cercando di capire come i fattori individuali, situazionali e locali influenzassero l'utilizzo delle mascherine dopo che il Covid-19 aveva smesso di diffondersi a livello comunitario. Emerse che il 62% del campione continuava a indossare la mascherina in pubblico nonostante non vi fossero restrizioni né contagi a livello locale da più di un mese. I dati mostrarono inoltre che le persone portavano più spesso il dispositivo di protezione nei distretti densamente popolati, nelle aree urbane e in quelle con un maggior afflusso di persone non locali.

Il ritorno alla "normalità" è stato possibile grazie alla somministrazione dei vaccini anti-Covid: fra il 2021 e il 2022 è stata raggiunta un'elevata copertura vaccinale che ha notevolmente ridotto la circolazione del virus e lo sviluppo di varianti e ha contrastato i decessi e l'insorgenza di gravi patologie (*Ministero della Salute, 2023*). Si notò che una maggiore paura del Covid-19 non solo era associata a una più alta probabilità di sottoporsi al vaccino (Bendau et al., 2021; Gilan et al., 2023), ma prediceva positivamente l'intenzione di farlo (Caycho-Rodríguez et al., 2023; Mertens et al., 2022).

Nella popolazione cinese, in seguito alla vaccinazione, è stato registrato un leggero ma significativo miglioramento della salute mentale e una diminuzione della frequenza di

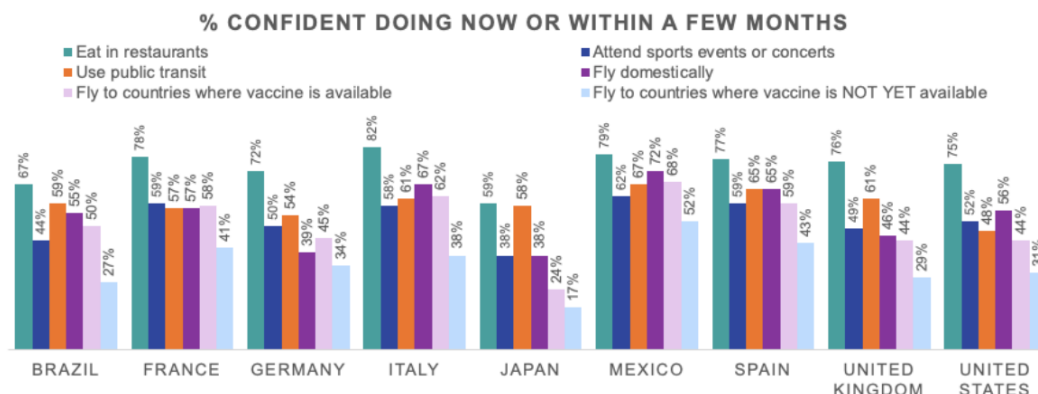
lavaggio delle mani e di osservanza della distanza fisica. Non è stata notata invece una significativa riduzione del tasso di utilizzo della mascherina; anzi, la probabilità di adottare misure preventive aumentò lievemente (Si et al., 2021; Yuan et al., 2021). Anche tra gli operatori sanitari i comportamenti di salute non si ridussero dopo la vaccinazione (Sun et al., 2022). Le persone, quindi, sceglievano in maniera volontaria di continuare a indossare il dispositivo di protezione facciale. Una possibile spiegazione dei risultati di questi studi è che i partecipanti abbiano ricevuto una buona educazione sanitaria che ha fatto sì che le misure preventive obbligatorie nella fase iniziale della pandemia si trasformassero in abitudini personali e consapevoli. Potrebbe, inoltre, essere coinvolto un fattore culturale: in Cina, infatti, è da tempo comune indossare mascherine antinquinamento e ciò può aver favorito l'accettazione del dispositivo da parte della popolazione locale (Hansstein & Echeagaray, 2018; Syed et al., 2003).

Un sondaggio Ipsos, condotto nel 2021 in 9 Paesi (tra cui l'Italia) in collaborazione con il World Economic Forum, ha indagato le opinioni delle persone in merito alla ripresa delle normali attività, al distanziamento sociale e all'utilizzo della mascherina una volta ricevuto il vaccino anti-Covid. In relazione alle attività pubbliche, la gran parte dei cittadini italiani (82%) si è mostrata intenzionata a ritornare a mangiare nei ristoranti e ben il 49% ha riferito che vi mangerebbe immediatamente (*World Economic Forum, 2021*).

Figura 2. Risultati del sondaggio Ipsos sulla ripresa delle normali attività.

CONFIDENCE IN RESUMING ACTIVITIES ONCE VACCINATED VARIES WIDELY DEPENDING ON THE TYPE AND THE COUNTRY

Q. And assuming you had received a vaccine for COVID-19, when would you feel confident doing each of the following?

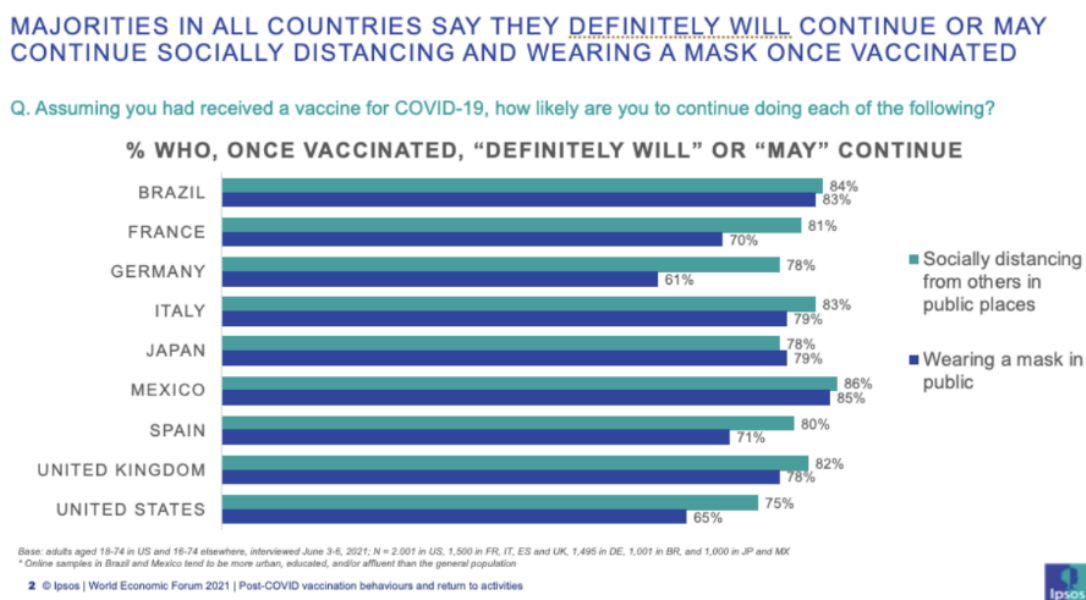


Base: adults aged 18-74 in US and 16-74 elsewhere, interviewed June 3-6, 2021; N = 2,001 in US, 1,500 in FR, IT, ES and UK, 1,495 in DE, 1,001 in BR, and 1,000 in JP and MX
 * Online samples in Brazil and Mexico tend to be more urban, educated, and/or affluent than the general population



Relativamente al distanziamento sociale e all'uso della mascherina, tre quarti degli intervistati hanno dichiarato che avrebbero protratto il distanziamento fisico e l'utilizzo delle mascherine anche dopo il vaccino. Come si può evincere dalla Figura 3, in Italia l'83% ha risposto che avrebbe continuato a seguire le regole di distanziamento all'interno dei luoghi pubblici, mentre il 79% che avrebbe continuato a portare la mascherina. In un'analisi più approfondita sull'uso della mascherina in Italia, il 46% dei cittadini ha dichiarato che continuerà senza dubbio a indossarla, il 33% potrebbe continuare a portarla, il 14% ha deciso che non continuerà il suo utilizzo, il 3% se non prima della vaccinazione, e il 4% non è convinto (Ipsos, 2021).

Figura 3. Risultati del sondaggio Ipsos sul distanziamento sociale e sull'uso della mascherina.



Vi sono pochi studi che si sono occupati di indagare i fattori coinvolti nella scelta di indossare la mascherina protettiva quando non più obbligatoria, cioè durante la cosiddetta “era post-Covid”. Kwon e Yang (2022) hanno investigato l'utilizzo del dispositivo facciale da parte dei coreani dopo due anni di pandemia. Dal loro studio è emerso che il disagio e l'ansia esperiti mentre non si indossa la mascherina influenzano l'intenzione di rimuoverla sia nei luoghi chiusi sia in quelli all'aria aperta: più i partecipanti si sentono a disagio e poco ansiosi mentre non portano la mascherina, tanto prima vogliono smettere di indossarla. Secondo gli autori il ricorso al dispositivo protettivo continuerà in futuro,

anche se vi potranno essere alcune differenze circa il luogo e il momento del suo utilizzo, sia in Corea sia nel resto del mondo a causa delle polveri sottili e di possibili nuove malattie infettive.

Altro fattore rilevante nel determinare l'intenzione di indossare o meno la mascherina nell'era post-Covid è l'attrattività auto-percepita: le persone con un'elevata attrattività auto-percepita sono meno disposte a indossare la mascherina poiché non ritengono che questa aumenti la loro attrattività. Tale effetto si è dimostrato più forte nelle situazioni in cui le persone avevano la necessità di fare una buona impressione, come ad esempio a un colloquio di lavoro. Questi risultati suggerirebbero che la mascherina è passata da essere una misura di autoprotezione durante la pandemia, a essere una tattica di autopresentazione nell'era post-Covid (Cha et al., 2023).

Nel tentativo di indagare i costrutti coinvolti nella scelta di indossare la mascherina protettiva quando non più obbligatoria si deve considerare il fatto che essi potrebbero variare nel corso del tempo. È stato notato, infatti, che i predittori psicosociali dell'uso della mascherina cambiavano in fasi differenti della pandemia di Covid-19: nella fase iniziale erano la paura del Covid-19 e la gravità (della malattia) percepita, tre mesi dopo era l'atteggiamento, mentre, ulteriori tre mesi dopo, era l'autoefficacia. Questi risultati indicherebbero che i principali determinanti di un nuovo comportamento protettivo cambiano nel tempo e con l'aumento della familiarità alle misure anti-Covid (Magoc et al., 2023).

Il presente progetto di tesi cerca di colmare la lacuna presente nell'attuale letteratura scientifica circa i fattori psicologici ed emotivi coinvolti nei comportamenti di prevenzione che gli adulti italiani perpetuano volontariamente anche dopo la fine dell'emergenza sanitaria e delle obbligatorie misure preventive.

CAPITOLO 2 – LA RICERCA

2.1 Obiettivi

Questa ricerca nasce con lo scopo di indagare le paure legate al Covid-19, la sintomatologia ansiosa e la resilienza degli adulti italiani che portavano la mascherina nei luoghi chiusi nel periodo in cui non era più obbligatorio indossarla (giugno 2022 – settembre 2022), confrontandole con quelle di chi non la portava. Dei suddetti costrutti si è voluta esaminare anche l'associazione con alcune emozioni nel gruppo di chi indossava la mascherina e di chi non la indossava, e se, insieme all'età, potessero predire il fatto di utilizzare o meno il dispositivo di protezione al chiuso.

2.2 Ipotesi

Ipotesi 1. Nella presente ricerca si ipotizza che chi indossa la mascherina abbia maggiore paura legata al Covid-19, sintomatologia ansiosa e resilienza rispetto a chi non la porta. La letteratura indica infatti che chi ricorre a misure di sicurezza per la propria salute è chi si sente più impaurito dal Covid-19 e ha maggiori livelli d'ansia (Harper et al., 2021; Nelson et al., 2020; Saint & Moscovitch, 2021; Shin et al., 2021; Sim et al., 2014; Tang & Wong, 2004). Al contrario, chi percepisce il virus come poco minaccioso risulta meno intenzionato a ricorrere a tali misure (Barceló & Sheen, 2020; Horner et al., 2023). Solamente due studi condotti con adolescenti (McNair et al., 2018; Nintachan et al., 2011) mostrano che i più resilienti tra loro sono meno coinvolti in comportamenti a rischio: sulla base di ciò, nella presente ricerca si ipotizza che gli adulti che utilizzano dispositivi di protezione facciale siano più resilienti di coloro che non li utilizzano.

Ipotesi 2. Nel presente studio si vogliono approfondire i vissuti emotivi esperiti all'idea di indossare la mascherina da coloro che la indossano e non la indossano nei luoghi chiusi. Tali emozioni vengono esaminate in relazione alla paura legata al Covid-19, ai sintomi d'ansia e alla resilienza. Ci si aspetta che la paura del Covid-19 e l'ansia correlino positivamente con le emozioni negative in chi indossa la mascherina al chiuso, mentre si ipotizza il contrario in chi non la indossa (Harper et al., 2021; Michel et al., 2016; Rashtbari & Saed, 2020; Saint & Moscovitch, 2021; Schimmenti et al., 2020). Per quanto riguarda la resilienza, ci si attende un'associazione negativa con le emozioni negative in coloro che portano il dispositivo, mentre si ipotizza il contrario in coloro che non lo portano (Fontes et al., 2022; Israelashvili, 2021; Mallinas et al., 2021). Non vi è letteratura

che abbia indagato specificatamente l'associazione tra i costrutti di paura legata al Covid-19, ansia e resilienza e le emozioni positive in chi adotta o non adotta comportamenti di protezione. A partire da studi che hanno trattato tali costrutti (Gette et al., 2021; Harper et al., 2021; Israelashvili, 2021; Mallinas et al., 2021; Rashtbari & Saed, 2020), si ipotizza l'esistenza di un'associazione negativa tra la paura del Covid-19 e l'ansia e le emozioni positive e di un'associazione positiva tra la resilienza e le emozioni positive in chi indossa la mascherina al chiuso, mentre si ipotizzano correlazioni opposte in chi non la indossa.

Ipotesi 3. Alcune ricerche hanno mostrato che portare la mascherina è predetto positivamente e significativamente dalla preoccupazione per il virus (Barceló & Sheen, 2020; Harper et al., 2021; Mallinas et al., 2021; Shah et al., 2021), dai livelli d'ansia (Leung et al., 2003; Shin et al., 2021), dalla resilienza (Fontes et al., 2022), e dall'età (Haischer et al., 2020; Mallinas et al., 2021; Nguyen et al., 2022; Ning et al., 2020). Alla luce di ciò, nel presente studio si ipotizza che indossare la mascherina nei luoghi chiusi quando non obbligatorio sia predetto da: maggior paura del Covid-19 e sintomi d'ansia, alti livelli di resilienza, ed età più avanzata.

2.3 Metodo

2.3.1 Campione

Un totale di 1268 persone ha aderito allo studio. Di questi, tuttavia, solo 1151 sono risultati idonei a essere coinvolti, perché conformi ai criteri di inclusione: avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni ($M = 32.4$, $DS = 12.1$) e aver completato la survey. L'applicazione di tali criteri ha portato a escludere dalla ricerca 117 soggetti.

Molte delle caratteristiche sociodemografiche del campione finale sono riassunte nella Tabella 1.

Rispettivamente il 39% e il 5.3% del campione totale ricorreva ancora all'uso della mascherina nei luoghi chiusi e in quelli aperti nel periodo in cui è stata svolta la raccolta dati, nonostante non fosse più obbligatorio.

Tabella 1. *Alcune caratteristiche sociodemografiche del campione totale*

Variabili sociodemografiche	n	%	Variabili sociodemografiche	n	%
Sesso assegnato alla nascita			Livello di istruzione		
Femmina	768	66.7	Secondaria di primo grado	59	5.1
Maschio	382	33.2	Secondaria di secondo grado	468	40.7
Altro	1	0.1	Laurea	307	26.7
Identità di genere			Master	304	26.4
Cisgender	1089	94.6	Dottorato	12	1
Transgender	4	0.3	Altro	1	0.1
Non-binaria	26	2.3			
Altro	32	2.8			
Orientamento sessuale			Situazione professionale		
Gay/Lesbica	41	3.6	Studente	281	24.4
Bisessuale	43	3.7	Studente-lavoratore	28	2.4
Pansessuale	12	1.0	Lavoratore	754	65.5
Asessuale	11	1.0	Pensionato	16	1.4
Eterosessuale	1038	90.2	Disoccupato	56	4.9
Altro	6	0.5	Altro	16	1.4
Regione di residenza			Vaccinazione COVID		
Centro	75	6.5	Sì	1121	97.4
Nord-Ovest	290	25.1	No	30	2.6
Nord-Est	699	60.8			
Sud	65	5.6			
Isole	9	0.8			
Altro	13	1.1			

Note. **n** = frequenza assoluta; % = percentuale

2.3.2 Procedura

Per il presente studio è stata creata una survey self-report ad hoc sulla piattaforma online Qualtrics che richiedeva un tempo di compilazione complessivo di circa 35 minuti. Essendo compilabile online, era possibile accedervi tramite un link: ciò ha consentito di rendere il questionario fruibile su molteplici social media (quali WhatsApp, Facebook e

Instagram). Per il reclutamento di partecipanti sono risultati utili anche la distribuzione di volantini e il passaparola. I dati sono stati raccolti tra il 30 giugno 2022 e il 30 settembre 2022.

Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università di Padova nelle Aree di Ricerca Psicologica (no. 4731/2022) ed è stato coordinato dalle Prof.sse Daniela Di Riso, Marina Miscioscia e Paola Rigo. Tutti i partecipanti sono stati pienamente informati della procedura e del fatto che i loro dati sarebbero stati analizzati in modo aggregato e anonimo.

Nella pagina iniziale della survey sono stati forniti i recapiti telefonici dei responsabili della ricerca, esposte le informazioni generali dello studio (come l'obiettivo e gli strumenti presentati) e chiesto il consenso informato dei partecipanti. Nella pagina seguente, essi potevano acconsentire o meno all'utilizzo dei loro dati a scopo di ricerca: in caso di rifiuto, la compilazione si interrompeva.

Il questionario nella sua interezza conteneva una parte iniziale di raccolta di dati demografici, mentre le sezioni successive includevano alcune domande ad hoc riguardanti: l'orientamento politico, la fiducia nel governo, nelle scienze e nelle professioni di cura, la resilienza e la reattanza. Tali item sono stati utilizzati da studi precedenti (Sinclair & Wallston, 2004; Dillard & Shen, 2005; Mallinas et al., 2021; Mahalik et al., 2022). La survey conteneva anche quesiti volti a indagare le emozioni esperite dal singolo individuo quando pensava di indossare la mascherina.

La seconda parte della survey includeva una serie di questionari standardizzati e validati necessari a esplorare: le paure rispetto al Covid-19 (Multidimensional Assessment of COVID-19–Related Fears, MAC-RF), e sintomi di preoccupazione e ansia (Generalized Anxiety Disorder Scale – 7, GAD-7).

2.3.3 Strumenti

La survey online era costituita da un'intervista sociodemografica con alcune domande create ad hoc per lo studio e da quattro questionari standardizzati e validati.

2.3.3.1 Intervista sociodemografica ad hoc

I partecipanti, previo consenso informato e benessere all'utilizzo dei dati a scopo di ricerca, accedevano a una scheda informativa che chiedeva loro di inserire informazioni di carattere demografico (come l'età, il genere e il livello di istruzione).

Ponendo il focus sul periodo in cui la mascherina non era più obbligatoria (da maggio 2022 in avanti), è stato domandato “Nonostante le indicazioni del DPCM del primo maggio 2022, che non la reputano più obbligatoria nei luoghi aperti, tieni comunque la mascherina?”. Tale quesito presupponeva una risposta dicotomica “*Si/No*” ed è stato posto anche in riferimento ai luoghi chiusi.

Nella survey, inoltre, sono stati inclusi items volti a indagare variabili estrapolate da studi precedenti (Dillard & Shen, 2005; Mahalik et al., 2022; Mallinas et al., 2021; Sinclair & Wallston, 2004) che ne avevano accertato la rilevanza per il benessere psicologico. Tali variabili sono: la fiducia nel governo, nelle scienze e nelle professioni di cura, la resilienza e la reattanza.

Il presente studio si è focalizzato sui quattro items riguardanti la resilienza, i quali sono: “Cerco modalità creative per modificare situazioni difficili”, “Indipendentemente da ciò che mi succede, credo di riuscire a controllare le mie azioni”, “Credo di poter crescere bene e in modo positivo affrontando situazioni difficili”, “Cerco attivamente dei modi per compensare le mancanze che ho sperimentato nella mia vita”. Questi sono stati estrapolati dalla Brief Resilient Coping Scale (Sinclair & Wallston, 2004) con l’obiettivo di indagare la resilienza di ogni individuo a partire dal suo modo di descriversi. Le risposte dei partecipanti venivano date su una scala Likert con punteggi da 1 (“*Non mi descrive per niente*”) a 5 (“*Mi descrive totalmente*”).

Sono state indagate anche le emozioni esperite dal singolo individuo all’idea di indossare la mascherina in pubblico. In particolare, è stato chiesto “Quando penso di indossare la mascherina in pubblico, mi sento” e, rifacendosi allo studio di Palmer & Peterson (2020), sono state presentate le emozioni “Controllato”, “Debole”, “Spaventato”, “Sciocco”, “Coraggioso”, “Che mi prendo cura”, “Forte” e “Protetto”. I partecipanti potevano fornire una risposta per ognuna di esse su una scala Likert a 5 punti, dove 1 corrispondeva a “*Disaccordo*” e 5 ad “*Accordo*”. Nell’interpretazione dei risultati, le 8 emozioni sono state suddivise in due sottogruppi (emozioni negative e positive), come suggerito anche nello studio di Palmer & Peterson (2020).

2.3.3.2 Questionari standardizzati

Ai partecipanti sono stati sottoposti 2 questionari standardizzati e validati: il Multidimensional Assessment of COVID-19–Related Fears (MAC-RF), e il Generalized Anxiety Disorder Scale – 7 (GAD-7). Di seguito una breve descrizione.

Il Multidimensional Assessment of COVID-19–Related Fears (MAC-RF) è un questionario self-report costituito da 8 items. Esso è stato sviluppato per valutare clinicamente domini importanti della paura in relazione alla pandemia di Covid-19. È basato su un modello teorico comprensivo che concettualizza le paure durante la pandemia come risultante da un'interazione di esperienze corporee, interpersonali, cognitive e comportamentali. Per indagare i domini della paura, gli items sono raggruppati in 4 sottoscale: paure connesse al corpo, paure connesse alle relazioni significative, difficoltà nel monitoraggio cognitivo delle preoccupazioni, e difficoltà comportamentali connesse alla paura. I partecipanti esprimono quanto rivedono loro stessi in una determinata esperienza vissuta nel corso dell'ultima settimana su una scala Likert con punteggi da 1 (“*Molto diverso da me*”) a 5 (“*Molto simile a me*”). Un esempio di item presente nel MAC-RF è “Ho paura che le persone intorno a me possano contagiarmi”. Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi dei singoli items e può essere compreso in un intervallo che va da 0 a 32. Risultati più alti indicano paure legate al Covid-19 clinicamente rilevanti, e quindi la probabile presenza di una psicopatologia. Nella versione italiana utilizzata per il presente studio, nel quale l'alpha di Cronbach era $\alpha = .80$, lo strumento ha mostrato buone proprietà psicometriche in termini di coerenza interna (Cronbach's alpha = .84) e di affidabilità (Spearman-Brown $r = .78$) (Schimmenti et al., 2020).

Il Generalized Anxiety Disorder Scale – 7 (GAD-7) è un efficiente strumento self-report utilizzato nella pratica clinica e di ricerca per lo screening dei disturbi d'ansia, e in particolare del disturbo d'ansia generalizzato (GAD). È composto da 7 items che indagano 7 comuni sintomi psichici e fisici di preoccupazione e ansia (esempio: “Preoccuparsi troppo per varie cose”). Ai partecipanti viene chiesto di valutare la frequenza di tali sintomi nelle ultime due settimane su una scala Likert a 4 punti, dove 0 corrisponde a “*Mai*” e 3 a “*Quasi ogni giorno*”. La gravità della sintomatologia ansiosa può essere determinata esaminando il punteggio totale (compreso tra 0 e 21): valori 0-4 indicano sintomi minimi, 5-9 sintomi lievi, 10-14 sintomi moderati, 15-21 sintomi gravi. Un punteggio totale pari o superiore a 10 viene considerato il cut-off per identificare casi di GAD (Spitzer et al., 2006). Nonostante la sua brevità, studi sulle proprietà psicometriche del GAD-7 ne hanno dimostrato l'elevata validità e affidabilità test-retest (correlazione intraclasse $r = .83$) e un'eccellente coerenza interna (Cronbach's alpha =

.92). (Spitzer et al., 2006) (Johnson et al., 2019). Nel presente studio, l'alpha di Cronbach era $\alpha = .90$.

CAPITOLO 3 – I RISULTATI

3.1. Analisi statistiche

Le analisi sul campione di riferimento sono state effettuate ricorrendo al software statistico jamovi 2.0 (da <https://www.jamovi.org>). In primo luogo, sono state riportate alcune statistiche descrittive. Si è poi ricorsi al *t*-test di Student per identificare possibili differenze nei sottogruppi di riferimento (indossava vs non indossava la mascherina nei luoghi chiusi) in relazione alle variabili: paura legata al Covid-19, sintomatologia ansiosa e resilienza. In aggiunta, ci si è serviti del coefficiente *r* di Pearson per valutare eventuali correlazioni lineari tra le emozioni esperite dagli individui quando pensavano di indossare la mascherina e le tre variabili sopra citate all'interno dei due gruppi. Infine, attraverso un modello di regressione logistica, si è indagato se la paura legata al Covid-19, la sintomatologia ansiosa, la resilienza e l'età potessero predire il fatto di indossare o meno la mascherina al chiuso.

3.2. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: confronto tra chi indossa e chi non indossa la mascherina nei luoghi chiusi

Per ogni questionario utilizzato nel presente studio e per ogni item che indagava la resilienza è stata calcolata la media (*Mean*) e la relativa deviazione standard (*SD*) all'interno del campione che indossava la mascherina al chiuso e in quello che non la indossava. A partire da questi indici di tendenza centrale e di variabilità, si è ricorsi al *t*-test di Student per il confronto fra le medie di campioni indipendenti. Nel nostro caso in esame si è confrontato il gruppo che portava la mascherina con quello che non la portava. Come si può notare dai risultati riportati nella Tabella 2, emerge una differenza statisticamente significativa tra le medie dei due gruppi relativamente alla paura legata al Covid-19 e alla sintomatologia ansiosa, con punteggi più alti in chi portava la mascherina rispetto a chi non la portava per entrambe le variabili. Inoltre, l'indice *d* di Cohen riporta un effect size piccolo per il GAD-7 TOT ($d = 0.18$) e medio per il MAC-RF TOT ($d = 0.57$) (si veda Tabella 2). Non si riscontrano differenze significative tra le medie dei due campioni per nessuno dei quattro items relativi alla resilienza.

Tabella 2. *Statistiche descrittive dei due gruppi, risultati del t-test di Student per campioni indipendenti e relativo indice d di Cohen di MAC-RF, GAD-7 e dei quattro items sulla resilienza tra il gruppo di chi indossava e non indossava la mascherina al chiuso.*

	PORTA LA MASCHERINA		NON PORTA LA MASCHERINA		<i>t</i>	<i>p-value</i>	<i>d</i>	
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>				
MAC-RF TOT	12.564	6.110	9.180	5.859	9.404	< .001	0.568	
GAD-7 TOT	7.730	4.908	6.864	4.731	2.989	.003	0.180	
QUESTIONARI	RESILIENZA_1	3.318	0.887	3.337	0.894	-0.360	.719	-0.022
	RESILIENZA_2	3.619	0.742	3.571	0.780	1.040	.298	0.063
	RESILIENZA_3	3.574	0.820	3.645	0.797	-1.469	.142	-0.089
	RESILIENZA_4	3.194	0.962	3.234	0.971	-0.684	.494	-0.041

Note. *d* di Cohen (*d* = .20 effetto debole, *d* = .50 effetto medio, *d* = .80 effetto forte). *p* ≤ .05 e valori della statistica *t* ad esso associati sono indicati in grassetto.

3.3. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: associazioni con le emozioni in chi indossa la mascherina nei luoghi chiusi

3.3.1. Associazioni con le emozioni negative

Dalla Tabella 3 si nota come il punteggio totale del MAC-RF abbia correlazioni lineari positive statisticamente significative con tutte le emozioni negative. Si rileva significatività anche per le correlazioni lineari positive tra il GAD-7 TOT e le emozioni “Controllato” e “Spaventato”. Rispetto alla resilienza, emerge una correlazione lineare negativa significativa tra l’item 2 le emozioni “Debole”, “Spaventato” e “Sciocco”. Infine, non sono emerse correlazioni lineari statisticamente significative tra gli altri item sulla resilienza e le emozioni negative.

3.3.2. Associazioni con le emozioni positive

La Tabella 3 evidenzia correlazioni lineari positive significative fra il punteggio totale del MAC-RF e le emozioni “Coraggioso”, “Forte” e “Protetto”. Il GAD-7 TOT presenta una correlazione positiva e statisticamente significativa solo con l’emozione “Coraggioso”.

Relativamente alla resilienza, non sono emerse correlazioni lineari statisticamente significative tra il primo item e le emozioni positive. È presente invece una correlazione lineare positiva significativa tra: l'item 2 l'emozione "Protetto"; l'item 3 e le emozioni "Che mi prendo cura", "Forte" e "Protetto"; l'item 4 e le emozioni "Coraggioso" e "Che mi prendo cura".

Tabella 3. *Indice di correlazione lineare e probabilità ad esso associata tra MAC-RF, GAD e i quattro items sulla resilienza e le emozioni nel gruppo che indossava la mascherina nei luoghi chiusi.*

		Controllato	Debole	Spaventato	Sciocco	Coraggioso	Che mi prendo cura	Forte	Protetto
MAC-RF TOT	<i>r</i>	.104	.113	.191	.145	.195	.051	.149	.098
	<i>p-value</i>	.027	.017	< .001	.002	< .001	.284	.002	.038
GAD-7 TOT	<i>r</i>	.119	.081	.162	.055	.119	-.063	.091	.011
	<i>p-value</i>	.012	.088	< .001	.246	.012	.180	.054	.810
RESILIENZA_1	<i>r</i>	.018	.020	-.018	-.015	.045	.048	.055	.010
	<i>p-value</i>	.705	.683	.705	.749	.341	.308	.248	.839
RESILIENZA_2	<i>r</i>	-.024	-.112	-.119	-.094	.009	.068	.035	.117
	<i>p-value</i>	.610	.018	.012	.047	.857	.152	.461	.013
RESILIENZA_3	<i>r</i>	-4.992×10 ⁻⁴	-.058	-.041	-.027	.051	.136	.111	.127
	<i>p-value</i>	.992	.219	.384	.574	.286	.004	.019	.007
RESILIENZA_4	<i>r</i>	.024	.024	.002	.015	.122	.116	.085	.074
	<i>p-value</i>	.611	.612	.960	.751	.010	.014	.075	.119

Note. *r* di Pearson. *p* ≤ .05 sono indicati in grassetto.

3.4. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: associazioni con le emozioni in chi non indossa la mascherina nei luoghi chiusi

3.4.1. Associazioni con le emozioni negative

Dalla Tabella 4 si evince che il punteggio totale del MAC-RF correla in modo positivo e statisticamente significativo con le emozioni “Debole” e “Spaventato”. Il GAD-7 TOT correla positivamente e significativamente con le emozioni “Controllato”, “Debole” e “Spaventato”. Rispetto alla resilienza, emerge una correlazione lineare negativa significativa tra l’item 2 e le emozioni “Controllato”, “Spaventato” e “Sciocco”, e tra l’item 3 e l’emozione “Controllato”. Non sono emerse correlazioni lineari statisticamente significative tra il primo e il quarto item sulla resilienza e le emozioni negative.

3.4.2. Associazioni con le emozioni positive

Dalla Tabella 4 si nota come il punteggio totale del MAC-RF abbia correlazioni lineari positive statisticamente significative con tutte le emozioni positive. Il GAD-7 TOT correla in maniera positiva e significativa con le emozioni “Coraggioso”, “Forte” e “Protetto”. Relativamente alla resilienza, è presente una correlazione lineare positiva significativa tra: l’item 1 e le emozioni “Coraggioso” e “Forte”; l’item 2 e l’emozione “Protetto”; l’item 3 e le emozioni “Che mi prendo cura” e “Forte”. Il quarto item sulla resilienza correla positivamente e significativamente con tutte le emozioni positive.

Tabella 4. *Indice di correlazione lineare e probabilità ad esso associata tra MAC-RF, GAD e i quattro items sulla resilienza e le emozioni nel gruppo che non indossava la mascherina nei luoghi chiusi.*

	Controllato	Debole	Spaventato	Sciocco	Coraggioso	Che mi prendo cura	Forte	Protetto
MAC-RF TOT								
<i>r</i>	.048	.069	.196	-.024	.186	.202	.207	.230
<i>p-value</i>	.104	.020	< .001	.429	< .001	< .001	< .001	< .001
GAD-7 TOT								
<i>r</i>	.081	.078	.171	.041	.094	.024	.141	.083
<i>p-value</i>	.006	.009	< .001	.169	.002	.426	< .001	.005
RESILIENZA_1								
<i>r</i>	.022	.014	.035	.003	.081	.043	.062	.033
<i>p-value</i>	.463	.635	.248	.927	.007	.147	.039	.264
RESILIENZA_2								
<i>r</i>	-.077	-.058	-.069	-.082	.044	.027	.029	.071
<i>p-value</i>	.009	.051	.020	.006	.139	.365	.331	.017
RESILIENZA_3								
<i>r</i>	-.064	-.034	-.041	-.053	.045	.074	.078	.053
<i>p-value</i>	.031	.256	.174	.073	.130	.013	.009	.073
RESILIENZA_4								
<i>r</i>	.012	-.001	.003	.030	.132	.084	.111	.067
<i>p-value</i>	.693	.966	.916	.308	< .001	.005	< .001	.023

Note. *r* di Pearson. $p \leq .05$ sono indicati in grassetto.

3.5. Paura legata al Covid-19, ansia e resilienza: possibili predittori del fatto di indossare o meno la mascherina nei luoghi chiusi

Per testare la terza ipotesi di questa ricerca si è ricorsi a un modello di regressione logistica, cioè un modello di regressione non lineare utilizzato quando la variabile dipendente è di tipo dicotomico, come nel nostro caso: l'indossare o meno la mascherina al chiuso costituisce la *variabile dipendente*, mentre la paura legata al Covid-19, l'ansia, la resilienza e l'età fungono da *variabili indipendenti* (o *regressori*). Come tutte le analisi di regressione anche quella logistica è un'analisi predittiva. Questa tecnica non parametrica permette di indagare la relazione tra una variabile binaria dipendente e una o più variabili indipendenti e di interpretare i parametri stimati in termini di odds ratio,

stabilendo la probabilità con cui un'osservazione può generare uno o l'altro valore della variabile dipendente.

Una volta costruito, è importante analizzare la bontà di adattamento del modello di regressione e la significatività statistica dei parametri stimati. Nel presente studio, per il controllo della bontà del modello, si è ricorsi al test della bontà di adattamento del chi-quadrato e all'indice R^2 di Cox & Snell, la cui versione distribuita su tutto l'intervallo $[0;1]$ è l' R^2 di Nagelkerke. Quest'ultimo ha ottenuto un valore pari a 0.09 che ci dice che il 9% della varianza totale della variabile dipendente risulta spiegata dalla sua relazione con le variabili indipendenti: ciò significa che queste ultime sono predittive del fatto di indossare o meno la mascherina solo per meno del 10%. Il test della bontà di adattamento del chi-quadrato, invece, ha restituito un valore del chi-quadrato statisticamente significativo ($\chi^2 = 103.19, p < .001$) che ci porta a rigettare l'assunzione che le variabili indipendenti di questo studio non siano predittive del fatto di indossare o meno la mascherina nei luoghi chiusi.

La significatività statistica dei parametri stimati è stata verificata con un test Z per ognuno di essi. I risultati sono riassunti nella Tabella 5, la quale riporta i valori stimati dei parametri con relativo errore standard, e la statistica z con relativa probabilità associata. Da tali esiti si nota che indossare o meno la mascherina al chiuso quando non era più obbligatorio è predetto in modo statisticamente significativo dalle variabili: paura legata al Covid-19, capacità di riuscire a controllare le proprie azioni, ed età. Poiché l'errore standard di tutti e tre i parametri è molto vicino allo zero, si può affermare che il loro valore stimato nel campione sia attendibile e si avvicini a quello vero della popolazione. La sintomatologia ansiosa, saper modificare in modo creativo situazioni difficili, cercare attivamente modi per compensare le mancanze nella propria vita, e la capacità di superare positivamente eventi avversi non sono risultati regressori statisticamente significativi.

Attraverso gli odds ratio si è provato a dare un'interpretazione dei parametri significativi stimati dal modello: più si prova paura legata al Covid-19, meno è probabile (9%) che non si indossi la mascherina al chiuso; più si è capaci di controllare le proprie azioni, meno è probabile (23%) che non si indossi la mascherina al chiuso; e maggiore è l'età, meno è probabile (3%) che non si indossi la mascherina al chiuso. Come si può notare dalla Tabella 5, tra gli odds ratio dei parametri significativi, quello dell'"età" è il più affidabile poiché ha l'intervallo di confidenza più ristretto (a un livello di fiducia

prefissato al 95%), mentre quello della “capacità di controllare le proprie azioni” ha un intervallo più ampio e quindi un’incertezza maggiore. È possibile quindi affermare che avere paure legate al Covid-19, saper gestire le proprie azioni e avere una maggiore età sono fattori di protezione per l’evento “non indossare la mascherina nei luoghi chiusi”, cioè diminuiscono la probabilità che accada (ognuno in percentuale e con un grado di incertezza differente).

Tabella 5. Modello di regressione logistica con variabile dipendente dicotomica “Uso - Non uso della mascherina al chiuso” e predittori MAC-RF, GAD, i quattro items sulla resilienza e l’età.

USO – NON USO MASCHERINA AL CHIUSO								
	β	SE	Std. β	z	p -value	Odds Ratio	LB (95% CI)	UB (95% CI)
(Intercetta)	2.81	0.510	0.51	5.52	< .001	16.678	6.140	45.304
MAC-RF TOT	-0.10	0.012	0.01	-8.64	< .001	0.905	0.884	0.925
GAD-7 TOT	-0.02	0.015	0.02	-1.38	.17	0.980	0.952	1.009
RESILIENZA_1	0.005	0.078	0.08	0.06	.95	1.005	0.862	1.171
RESILIENZA_2	-0.27	0.099	0.10	-2.67	.008	0.767	0.631	0.932
RESILIENZA_3	0.08	0.092	0.09	0.86	.39	1.082	0.904	1.296
RESILIENZA_4	0.10	0.072	0.07	1.44	.15	1.110	0.963	1.279
ETA'	-0.03	0.005	0.005	-4.78	< .001	0.974	0.964	0.985

Note. SE Standard Error. Std. β Standardized β . LB Lower Bound. UB Uppen Bound. LB e UB odds ratio scale. $p \leq .05$, valori della statistica z e del parametro (standardizzato e non) ad esso associati sono indicati in grassetto.

CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE

4.1 Discussione

Il presente progetto di tesi si è posto l'obiettivo di indagare le paure legate al Covid-19, la sintomatologia ansiosa e la resilienza degli adulti italiani che portavano la mascherina nei luoghi chiusi nel periodo in cui non era più obbligatorio indossarla (giugno 2022 – settembre 2022), confrontandole con quelle di coloro che non la portavano. Dei suddetti costrutti si è esaminata anche l'associazione con alcune emozioni nel gruppo di chi indossava la mascherina e di chi non la indossava, e se, insieme all'età, potessero predire il fatto di utilizzare o meno il dispositivo di protezione al chiuso.

In merito alla prima ipotesi, è emerso che chi indossa il dispositivo protettivo al chiuso ha maggiore paura legata al Covid-19 e maggiore ansia rispetto a chi non lo indossa, e ciò è coerente con la letteratura (Harper et al., 2021; Nelson et al., 2020; Saint & Moscovitch, 2021; Shin et al., 2021; Sim et al., 2014; Tang & Wong, 2004). Non è risultata esservi, invece, una maggiore resilienza in chi porta la mascherina rispetto a chi non la porta, e questo potrebbe essere spiegato dal fatto che gli studi di riferimento furono condotti su adolescenti di colore e thailandesi (McNair et al., 2018; Nintachan et al., 2011). Non vi sono, infatti, ricerche con persone adulte che documentino una differenza fra i livelli di resilienza in chi adotta e non adotta comportamenti di protezione. Gli studi esistenti indagano bambini e adolescenti e si focalizzano sui fattori di protezione determinanti per lo sviluppo di tratti resilienti all'interno di contesti avversi (Sinclair & Wallston, 2004). Il presente studio, invece, tramite alcuni item della Brief Resilient Coping Scale, si concentra sui comportamenti di coping resilienti in adulti che affrontano circostanze stressanti. Esso, quindi, coglie solamente una delle tante sfaccettature della resilienza, tralasciando ad esempio i fattori protettivi o le risorse personali. Lo stesso dizionario dell'APA specifica che vi sono diversi fattori che contribuiscono alla capacità di adattamento alle avversità; pertanto, la differente operazionalizzazione della resilienza e il differente campione di riferimento tra il presente studio e la letteratura precedente possono essere i motivi per cui non si rileva una differenza nel costrutto fra chi indossa e chi non indossa la mascherina al chiuso in assenza di obbligatorietà.

Relativamente alla seconda ipotesi, questa ricerca mostra che gli adulti che scelgono di portare la mascherina al chiuso esperiscono tante più emozioni negative all'idea di portare

il dispositivo quanto più provano paura legata al Covid-19 e ansia. Tale esito è coerente con quello che riporta la letteratura (Harper et al., 2021; Michel et al., 2016; Saint & Moscovitch, 2021; Schimmenti et al., 2020; Rashtbari & Saed, 2020). Ciò che non risulta allineato con l'ipotesi iniziale, invece, è il fatto che, in chi utilizza la mascherina, le emozioni positive aumentano al crescere delle paure legate al Covid-19. Essendo la paura del virus positivamente associata all'adozione di comportamenti di protezione (Khanal et al., 2022), è plausibile che chi è impaurito e sceglie di indossare la mascherina si senta non solo più protetto nel farlo, ma anche coraggioso (Cawcutt et al., 2020), forte e di prendersi cura di sé (Mohammadpour et al., 2020). I benefici percepiti dall'indossare la mascherina, infatti, hanno un effetto significativo sull'aderenza a tale comportamento (Sim et al., 2014). Gli utilizzatori del dispositivo, inoltre, si sentono tanto più coraggiosi all'idea di indossare la mascherina quanto più provano ansia. Tale risultato non è coerente con la letteratura di partenza, ma potrebbe riflettere il legame esistente fra l'ansia e il coraggio. Quest'ultimo, infatti, non elimina l'ansia ma porta ad agire nonostante essa consentendo di non cadere nella disperazione (Tillich, 2008). Tenendo conto di ciò e del fatto che l'ansia motiva una gamma di comportamenti non rischiosi (Harper et al., 2021), si potrebbe spiegare perché all'aumentare dei sintomi d'ansia vi sia un aumento del coraggio in chi utilizza la mascherina quando non obbligatorio. Infine, vi è solo una parziale conferma dell'ipotizzata associazione fra le emozioni e la resilienza in chi indossa la mascherina, e questo potrebbe essere spiegato dal fatto che la Brief Resilient Coping Scale (Sinclair & Wallston, 2004), utilizzata nel presente studio, cattura solamente alcuni aspetti della resilienza e quindi sarebbero necessari ulteriori studi per esaminare l'interazione tra il costrutto in questione e i risultati di interesse.

Per quanto riguarda chi non indossa la mascherina al chiuso e i costrutti di paura legata al Covid-19 e ansia, vi è conferma dell'ipotesi sperimentale per quanto riguarda l'associazione dei costrutti con le emozioni positive, ma non con quelle negative. Queste ultime, infatti, aumentano al crescere della paura del Covid-19 e dell'ansia e ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che il rifiuto del dispositivo è legato proprio alle emozioni negative esperite mentre lo si indossa (Capraro & Barcelo, 2020), le quali influiscono negativamente sull'intenzione di proteggersi in futuro (Chang et al., 2021). Chi non indossa la mascherina, infatti, è più propenso a riferire che: non ama essere obbligato a portarla, crede sia inefficace e possibilmente nociva (poiché rende difficoltosa la respirazione), e la trova esteticamente sgradevole (Taylor & Asmundson, 2021). Tenendo

conto di questo e del fatto che le conseguenze psicologiche delle restrizioni (tra cui paura e ansia) in alcuni casi hanno impattato negativamente sui comportamenti di protezione (Ezati Rad et al., 2021), il presente studio mostrerebbe che anche chi non usa la mascherina prova paura verso il Covid-19 e ansia e che queste sono associate al fatto di considerare inutile se non potenzialmente dannoso il dispositivo, sentirsi controllati e provare vergogna ad indossarlo, ritenerlo un segno di debolezza (Capraro & Barcelo, 2020; Pavela Banai et al., 2022). Emerge inoltre, che, in chi non porta la mascherina, le emozioni positive incrementano e quelle negative diminuiscono quanto più essi sono resilienti. Ciò non si allinea con le ipotesi iniziali e potrebbe essere spiegato dalla presenza di un *bias* ottimistico fra i componenti di questo gruppo. Nel corso della pandemia, infatti, si notò che diverse persone riportavano alti livelli di emotività positiva e bassi livelli di emotività negativa e ciò venne considerato il frutto di un ottimismo irrealistico: tali individui valutavano il rischio personale di essere vittime di un evento negativo (in questo caso il virus) come inferiore alla media (Moroń & Biolik-Moroń, 2021) conducendole a ricorrere meno a precauzioni per la propria salute, come l'utilizzo della mascherina (Park et al., 2021). Tenendo conto di questo e del fatto che ad elevati punteggi della Brief Resilient Coping Scale, utilizzata nel presente studio, corrispondono alti livelli di ottimismo (Sinclair & Wallston, 2004), si potrebbe dare una possibile spiegazione del perché anche in chi non porta la mascherina vi siano elevati livelli di resilienza associati ad elevate emozioni positive e basse emozioni negative.

In merito alla terza ipotesi, la sintomatologia ansiosa non è risultata essere un predittore significativo dell'indossare o meno la mascherina al chiuso e ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che il GAD-7, utilizzato nel presente studio, fu specificatamente ideato per il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e si concentri su questa singola psicopatologia. Sembra, quindi, che l'ansia generale non predica l'utilizzo della mascherina, mentre preoccupazioni più strettamente legate al Covid-19 sì; infatti, la paura del virus diminuisce la probabilità di non indossare il dispositivo al chiuso e ciò è coerente con la letteratura di partenza (Barceló & Sheen, 2020; Harper et al., 2021; Mallinas et al., 2021; Shah et al., 2021). Infine, il fatto che nessun item sulla resilienza tranne il secondo ("Indipendentemente da ciò che mi succede, credo di riuscire a controllare le mie azioni") sia risultato predittivo dell'utilizzo o meno della mascherina, potrebbe essere spiegato dal fatto che, sebbene la Brief Resilient Coping Scale (Sinclair & Wallston, 2004) sia uno strumento affidabile, essa non coglie tutti i fattori coinvolti nella resilienza. Inoltre, il

secondo item potrebbe essere stato interpretato dai partecipanti in termini di autocontrollo, e alcuni studi mostrano che maggiori livelli di autocontrollo predicono un maggior utilizzo della mascherina (Hamilton et al., 2020; Xu & Cheng, 2021).

4.2 Limiti e sviluppi futuri

Il presente studio non è esente da limiti, primo fra tutti il metodo di raccolta delle informazioni. Nei questionari self-report, infatti, i partecipanti potrebbero: dare la risposta socialmente più accettabile o preferita piuttosto che essere sinceri (si parla di “desiderabilità sociale”), non essere in grado di valutarsi accuratamente (carente capacità introspettiva), interpretare le domande in modo diverso gli uni dagli altri, ed essere influenzati dai loro pregiudizi nel rispondere (Althubaiti, 2016; Devaux & Sassi, 2016). Alla luce di ciò, la ricerca potrebbe presentarsi meglio condotta se le autodichiarazioni venissero combinate con altre informazioni relative al soggetto, come il suo comportamento o i dati fisiologici: in tal modo sarebbe possibile ottenere un quadro più globale, e più probabilmente accurato, del partecipante. I questionari da soli, infatti, faticano a cogliere la complessità psicologica dell’essere umano.

Sebbene i questionari self-report somministrati al computer e senza l’intervento dell’intervistatore abbiano il vantaggio di far risparmiare tempo all’indagine, essi devono essere sufficientemente brevi e semplici per andare incontro al maggior numero possibile di persone: la necessità di operationalizzare costrutti psicologici complessi in pochi items può far nascere un questionario non in grado di cogliere tutte le sfaccettature insite negli stessi costrutti. Ciò è risultato evidente nel presente studio relativamente alla resilienza e per questo motivo studi futuri potrebbero, ad esempio, ricorrere a una diversa operationalizzazione di tale costrutto e a strumenti differenti per la sua valutazione, come la Resilience Scale adottata nella ricerca di Fontes e colleghi (2022). Nel fare questo, però, bisogna tener conto del fatto che ad oggi è trascorso un anno e mezzo dalla fine dell’obbligo delle mascherine e le persone nel frattempo potrebbero essersi abituate all’assenza del dispositivo: ciò potrebbe, quindi, rendere difficile il confronto fra i dati di possibili ricerche future e quelli del presente studio raccolti nel periodo immediatamente successivo all’eliminazione dei dispositivi facciali, considerando anche che i predittori dei comportamenti di prevenzione cambiano nel tempo e al mutare delle condizioni (Magoc et al., 2023).

Un'ulteriore limitazione della presente ricerca sono le caratteristiche del campione in termini di variabilità anagrafica. Esso, infatti, nonostante la grande numerosità ($n = 1151$), presenta il doppio delle femmine ($n = 768$) rispetto ai maschi ($n = 382$) ed è noto che le prime abbiano atteggiamenti più positivi nei confronti della mascherina e siano più propense ad utilizzarla rispetto ai secondi (Gette et al., 2021; Haischer et al., 2020; Wulandari et al., 2022). In aggiunta, la quasi totalità del campione proviene dal nord Italia ($n = 989$): questa zona del Belpaese è stata la più colpita dal virus sia per numero di infetti che di morti e ciò potrebbe suggerire che anche la regione di residenza potrebbe avere un ruolo da indagare nell'uso dei dispositivi di protezione individuale (Casagrande et al., 2020). Non possiamo, quindi, escludere la possibilità che altri fattori possano aver influenzato (e viziato) i dati raccolti. In ogni caso, i risultati ottenuti dal presente studio non vanno rigettati poiché la numerosità campionaria è elevata, ma vi sono fattori che ne limitano la generalizzazione all'intera popolazione. Si auspica che le future ricerche possano contare su un campione più rappresentativo della popolazione generale, di modo da ottenere risultati più accurati riguardo al ruolo dei fattori psicologici ed emotivi indagati nel presente progetto di tesi nella scelta di indossare la mascherina dopo la fine dell'emergenza sanitaria in Italia.

Nella presente ricerca non sono state esaminate le interazioni fra le paure legate al Covid-19, l'ansia e la resilienza e questo potrebbe essere il focus di futuri studi interessati all'approfondimento di tali costrutti nella scelta di proteggersi o meno dopo un lungo periodo di minaccia alla propria e altrui incolumità.

Infine, poiché l'emergenza affrontata ha avuto un impatto che molto probabilmente lascerà strascichi negli anni a venire, sarebbe utile e interessante svolgere studi longitudinali che indaghino gli effetti di due anni di pandemia e restrizioni in relazione al ricorso a comportamenti di protezione, come l'utilizzo della mascherina. Un disegno di ricerca longitudinale, infatti, potrebbe fornire ulteriori delucidazioni sul ruolo delle variabili prese in considerazione nel presente studio.

4.3 Conclusioni

La presente ricerca è una delle prime in Italia e nel mondo ad essersi occupata di indagare i possibili fattori coinvolti nell'utilizzo volontario della mascherina in seguito alla fine dell'emergenza sanitaria e all'obbligo di utilizzo di dispositivi di protezione individuale.

Nel complesso, questo studio mostra come la paura del Covid-19 e l'ansia fossero significativamente maggiori fra gli adulti italiani che sceglievano di portare la mascherina nel periodo di raccolta dati (giugno 2022 – settembre 2022) rispetto a quelli che non la portavano. La sintomatologia ansiosa, tuttavia, non era un predittore dell'utilizzo del dispositivo, mentre la paura del virus, l'età e ritenersi capaci di controllare le proprie azioni sì. Infine, per quanto riguarda fattori di carattere emotivo, è emerso che chi sceglieva di indossare il dispositivo sperimentava maggiori emozioni negative all'idea di indossare la mascherina quanto più aveva paura del Covid-19, ansia, e riteneva di saper controllare le proprie azioni. Le emozioni positive, invece, accrescevano se avevano paura e se erano resilienti. Dall'altro lato, fra coloro che non portavano il dispositivo, chi aveva paura del Covid-19 e ansia esperiva sia uno stato emotivo negativo che positivo all'idea di indossare la mascherina, e tali emozioni rispettivamente diminuivano e incrementavano se erano resilienti.

Nonostante le sue limitazioni, questa ricerca possiede altrettante implicazioni pratiche. Essa, infatti, non solo è pioniera nello studio delle caratteristiche psicologiche ed emotive di coloro che scelgono di indossare o meno la mascherina dopo il termine di un'emergenza sanitaria, ma evidenzia anche l'importanza di agire preventivamente per promuovere il ricorso a dispositivi di protezione nei casi in cui dovesse risultare necessario, e non solamente quando è imposto. Un buon lavoro di educazione sanitaria, responsabilizzare i più giovani circa l'adozione di misure che oltre a proteggere loro stessi aiutano a salvaguardare la salute altrui, coltivare e praticare le risorse e le competenze associate a un adattamento più positivo (cioè una maggiore resilienza) sono solo alcuni dei possibili piani d'azione che, alla luce di questo e di altri studi, potrebbero rivelarsi utili a chi si occupa di salute fisica e mentale per aiutare le persone a far fronte e rialzarsi in modo efficace da situazioni e condizioni stressanti.

BIBLIOGRAFIA

- Alijanzadeh, M., Ahorsu, D. K., Alimoradi, Z., Mahmoudi, N., Griffiths, M. D., Lin, C.-Y., Liu, H.-K., & Pakpour, A. H. (2021). Fear of COVID-19 and Trust in the Healthcare System Mediates the Association between Individual's Risk Perception and Preventive COVID-19 Behaviours among Iranians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(22), 12146-.
- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: Definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *9*, 211–217.
- American Psychological 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).
- Andrejko, K. L., Pry, J. M., Myers, J. F., Fukui, N., DeGuzman, J. L., Openshaw, J., Watt, J. P., Lewnard, J. A., & Jain, S. (2022). Effectiveness of Face Mask or Respirator Use in Indoor Public Settings for Prevention of SARS-CoV-2 Infection—California, February–December 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *71*(6), 212–216.
- Balestracci, B., La Regina, M., Di Sessa, D., Mucci, N., Angelone, F. D., D'Ecclesia, A., Fineschi, V., Di Tommaso, M., Corbetta, L., Lachman, P., Orlandini, F., Tanzini, M., Tartaglia, R., & Squizzato, A. (2023). Patient safety implications of wearing a face mask for prevention in the era of COVID-19 pandemic: A systematic review and consensus recommendations. *Internal and Emergency Medicine*, *18*(1), 275–296.
- 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*(12), e0242764–e0242764.
- Bendau, A., Plag, J., Petzold, M. B., & Ströhle, A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and related fears and anxiety. *International Immunopharmacology*, *97*, 107724.
- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*,

15(4), 797–824.

- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G., & Vainieri, M. (2022). Response to COVID-19: Was Italy (un)prepared? *Health Economics, Policy and Law*, 17(1), 1–13.
- Brienen, N. C. J., Timen, A., Wallinga, J., Van Steenbergen, J. E., & Teunis, P. F. M. (2010). The Effect of Mask Use on the Spread of Influenza During a Pandemic. *Risk Analysis*, 30(8), 1210–1218.
- Calasanti, T., Pietilä, I., Ojala, H., & King, N. (2013). Men, Bodily Control, and Health Behaviors: The Importance of Age. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32, 15–23.
- Capraro, V., & Barcelo, H. (2020). The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission. *Journal of Behavioral Economics for Policy*, 4(S2), 45–55.
- Carbon, C.-C. (2021). About the Acceptance of Wearing Face Masks in Times of a Pandemic. *i-Perception*, 12(3), 20416695211021114.
- 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.
- Catching, A., Capponi, S., Yeh, M. T., Bianco, S., & Andino, R. (2021). Examining the interplay between face mask usage, asymptomatic transmission, and social distancing on the spread of COVID-19. *Scientific Reports*, 11(1), 15998–15998.
- Cawcutt, K. A., Starlin, R., & Rupp, M. E. (2020). Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(10), 1192–1193.
- Caycho-Rodríguez, T., Tomás, J. M., Yupanqui-Lorenzo, D. E., Valencia, P. D., Carbajal-León, C., Vilca, L. W., Ventura-León, J., Paredes-Angeles, R., Arias Gallegos, W. L., Reyes-Bossio, M., Delgado-Campusano, M., Gallegos, M., Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Cervigni, M., Martino, P., Lobos-Rivera, M. E., Moreta-Herrera, R., Palacios Segura, D. A., ... Lira Lira, A. E. (2023). Relationship Between Fear of COVID-19, Conspiracy Beliefs About Vaccines

- and Intention to Vaccinate Against COVID-19: A Cross-National Indirect Effect Model in 13 Latin American Countries. *Evaluation & the Health Professions*, 1632787231186621.
- Cazzaniga, S. (2021). *Face mask use in the community and cutaneous reactions to them during the COVID-19 pandemic*. Mendeley.
- Cha, S. E., Ku, X., & Choi, I. (2023). Post COVID-19, still wear a face mask? Self-perceived facial attractiveness reduces mask-wearing intention. *Frontiers in Psychology*, 14, 1084941.
- Chang, H., Min, S., Woo, H., & Yurchisin, J. (2021). Mask-Wearing Behavior During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Cultural Comparison Between the United States and South Korea. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 50, 5–26.
- Coughlin, S. S. (2012). Anxiety and Depression: Linkages with Viral Diseases. *Public Health Reviews*, 34(2), 1–17.
- Damette, O., & Huynh, T. L. D. (2023). Face mask is an efficient tool to fight the Covid-19 pandemic and some factors increase the probability of its adoption. *Scientific Reports*, 13(1), 9218.
- Dębski, P., Florek, S., Piegza, M., Pudło, R., & Gorczyca, P. (2021). Is it good to be resilient during the COVID-19 period? The role of ego-resiliency in the intensity of symptoms of anxiety, alcohol use and aggression among Polish people. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34(2), 289–300.
- Devaux, M., & Sassi, F. (2016). Social disparities in hazardous alcohol use: Self-report bias may lead to incorrect estimates. *European Journal of Public Health*, 26(1), 129–134.
- Dillard, J., & Shen, L. (2005). On the Nature of Reactance and Its Role in Persuasive Health Communication. *Communication Monographs*, 72, 144–168.
- English, A. S., & Li, X. (2021). Mask Use Depends on the Individual, Situation, and Location—Even Without COVID-19 Transmission: An Observational Study in Shanghai. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Ezati Rad, R., Mohseni, S., Kamalzadeh Takhti, H., Hassani Azad, M., Shahabi, N.,

- Aghamolaei, T., & Norozian, F. (2021). Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *21*(1), 466.
- Figliozzi, S., Masci, P. G., Ahmadi, N., Tondi, L., Koutli, E., Aimò, A., Stamatelopoulos, K., Dimopoulos, M.-A., Caforio, A. L. P., & Georgiopoulos, G. (2020). Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Clinical Investigation*, *50*(10), e13362-n/a.
- Fontes, A., Pereira, C. R., Menezes, S., Soares, A., Almeida, P., Carvalho, G., & Arriaga, P. (2022). Predictors of Health-Protective and Helping Behaviors during the Covid-19 Pandemic: The Role of Social Support and Resilience. *Psychological Reports*, 3329412211237–332941221123777.
- Georgieva, I., Lepping, P., Bozev, V., Lickiewicz, J., Pekara, J., Wikman, S., Loseviča, M., Raveesh, B. N., Mihai, A., & Lantta, T. (2021). Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare (Basel)*, *9*(6), 664-.
- 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-.
- Gilan, D., Birkenbach, M., Wossidlo, M., Sprengholz, P., Betsch, C., Hahad, O., & Lieb, K. (2023). Fear of COVID-19 disease and vaccination as predictors of vaccination status. *Scientific Reports*, *13*(1), 8865.
- Gómez-Belda, A. B., Fernández-Garcés, M., Mateo-Sanchis, E., Madrazo, M., Carmona, M., Piles-Roger, L., & Artero, A. (2021). COVID-19 in older adults: What are the differences with younger patients? *Geriatrics & Gerontology International*, *21*(1), 60–65.
- Haischer, M. H., Beilfuss, R., Hart, M. R., Opielinski, L., Wrucke, D., Zirgaitis, G., Uhrich, T. D., & Hunter, S. K. (2020). Who is wearing a mask? Gender-, age-, and location-related differences during the COVID-19 pandemic. *PloS One*, *15*(10), e0240785–e0240785.

- Hamilton, K., Smith, S. R., Keech, J. J., Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2020). Application of the Health Action Process Approach to Social Distancing Behavior During COVID-19. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *12*(4), 1244–1269.
- Hansstein, F. V., & Echeagaray, F. (2018). Exploring motivations behind pollution-mask use in a sample of young adults in urban China. *Globalization and Health*, *14*, 122.
- 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.
- Horner, D. E., Sielaff, A., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2023). The role of perceived level of threat, reactance proneness, political orientation, and coronavirus salience on health behavior intentions. *Psychology & Health*, *38*(5), 647–666.
- Ingram, C., Downey, V., Roe, M., Chen, Y., Archibald, M., Kallas, K.-A., Kumar, J., Naughton, P., Uteh, C. O., Rojas-Chaves, A., Shrestha, S., Syed, S., Cléirigh Büttner, F., Buggy, C., & Perrotta, C. (2021). COVID-19 Prevention and Control Measures in Workplace Settings: A Rapid Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), 7847-.
- Israelashvili, J. (2021). More Positive Emotions During the COVID-19 Pandemic Are Associated With Better Resilience, Especially for Those Experiencing More Negative Emotions. *Frontiers in Psychology*, *12*, 648112–648112.
- Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1713.
- Khan, M., Adil, S. F., Alkhatlan, H. Z., Tahir, M. N., Saif, S., Khan, M., & Khan, S. T. (2020). COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules (Basel, Switzerland)*, *26*(1), 39-.
- Khanal, A., Gc, S., Panthee, S., Paudel, A., Ghimire, R., Neupane, G., Gaire, A., Sitaula, R., Bhattarai, S., Khadka, S., Khatri, B., Khanal, A., Panthee, B., Wasti, S. P., & Gc, V. S. (2022). Fear, Risk Perception, and Engagement in Preventive Behaviors

- for COVID-19 during Nationwide Lockdown in Nepal. *Vaccines (Basel)*, *11*(1), 29-.
- Kutter, J. S., Spronken, M. I., Fraaij, P. L., Fouchier, R. A., & Herfst, S. (2018). Transmission routes of respiratory viruses among humans. *Current Opinion in Virology*, *28*, 142–151.
- Kwon, M., & Yang, W. (2022). Mask-Wearing Behaviors after Two Years of Wearing Masks Due to COVID-19 in Korea: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 14940.
- Leech, G., Rogers-Smith, C., Monrad, J. T., Sandbrink, J. B., Snodin, B., Zinkov, R., Rader, B., Brownstein, J. S., Gal, Y., Bhatt, S., Sharma, M., Mindermann, S., Brauner, J. M., & Aitchison, L. (2022). Mask wearing in community settings reduces SARS-CoV-2 transmission. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS*, *119*(23), e2119266119–e2119266119.
- Lerner, J. S., & Keltner, D. (2000). Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cognition and Emotion*, *14*(4), 473–493.
- Leung, G. M., Lam, T.-H., Ho, L.-M., Ho, S.-Y., Chan, B. H. Y., Wong, I. O. L., & Hedley, A. J. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, *57*(11), 857–863.
- Longtin, Y., Akakpo, C., Rutschmann, O. T., Pittet, D., & Sax, H. (2009). Evaluation of Patients' Mask Use after the Implementation of Cough Etiquette in the Emergency Department. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *30*(9), 904–908.
- Magoc, D., Tomaka, J., Emovon, O., & Mustapha, T. (2023). Psychosocial Factors Predict Mask-Wearing: A Longitudinal Study Across 3 Phases of the COVID-19 Pandemic. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, *60*, 469580231166732.
- Mahalik, J. R., Bianca, M. D., & Harris, M. P. (2022). Men's attitudes toward mask-wearing during COVID-19: Understanding the complexities of mask-ularity. *Journal of Health Psychology*, *27*(5), 1187–1204.
- Mallinas, S. R., Maner, J. K., & Plant, E. A. (2021). What factors underlie attitudes regarding protective mask use during the COVID-19 pandemic? | Elsevier

- Enhanced Reader. *Personality and Individual Differences*, 181(111038), 1–8.
- McNair, O. S., Gipson, J. A., Denson, D., Thompson, D. V., Sutton, M. Y., & Hickson, D. A. (2018). The Associations of Resilience and HIV Risk Behaviors Among Black Gay, Bisexual, Other Men Who Have Sex with Men (MSM) in the Deep South: The MARI Study. *AIDS and Behavior*, 22(5), 1679–1687.
- Mertens, G., Lodder, P., Smeets, T., & Duijndam, S. (2022). Fear of COVID-19 predicts vaccination willingness 14 months later. *Journal of Anxiety Disorders*, 88, 102574.
- Michel, N. M., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. E. (2016). Emotional Distress Tolerance Across Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 94–103.
- Mohammadpour, M., Ghorbani, V., Khoramnia, S., Ahmadi, S. M., Ghvami, M., & Maleki, M. (2020). Anxiety, Self-Compassion, Gender Differences and COVID-19: Predicting Self-Care Behaviors and Fear of COVID-19 Based on Anxiety and Self-Compassion with an Emphasis on Gender Differences. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(3), 213–219.
- Moroń, M., & Biolik-Moroń, M. (2021). Trait emotional intelligence and emotional experiences during the COVID-19 pandemic outbreak in Poland: A daily diary study. *Personality and Individual Differences*, 168, 110348.
- Nelson, B. W., Pettitt, A., Flannery, J. E., & Allen, N. B. (2020). Rapid assessment of psychological and epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample. *PloS One*, 15(11), e0241990–e0241990.
- Nguyen, Q. C., Yardi, I., Gutierrez, F. X. M., Mane, H., & Yue, X. (2022). Leveraging 13 million responses to the U.S. COVID-19 Trends and Impact Survey to examine vaccine hesitancy, vaccination, and mask wearing, January 2021-February 2022. *BMC Public Health*, 22(1), 1911–1911.
- Ning, L., Niu, J., Bi, X., Yang, C., Liu, Z., Wu, Q., Ning, N., Liang, L., Liu, A., Hao, Y., Gao, L., & Liu, C. (2020). The impacts of knowledge, risk perception, emotion and information on citizens' protective behaviors during the outbreak of COVID-19: A cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 20(1), 1751–1751.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and

- COVID-19: Mental health burden and strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(3), 232–235.
- Palmer, C. L., & Peterson, R. D. (2020). Toxic Mask-ularity: The Link between Masculine Toughness and Affective Reactions to Mask Wearing in the COVID-19 Era. *Politics & Gender*, 16(4), 1044–1051.
- Park, T., Ju, I., Ohs, J. E., & Hinsley, A. (2021). Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1859–1866.
- Pavela Banai, I., Banai, B., & Mikloušić, I. (2022). Beliefs in COVID-19 conspiracy theories, compliance with the preventive measures, and trust in government medical officials. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 41(10), 7448–7458.
- Peltzman, S. (1975). The Effects of Automobile Safety Regulation. *Journal of Political Economy*, 83(4), 677–725.
- Quintiliani, L., Sisto, A., Vicinanza, F., Curcio, G., & Tambone, V. (2022). Resilience and psychological impact on Italian university students during COVID-19 pandemic. Distance learning and health. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 69–80.
- Rashtbari, A., & Saed, O. (2020). Contrast avoidance model of worry and generalized anxiety disorder: A theoretical perspective. *Cogent Psychology*, 7(1).
- Renström, E. A., & Bäck, H. (2021). Emotions during the Covid-19 pandemic: Fear, anxiety, and anger as mediators between threats and policy support and political actions. *Journal of Applied Social Psychology*, 51(8), 861–877.
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Saint, S. A., & Moscovitch, D. A. (2021). Effects of mask-wearing on social anxiety: An exploratory review. *Anxiety, Stress, and Coping*, 34(5), 487–502.
- Savadori, L., & Lauriola, M. (2021). Risk Perception and Protective Behaviors During the Rise of the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11.

- 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.
- Seçer, İ., Ulaş, S., & Karaman-Özlu, Z. (2020). The Effect of the Fear of COVID-19 on Healthcare Professionals' Psychological Adjustment Skills: Mediating Role of Experiential Avoidance and Psychological Resilience. *Frontiers in Psychology, 11*.
- Shah, N., Kalwar, M. S., & Soomro, B. A. (2021). Early COVID-19 outbreak, individuals' mask attitudes and purchase intentions: A cohesive care. *Journal of Science and Technology Policy Management, 12*(4), 571–586.
- Shin, N., Lee, K., & Kang, Y. (2021). A Survey Study of Compliance with Mask-Wearing to Prevent Coronavirus Infections among Korean Adults. *Kibon Kanho Hakhoe Chi, 28*(3), 275–285.
- Si, R., Yao, Y., Zhang, X., Lu, Q., & Aziz, N. (2021). Investigating the Links Between Vaccination Against COVID-19 and Public Attitudes Toward Protective Countermeasures: Implications for Public Health. *Frontiers in Public Health, 9*.
- Sim, S. W., Moey, K. S. P., & Tan, N. C. (2014). The use of facemasks to prevent respiratory infection: A literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore Medical Journal, 55*(3), 160–167.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11*(1), 94–101.
- Skalski, S., Uram, P., Dobrakowski, P., & Kwiatkowska, A. (2021). The link between ego-resiliency, social support, SARS-CoV-2 anxiety and trauma effects. Polish adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences, 171*, 110540–110540.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097.
- Sun, L.-X., Chen, L.-L., Chen, W.-Y., Zhang, M.-X., Yang, M.-G., Mo, L.-C., Zhu, J.-J., Tung, T.-H., & Li, F.-P. (2022). Association between health behaviours and the

- COVID-19 vaccination: Risk compensation among healthcare workers in Taizhou, China. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(1), 2029257.
- Syed, Q., Sopwith, W., Regan, M., & Bellis, M. A. (2003). Behind the Mask. Journey through an Epidemic: Some Observations of Contrasting Public Health Responses to SARS. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)*, 57(11), 855–856.
- Tang, C. S., & Wong, C. (2004). Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. *Preventive Medicine*, 39(6), 1187–1193.
- 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–e0246317.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232–102232.
- Tillich, P. (2008). *The Courage to Be*. Yale University Press.
- Wickman, M. E., Anderson, N. L. R., & Smith Greenberg, C. (2008). The Adolescent Perception of Invincibility and Its Influence on Teen Acceptance of Health Promotion Strategies. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(6), 460–468.
- Wulandari, D., Purba, F., Alfikalia, A., Kertamuda, F., Rahmania, T., Sabrina, O., Hidayah, K., & Fatimah, S. (2022). Predictors of face mask use during the COVID-19 pandemic in Indonesia: Application of the health belief model, psychological distress and health motivation. *F1000Research*, 11, 1080.
- Xu, P., & Cheng, J. (2021). 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.
- Yıldırım, M., Geçer, E., & Akgül, Ö. (2021). The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 35–43.
- Yuan, Y., Deng, Z., Chen, M., Yin, D., Zheng, J., Liu, Y., Liu, X., Zou, H., Zhang, C., & Sun, C. (2021). Changes in Mental Health and Preventive Behaviors before and

- after COVID-19 Vaccination: A Propensity Score Matching (PSM) Study. *Vaccines*, *9*(9), 1044.
- Zangmeister, C. D., Radney, J. G., Vicenzi, E. P., & Weaver, J. L. (2020). Filtration Efficiencies of Nanoscale Aerosol by Cloth Mask Materials Used to Slow the Spread of SARS-CoV-2. *ACS Nano*, *14*(7), 9188–9200.
- Zhang, Y. S. D., Noels, K. A., Young-Leslie, H., & Lou, N. M. (2022). “Responsible” or “Strange?” Differences in Face Mask Attitudes and Use Between Chinese and Non-East Asian Canadians During COVID-19’s First Wave. *Frontiers in Psychology*, *13*.
- Zheng, J. (2020). SARS-CoV-2: An Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), 1678–1685.

SITOGRAFIA

- American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2020). *DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 8 marzo 2020*. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2020). *DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 26 aprile 2020*. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/04/27/20A02352/sg>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2022). *ORDINANZA 11 febbraio 2022*. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/02/12/22A01118/sg>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2022). *DECRETO-LEGGE 24 marzo 2022, n. 24*. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/03/24/22G00034/sg>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2022). *ORDINANZA 28 aprile 2022*. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/04/30/22A02726/sg>
- Ipsos. (2021). *L'uso della Mascherina: lo scenario dopo le vaccinazioni e il ritorno alla normalità*. Retrieved from <https://www.ipsos.com/it-it/uso-mascherina-scenario-dopo-vaccinazioni-ritorno-normalita>
- Ministero della Salute. (2020). *Mascherine, le norme tecniche per la produzione*. Retrieved from https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=4361
- Ministero della Salute. (2022). *Covid-19, Ministro Speranza firma ordinanze su mascherine e viaggi esteri*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5890>
- Ministero della Salute. (2022). *Comitato Tecnico Scientifico*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5432&lingua=italiano&menu=vuoto>

- Ministero della Salute. (2023). *Covid-19 - Situazione nel mondo*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5338&lingua=italiano&menu=vuoto>
- Ministero della Salute. (2023). *Cosa sono SARS-CoV-2 e Covid-19*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?id=257&lingua=italiano#1>
- Ministero della Salute. (2023). *Come proteggersi dal Covid-19*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=283>
- Ministero della Salute. (2023). *Vaccini anti Covid-19*. Retrieved from https://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=255
- Ministero della Salute. (2023). *Campagna di vaccinazione anti Covid-19*. Retrieved from <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
- Ministero della Salute. (s.d.). *Che cos'è la Certificazione verde COVID-19*. Retrieved from <https://www.dgc.gov.it/web/checose.html>
- World Economic Forum. (2021). *How will behaviour change after COVID vaccination? New survey reveals post-pandemic trends*. Retrieved from <https://www.weforum.org/agenda/2021/07/ipsos-behaviour-change-covid-vaccine>
- World Health Organization. (2020). *Advice on the use of masks in the context of COVID-19*. Retrieved from <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/OMS-MASK.pdf>