



Università degli Studi di Torino

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Neuropsicologiche

Lo strabismo tra stigma e rappresentazione sociale

Tesi di Laurea

Relatrice

Prof.ssa Bulgarelli Daniela

Candidata

Vettorello Vanessa

Matricola 262034

Anno Accademico 2024/2025

Sommario

Introduzione	3
1. Lo strabismo	4
1.1 Strabismo e visione binoculare	4
1.2 Periodo critico	6
1.3 Eziologia e trattamento dello strabismo	8
2. Qualità della vita, pregiudizio e stigma nello strabismo	12
2.1 Definizione di qualità della vita	12
2.2 Definizione di pregiudizio.....	14
2.3 Definizione di stigma	18
2.4 Qualità della vita nello strabismo.....	20
2.5 Pregiudizio e stigma nello strabismo	25
3. Superare pregiudizio e stigma	30
3.1 Il contatto come strategia per la riduzione del pregiudizio	30
3.2 Strategie sociocognitive per la riduzione del pregiudizio	33
3.3 Strategie di intervento contro lo stigma	35
3.4 La rappresentazione dello strabismo nei media	37
4. Un progetto fotografico sullo strabismo.....	40
4.1 Obiettivi, azioni e strumenti del progetto.....	40
4.2 Cornice culturale di riferimento	42
4.3 Storie e tematiche emerse nel progetto fotografico.....	44
4.4 La storia di Vittoria: dalla diagnosi al recupero della visione binoculare.....	48
4.5 La storia di Daniela: l'operazione chirurgica e il rapporto con la famiglia	52
4.5 Tre storie sullo strabismo accomodativo.....	53
4.6 La storia di Vincenzo dalla diagnosi alla perdita visiva.....	55
4.7 La storia di C.: dalla diagnosi alle strategie di coping	57
4.8 Il video di backstage del progetto.....	60
Considerazioni finali	61
Ringraziamenti	64
Bibliografia.....	66

Introduzione

Questa tesi esplora il tema dello strabismo attraverso la lente della psicologia sociale. Lo strabismo è una condizione visiva che, oltre alle implicazioni cliniche e funzionali, può incidere sulla sfera psicologica e sulle dinamiche relazionali di chi ne soffre. Nonostante l'attenzione medica riservata al trattamento del disturbo, gli aspetti legati al vissuto soggettivo, al pregiudizio sociale e allo stigma rimangono ancora poco indagati e trattati in maniera frammentaria in letteratura.

Il presente elaborato si propone di analizzare la letteratura esistente sul pregiudizio e lo stigma associati allo strabismo ed esplorare possibili strategie di contrasto considerando anche ricerche su altre forme di stigma, come quello legato al peso. Il primo capitolo definisce che cos'è lo strabismo, analizzando come influisce sulla visione binoculare, il suo sviluppo, le principali cause e le possibilità di trattamento. Il secondo capitolo approfondisce i concetti di pregiudizio e di stigma, esaminandone l'impatto sulla qualità della vita e, più specificamente, su quella delle persone con strabismo. Il terzo capitolo delinea le strategie attuali più efficaci per la riduzione del pregiudizio e le pratiche di intervento contro lo stigma, con particolare attenzione alla rappresentazione dello strabismo nei media.

Queste basi teoriche risultano fondamentali per comprendere la genesi e gli intenti del progetto fotografico presentato nel quarto capitolo. Attraverso l'analisi qualitativa dei dati raccolti, vengono illustrati obiettivi, azioni e strumenti del progetto, con l'intento di riflettere in modo critico su come iniziative di questo tipo possano contribuire concretamente alla lotta contro la discriminazione.

1. Lo strabismo

1.1 Strabismo e visione binoculare

Lo strabismo è una patologia visiva che colpisce dal 2% al 4% della popolazione mondiale¹ e non si limita ad essere solo un problema estetico. Consiste in un difetto di allineamento degli assi oculari: le direzioni di sguardo degli occhi sono organizzate in modo da consentire la visione binoculare, ma nello strabismo questa coordinazione è alterata.

La visione binoculare è la capacità di percepire due immagini retiniche come singole e se raggiunge il massimo dell'efficienza si definisce visione stereoscopica.

Durante la fusione delle due immagini il nostro mondo appare come un unicum, come se fosse un occhio frontale posto al centro dei due occhi (Hering, 1868); Helmholtz (1924) lo definisce *occhio ciclopico*. Oggi per spiegare la fusione sarebbe più semplice fare riferimento all'esperienza di vedere un film in 3D (Levi et al., 2015).

«La stereopsi si verifica quando si stimolano simultaneamente elementi retinici disparati» e l'immagine singola percepita è situata nell'area di Panum, cioè l'area di singola visione binoculare (Von Noorden, 1985).

La visione binoculare viene principalmente usata per potere leggere la profondità e le distanze. Seppure non sia l'unica modalità di cui il nostro sistema visivo si serve, stabilire le profondità di più oggetti all'interno di una scena è un problema complesso e la stereopsi aiuta molto in queste circostanze (Howard e Rogers, 2008; Kandel et al., 2012). Inoltre, può influenzare capacità come la lettura (Kulp e Schmidt, 1996; Palomo-Álvarez e Puell, 2010) e la coordinazione oculo-motoria (Grant et al., 2007; Melmoth et al., 2009; Read et al., 2013).

Worth (1903), agli inizi del XX secolo, ha identificato tre livelli di visione binoculare.

La prima fase è la percezione maculare simultanea che consiste nella capacità di entrambi gli occhi di percepire le immagini contemporaneamente, ma non viene fatto nessuno sforzo per mantenere la fusione. La seconda fase, chiamata fusione vera, permette al cervello di combinare le immagini provenienti dai due occhi in una sola. La terza fase, nota come senso della prospettiva, si riferisce alla percezione della profondità e della tridimensionalità.

¹ La diffusione dello strabismo è variabile a seconda dell'area geografica. Un'analisi condotta su 56 studi ha evidenziato che l'esotropia e lo strabismo in generale sono più diffusi nelle Americhe e in Europa, mentre l'exotropia è maggiormente presente in Asia, in particolare in Cina, e in Australia. Un'indagine recente svolta a Hong Kong ha riscontrato una prevalenza del 3,1% tra i bambini di origine cinese (Sanchez e Whitman, 2023).

Campos (1994) afferma che questi concetti sono in parte oggi superati. Worth non ha mai definito la fusione specificamente, ma si suppone parlasse di quella sensoriale, cioè del grado più elevato, grazie ad una disparità dei punti retinici sul piano orizzontale.

Possiamo identificare due tipologie di fusione:

- la fusione motoria che si sviluppa grazie a vergenze, ogni volta che l'attenzione sollecitata da un oggetto forma due immagini retiniche che non si trovano su due punti retinici corrispondenti;
- la fusione sensoriale che avviene quando le immagini dell'oggetto hanno raggiunto punti retinici corrispondenti a livello corticale (Von Noorden, 1985).

È la fusione motoria a permettere il mantenimento della fusione sensoriale e in un soggetto con visione normale le due fusioni sono indissociabili. Nello strabismo le fusioni potrebbero avere canali differenti nelle vie ottiche e comportarsi diversamente (Bagolini e Zanasi, 2007). Possono verificarsi una fusione motoria e una fusione sensoriale anomala causate da una corrispondenza retinica anomala, cioè un fenomeno di adattamento alla deviazione strabica che costituisce una variazione spaziale degli elementi retinici in visione binoculare (Burian, 1951). La soppressione e la corrispondenza retinica anomala sono dei meccanismi di inibizione messi in atto dal sistema visivo in condizioni di anisometropia (significativa differenza di rifrazione tra i due occhi), aniseiconia (discrepanza nella percezione di forma e dimensione tra le immagini retiniche), anomalie neuro-muscolari o cataratta. Questi meccanismi sono considerati fisiologici in età plastica e la loro funzione è l'evitamento della diplopia (visione doppia) o della confusione.

Il meccanismo di soppressione, costante o alternante, costituisce nel bambino una risposta fisiologica volta a eliminare la visione disturbante, determinando di fatto una condizione di visione monoculare. Si tratta di un processo di inibizione attiva delle informazioni visive provenienti dall'occhio deviato, tipico delle forme di strabismo concomitante e paralitico dell'infanzia.

In risposta alla diplopia e la confusione, si può instaurare una forma di adattamento volta a ristabilire una nuova correlazione tra le due retine. In questo contesto, i punti retinici corrispondenti cessano di condividere la stessa direzione visiva, la quale viene invece assunta da punti retinici non corrispondenti. Questo meccanismo comporta una completa riorganizzazione della corrispondenza sensoriale delle due retine e del sistema visivo interrompendo la visione binoculare normale (Von Noorden, 1985).

La corrispondenza retinica anomala tende a instaurarsi nei casi di strabismo in cui l'angolo di deviazione dello strabismo non sia elevato, come evidenziato da Bagolini e Zanasi (2007).

È importante definire che la stereopsi può essere indipendente dalla fusione e la fusione sensoriale non garantisce sempre la presenza di stereopsi (Von Noorden, 1985). Inoltre, un grado di stereopsi grossolana può essere presente in alcune condizioni di diplopia (Daum e McCormack, 2006).

1.2 Periodo critico

Secondo Kandel ogni funzione cerebrale è caratterizzata da una specifica finestra temporale chiamata periodo critico, nel caso della visione nell'uomo, è stimato essere fino ai 7-8 anni, con un picco tra i 6 mesi e i 2 anni (Kandel et al., 2012; Banks et al., 1975).

Più precisamente la visione binoculare sembrerebbe svilupparsi nell'uomo a partire dai due mesi di vita circa (Atkinson e Braddick, 2020; Braddick et al., 1980; Petrig et al., 1981).

Le proprietà retiniche, del corpo genicolato laterale e della corteccia visiva sono in parte già formate alla nascita, ma non maturerebbero correttamente se non intervenisse un fattore ambientale, cioè l'esperienza visiva in un dato periodo di sensibilità (Hubel, 1988; Maffei e Mecacci, 1979).

Hubel e Weiser (2005) hanno svolto degli studi fisiologici sul gatto e sulla scimmia per indagare come l'esperienza possa influenzare l'organizzazione strutturale e funzionale dei circuiti neurali. In uno studio hanno cresciuto una scimmia dalla nascita fino a sei mesi privandola della visione da parte di un occhio. Quando tolsero la sutura, l'occhio risultò completamente cieco e le cellule nella corteccia visiva apparirono alterate. Normalmente la maggior parte dei neuroni corticali è sensibile agli stimoli binoculari, mentre negli animali privati della vista, la maggior parte dei neuroni corticali non rispondono, in modo irreversibile, agli stimoli provenienti da quell'occhio. I ricercatori hanno poi ripetuto l'esperimento, in tempi e momenti differenti, dimostrando che la deprivazione sensoriale nei primi stadi di sviluppo modifica la struttura della corteccia cerebrale. Nel primo caso, si osservava che nei primi due mesi di vita la privazione visiva provocava una perdita temporanea delle risposte neurali, ma questo danno era reversibile se l'occhio privato della vista veniva riaperto e utilizzato, mentre l'altro veniva occluso. Se la privazione avveniva nei mesi immediatamente successivi, allora la perdita diventava irreversibile; mentre negli adulti, anche dopo lunghi periodi di deprivazione, non si osservavano cambiamenti.

La deprivazione visiva causerebbe l'espansione delle colonne di dominanza oculare di un occhio rispetto all'altro, seguendo il modello di interazione sinaptica di Hebb. È stato sperimentato anche uno strabismo indotto chirurgicamente nei gatti che ha portato a risultati simili a livello neuronale dovuti al meccanismo di soppressione (Hubel e Weiser, 2005; Kandel et al., 2012).

La ridotta acuità visiva all'interno del periodo plastico, indipendente da cause organiche e non correggibile con mezzi ottici, è chiamata ambliopia (Campos, 1995; Von Noorden, 1995).

Una ricerca condotta dal *National Eye Institute* ha dimostrato che l'ambliopia è la causa principale di cecità monoculare (Flynn et al., 1998; Sachsenweger, 1968).

Ambliopia e strabismo sono legati. Lo strabismo può provocare l'ambliopia, ma anche un'ambliopia dovuta ad un'anisometria può favorire l'insorgenza dello strabismo, specialmente se sono presenti fattori anatomici che facilitano la deviazione (Bagolini e Zanasi, 2007).

Secondo la letteratura, la plasticità cerebrale, cioè la capacità di strutturare e ristrutturare le connessioni cerebrali attraverso l'esperienza, si ridurrebbe tra gli 8 e i 12 anni; prima dei 7 anni gli interventi trattamentali avrebbero più successo (Fronius et al., 2014). In generale la prevenzione in giovane età è fondamentale perché un trattamento precoce può influire efficacemente sull'ambliopia (Eibschitz-Tsimhoni et al., 2000).

Ci sono però degli studi recenti che dimostrano che si può indurre una plasticità oltre il periodo critico negli adulti con un input adeguato (Levi et al., 2012; Baroncelli et al., 2011; Hess et al., 2014).

Il trattamento d'elezione per l'ambliopia nell'infanzia è l'occlusione che viene realizzata coprendo l'occhio dominante, questo richiede una grande pazienza e impegno da parte delle famiglie. È importante correggere l'errore rifrattivo, anche se soltanto in una bassa percentuale di casi risulta sufficiente come trattamento (Clarke et al., 2003; Moseley et al., 2002). Esistono recenti studi che valutano la possibilità di terapia attraverso video game e software dedicati (Papageorgiou et al., 2019).

Un importante distinguo sul legame tra ambliopia e strabismo è lo strabismo alternante, il quale è caratterizzato dalla più elevata capacità di soppressione. Grazie alla possibilità, però, di alternare lo strabismo da un occhio all'altro, lo sviluppo corticale è corretto e si esclude l'ambliopia. Nelle forme di ambliopia sostenute da uno strabismo, è richiesta una rigida terapia preoperatoria per ottenere l'alternanza di fissazione, prima dell'intervento chirurgico (American Academy of Pediatrics, 2008; Nucci et al., 2005).

1.3 Eziologia e trattamento dello strabismo

Von Noorden (1995) afferma che non esista una sola causa, ma esistano una molteplicità di ragioni che possono condurre ad una deviazione come ad esempio anomalie meccaniche, anomalie nel sistema di convergenza e divergenza, nell'accomodazione, nei difetti di rifrazione degli occhi come miopia e ipermetropia.

Per Bagolini e Zanasi (2007) esistono delle forme ereditarie; secondo l'*Hereditary strabismus study* lo strabismo ha una diffusione tra il 2,5% e il 4% in Europa e America, ma la percentuale si alza del 14-52% nelle famiglie in cui è presente un componente che soffre di strabismo.

Atkinson e collaboratori (2007) definiscono l'ipermetropia come il più importante precursore per lo strabismo esotropico, ma identificano, come fattori di rischio generali per lo strabismo: il peso basso alla nascita, la nascita prematura, l'esposizione della madre a fumo e droghe durante la gravidanza, l'età avanzata della madre e problemi neurologici. Molte sindromi genetiche, inoltre, possono includere lo strabismo come caratteristica, come la Sindrome di Down.

Le tipologie di strabismo sono molte, qui elencherò solo le categorizzazioni principali.

Si può distinguere tra: strabismo concomitante (determinata dalla distanza di fissazione e uguale in tutte le direzioni dello sguardo) e strabismo paralitico (quando i muscoli mostrano paralisi); strabismo latente (eteroforia) o manifesto (eterotropia); strabismo acquisito o congenito (strabismo della prima infanzia); esodeviazioni (verso l'interno) ed exodeviazioni (verso l'esterno).

Uno schema di tutte le tipologie esaustivo non è mai stato realizzato, se si analizzano solo le esodeviazioni, esse includono: lo stato di concomitanza, la presenza di adattamenti sensoriali, l'età del paziente iniziale, le modalità con cui è iniziato, l'ampiezza dell'angolo dello strabismo, la distanza di fissazione, se unilaterale o alternante. In molti casi le tipologie di strabismo si possono sovrapporre, probabilmente per questo non sono mai state classificate accuratamente. Ad esempio, in casi di esotropia congenita ci possono anche essere problematiche accomodative (Von Noorden, 1995).

La complessità legata alla classificazione dipende anche dal fatto che non esistano paradigmi universali e accordi interdisciplinari sulle definizioni. Inoltre, i ricercatori provengono da aree di studio molto diverse includendo oftalmologia, optometria, psicologia, psichiatria, neurologia, otorinolaringologia, neurobiologia, psicofisica, ingegneria, matematica e altre (Hertle, 2002).

Qui una classificazione delle esodeviazioni realizzata a scopi didattici (Von Noorden, 1995).

Tabella 1.1. Classificazione delle esodeviazioni (1995)

I.	Esodeviazioni concomitanti
A.	Accomodativa
1.	Refrattiva (rapporto AC/A normale)
2.	Non refrattiva (rapporto AC/A elevato)
3.	Parzialmente accomodativa
B.	Non accomodativa
1.	Congenita (dalla nascita a sei mesi)
2.	Acquisita
a.	Essenziale
b.	Non accomodativa da eccesso di convergenza
c.	Esotropia nella miopia
d.	Esotropia acuta
e.	Insufficienza di divergenza
f.	Esotropia ciclica
C.	Microtropia
D.	Sindrome da blocco del nistagmo
II.	Esodeviazioni incomitanti
A.	Paralitica
B.	Non paralitica
1.	Sindromi alfabetiche
2.	Fibrosi congenita o acquisita
3.	Sindrome da retrazione di Duane
III.	Esodeviazioni secondarie
A.	Sensoriale
B.	Consecutiva

Il trattamento dello strabismo può utilizzare più modalità: la correzione rifrattiva con occhiali, bifocali, lenti prismatiche; il trattamento farmacologico come i farmaci anticolinesterasici nella miastenia gravis e i miotici; i trattamenti ortottici; l'occlusione nel caso di ambliopia e il trattamento chirurgico. Non sono trattamenti intercambiabili e seppure molte forme di strabismo abbiano ancora un'eziologia poco chiara, l'analisi dei singoli casi ha permesso di elaborare principi utili per definire le strategie terapeutiche. Per Von Noorden una teoria valida è che le deviazioni possano avere origine statica (meccanica), dinamica (innervazionale) o essere una combinazione di entrambe. I fattori statici richiedono un intervento chirurgico, mentre quelli dinamici possono essere gestiti con metodi non invasivi.

Per mancanza di una chiara comprensione di questi principi, a volte vengono eseguiti interventi inutili, oppure vengono prolungati trattamenti ortottici inefficaci, quando una combinazione di intervento chirurgico e terapia riabilitativa sarebbe più adatta in alcuni casi (Von Noorden, 1995).

Un esempio è l'esotropia refrattiva puramente accomodativa, che non deve essere trattata chirurgicamente (Von Noorden, 1985). Invece, nei casi in cui sia solo parzialmente accomodativa ci può essere il bisogno di un'operazione chirurgica oltre al trattamento ottico (Lembo et al. 2019). Un altro esempio sono i casi di esotropia secondaria dovuti a un indebolimento del muscolo retto mediale, può essere utile la terapia ortottica, ma se la deviazione è ampia sarà necessaria l'operazione. Nel trattamento ottico, l'uso di occhiali ha due funzioni principali: fornire un'immagine nitida sulla retina, fondamentale per lo sviluppo visivo nei bambini piccoli, e contribuire all'equilibrio tra accomodazione e convergenza (Von Noorden, 1985).

Nella storia dello strabismo i trattamenti ortottici sono stati usati indiscriminatamente. Negli anni '80 in cui la teoria dominante sembrava essere quella di Chavasse, basata sulla riflessologia (influenzata dalle teorie di Pavlov), si credeva che la fusione dipendesse da riflessi condizionati legati all'uso degli occhi scrivono Bagolini e Zanasi (2007); Worth credeva invece nell'assenza congenita della fusione all'origine dello strabismo. Ci sono state molte speculazioni e teorie difficilmente dimostrabili. Non vi sono certezze diagnostiche a definire se la fusione sia assente alla nascita, danneggiata dallo stesso strabismo, da fattori infettivi o di altra natura. Bagolini e Zanasi (2007) si basano quindi sull'esperienza clinica secondo cui gli strabismi congeniti, i casi di ambliopia profonda e i casi in cui si sia instaurata una forte anomalia di corrispondenza siano irrecuperabili da un punto di vista funzionale, mentre gli strabismi acquisiti possono essere recuperabili quando la fusione ha avuto la possibilità di svilupparsi nelle prime fasi di vita. È importante considerare un altro aspetto: molte forme di strabismo possono comunque ottenere attraverso il trattamento chirurgico «una microtropia secondaria con una binocularità anomala non trascurabile» (Bagolini e Campos, 1983).

Il valore anamnistico è fondamentale, è necessario capire se lo strabismo sia insorto prima o dopo i primi 6-7 mesi di vita, se ci siano state delle complicanze subito dopo il parto, se sia stato intermittente o costante dall'inizio, se il bambino vedesse doppio agli inizi della deviazione. Ad esempio, il bambino non ha coscienza della visione doppia, ma tende a chiudere l'occhio che devia (Bagolini e Zanasi, 2007).

La prevenzione ha un ruolo fondamentale nel trattamento dell'ambliopia e dello strabismo, perché il trattamento precoce può incidere favorevolmente sul recupero funzionale. Le linee

guida identificano due momenti di screening: alla nascita e tra i due e i tre anni, ma in caso di familiarità, o se si nota un problema visivo, anche una visita a pochi mesi può essere effettuata. Attualmente dal Servizio Sanitario Nazionale non è previsto nessun programma di screening per l'ambliopia o lo strabismo, la gestione è demandata alle regioni. È previsto solamente il test del riflesso rosso che valuta l'opacità del cristallino. Dovrebbe essere usato in tutti i reparti di neonatologia per escludere tumori, distacchi di retina, ma soprattutto la cataratta congenita.

Dal 2000 *l'American Academy of Pediatrics* raccomanda che tutti i neonati vengano sottoposti a un test visivo da parte di un medico specializzato entro i primi due mesi di vita. Negli ultimi dieci anni in Italia, alcune Regioni come Lombardia, Toscana e Umbria, hanno introdotto misure per implementare le visite. Dal 2017, con l'introduzione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), lo screening neonatale per individuare precocemente la cataratta congenita e le ipoacusie è diventato obbligatorio. Ad oggi si può apprezzare una buona diffusione del test. Il problema principale è che il test del riflesso rosso è un test che non valuta tutte le patologie visive, solo un controllo visivo completo alla nascita, compiuto da personale specializzato, potrebbe farlo (Cruciani, 2022).

Negli ultimi vent'anni il mondo dello strabismo è cambiato grazie a innovazioni come la diagnostica assistita dall'intelligenza artificiale, tecniche chirurgiche poco invasive, una maggiore attenzione agli effetti psicosociali e alle correlazioni con malattie sistemiche. Gli approcci multidisciplinari che integrano la pratica clinica con le dimensioni psicologiche e sociali dello strabismo possono essere un importante tema da tenere in considerazione per la ricerca futura e nel trattamento dello strabismo (Xiu et al., 2025).

2. Qualità della vita, pregiudizio e stigma nello strabismo

2.1 Definizione di qualità della vita

Lo strabismo può avere conseguenze nell'ambito psico-sociale e impattare sulla qualità della vita delle persone che ne soffrono.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità della vita negli adulti come la percezione che l'individuo ha della propria posizione all'interno del mondo. È valutata tenendo conto del contesto culturale, del sistema di valori, dei propri obiettivi, delle aspettative, delle preoccupazioni e dello standard di vita (Divisione della Salute Mentale, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1995).

La qualità della vita può essere valutata in diversi ambiti: il benessere fisico, la salute mentale, i fattori ambientali, le relazioni sociali, il dolore, i modelli abitativi, i trasporti, le condizioni economiche e l'accesso a beni essenziali come il cibo, l'assistenza sanitaria e l'istruzione. La qualità della vita correlata alla salute valuta nel dettaglio l'impatto della malattia e del trattamento sul benessere complessivo dell'individuo. Il concetto di salute ha attraversato un cambio di paradigma, grazie alla definizione del 1946 proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità che passa da una concezione prettamente biomedica all'inclusione di attributi multidimensionali e soggettivi (Paro et al., 2010).

Nel cercare di definire al meglio i confini dei propri studi, la qualità della vita correlata alla salute è stata definita come la percezione del paziente dell'effetto funzionale di una malattia e della sua terapia (Schipper et al., 1996) e indaga il funzionamento fisico, emotivo e sociale (Patrick e Guyatt, 2013).

La qualità della vita correlata alla salute comprende una serie di attributi. È multidimensionale, soggettiva, dinamica, tende a essere definita in termini di stato percepito o valutazione soggettiva e coinvolge l'esperienza sia positiva che negativa (Gurková, 2011).

Le origini della ricerca sul tema si trovano nel lavoro sui pazienti oncologici di Karnofsky e Burchenal, che nel 1949, hanno realizzato una ricerca in cui i pazienti venivano valutati da un osservatore che assegnava loro un punteggio tra 0 (morto) e 100 (nessuna evidenza di malattia, in grado di svolgere attività normali e lavorare). Nonostante questo lavoro rappresenti un passo importante verso la considerazione della prospettiva del singolo paziente nel trattamento, le valutazioni effettuate dai medici non prevedevano il coinvolgimento diretto dei pazienti e, purtroppo, raramente coincidevano con le percezioni soggettive di questi ultimi (Petersen et al.,

2006). Attualmente è diventata pratica abituale considerare il punto di vista del paziente anche attraverso risposte dirette che non vengono interpretate dai medici o altre figure (Morgan e McGee, 2013).

Sono stati identificate cinque tipologie di misure della qualità della vita: generiche, specifiche per malattia o popolazione di pazienti, specifiche per dimensione, individualizzate e di utilità (Garratt et al., 2002). Alcune delle misure generiche sono il Sickness Impact Profile, il Nottingham Health Profile, il SF-36, e il WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), cioè l'indicatore di qualità della vita formulato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Gli strumenti WHOQOL sono stati sviluppati in modo transculturale e riflettono l'impegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità verso una visione integrata della salute. Il WHOQOL-100 fornisce punteggi per diversi domini (fisico, psicologico, autonomia, relazioni sociali, ambiente, spiritualità, religione e convinzioni personali), oltre che per 24 sfaccettature specifiche (ad esempio, sonno e riposo, supporto sociale, supporto finanziario). La versione breve, il WHOQOL-BREVE composto da 26 item, indaga quattro aree che rappresentano il costrutto di qualità della vita: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente.

Tabella 2.1. Le aree e le sezioni del WHOQOL-BREVE (2000)

Area I - Area fisica	Area III - Area dei rapporti sociali
1. Dolore e disagio	14. Relazioni interpersonali
2. Energia e stanchezza	15. Supporto sociale
3. Sonno e riposo	16. Attività sessuale
4. Abilità di spostarsi	Area IV - Area dell'ambiente
5. Attività della vita quotidiana	17. Sicurezza ed incolumità fisica
6. Dipendenza da farmaci o da altri trattamenti	18. Ambiente domestico
7. Capacità lavorativa	19. Risorse finanziarie
Area II - Area psicologica	20. Assistenza sanitaria e sociale: disponibilità e qualità
8. Emozioni positive	21. Opportunità di acquisire nuove conoscenze ed abilità
9. Capacità di ragionamento, apprendimento, memoria	22. Partecipazione ed opportunità ricreative e di svago
10. Autostima	23. Ambiente fisico: (inquinamento, rumore, traffico, ecc..)
11. Immagine corporea ed aspetto esteriore	24. Trasporti
12. Emozioni negative	25. Qualità della vita in generale
13. Spiritualità/Religione/Convinzioni personali	26. Salute in generale

Alcune ricerche hanno evidenziato il legame tra discriminazione e una scarsa qualità della vita correlata alla salute sia nell'area psicologica (Carr e Friedman, 2005; Schafer e Ferraro, 2011) che fisica (Ebnetter e Latner, 2013).

2.2 Definizione di pregiudizio

Gordon Allport (1954) fu il primo a definire il pregiudizio come una generalizzazione attraverso cui una valutazione negativa viene estesa a tutti i componenti di un gruppo sociale assumendo forme discriminatorie esplicite. Questa definizione è limitata, ma molte delle intuizioni di Allport risultano ancora valide.

A partire dagli anni Venti del Novecento si iniziò a giudicare le ostilità verso le minoranze come irragionevoli (Duckitt, 1992, citato in Brambilla e Sacchi, 2022) e si possono identificare tre fasi dello studio del pregiudizio.

La prima vede il pregiudizio come espressione di una personalità patologica (Adorno, 1950, citato in Brambilla e Sacchi, 2022) e divenne popolare nella psicologia degli anni Cinquanta. Ci fu un grande lavoro psicometrico orientato ad individuare le misure oggettive del pregiudizio che produsse la scala F, costituita da 30 item, in grado di misurare diversi aspetti della personalità autoritaria. Il rapporto tra personalità autoritaria e pregiudizio presentava delle debolezze, però, perché le correlazioni tra queste ultime non risultavano significative e lasciavano pensare che quindi potessero esserci altri fattori determinanti non considerati. Inoltre, ci furono delle contestazioni metodologiche sul campione rappresentativo della popolazione e il modello di Adorno non risultò in grado di spiegare la genesi del pregiudizio. Seppure le concezioni di Adorno risultino oggi superate, le differenze individuali possono avere ancora un ruolo nello studio del pregiudizio. Possiamo distinguere differenze individuali immutabili determinate dalla genetica, quelle legate alla personalità come parzialmente modificabili e altre modellabili dall'ambiente sociale, come le credenze che un individuo ha sul mondo. Il pregiudizio dovrebbe presupporre un'ottica integrata attraverso le dimensioni biologiche, psicologiche e psicosociali (Roccato, 2022).

Dagli anni Sessanta ai Novanta il pregiudizio è stato considerato una conseguenza dei normali processi cognitivi e motivazionali. Sono ritenute importanti la categorizzazione sociale, l'appartenenza al gruppo e l'identità sociale per l'attivazione della discriminazione verso l'outgroup. L'ingroup indica il gruppo di appartenenza di un individuo e l'outgroup si riferisce ai gruppi sociali esterni a cui l'individuo non appartiene (Brambilla e Sacchi, 2022).

La categorizzazione sociale è una strategia di semplificazione che rappresenta un processo fisiologico per la conoscenza del mondo (Bruner, 1957, citato in Brambilla e Sacchi, 2022) ed è il precursore di ogni forma di pregiudizio. Il pregiudizio diventa quindi un processo ordinario non più legato ad una particolare struttura di personalità. Nei primi anni Settanta Tajfel (1972) ipotizza che la categorizzazione sia una condizione necessaria, ma non sufficiente e considera importante il ruolo dell'appartenenza al gruppo. Gli individui hanno bisogno di appartenere ad un gruppo, ma anche di valutare i gruppi per trovare elementi distintivi che aiutino a definire la propria identità.

Gli anni Sessanta e Settanta sono anni di battaglie politiche e sociali per il riconoscimento dei diritti. Questi mutamenti hanno influenzato l'espressione manifesta del pregiudizio portando a forme più indirette ed implicite. Dagli anni Novanta ad oggi il pregiudizio viene inquadrato in una natura multidimensionale ed inteso come un atteggiamento complessivo caratterizzato da un nucleo di credenze correlato a specifici sentimenti e condotte discriminatorie (Dovidio e Gaertner, 1996; Fiske, 1998).

È composto da una componente cognitiva che è il prodotto della categorizzazione sociale, favorisce l'attivazione di stereotipi sociali ripetitivi e resistenti nel tempo. Il pregiudizio è composto anche da una componente emotiva che dipende dalla relazione tra gruppi, talvolta anche ambivalente, e da condotte discriminatorie che dipendono fortemente dalle emozioni suscitate dall'outgroup. La categorizzazione è un processo di semplificazione della complessità e assolve ad importanti funzioni adattive. Gli esseri umani hanno limitate capacità di attenzione, elaborazione, memoria e la quantità di informazioni è impossibile da gestire a livello cognitivo. Per affrontare un livello così ampio di complessità, la categorizzazione opera una semplificazione che si fonda su processi di astrazione e generalizzazione (Brambilla e Sacchi, 2022).

Già a 9 mesi i bambini e le bambine considerano che esemplari con lo stesso nome condividano le stesse caratteristiche e si concentrano sulle differenze tra esemplari con etichette linguistiche differenti (Havy e Waxman, 2016). Se la categorizzazione di animali, oggetti, stimoli fisici può essere neutra, la categorizzazione sociale non lo è perché implica una serie di processi motivazionali e affettivi che influenzano la relazione tra i gruppi (Tajfel, 1979).

La categorizzazione sociale attiva meccanismi che favoriscono l'ingroup bias, ovvero la percezione dei membri del proprio gruppo come omogenei. Questo rafforza le generalizzazioni alla base del pregiudizio e porta ad attribuire agli individui dell'outgroup caratteristiche tipiche della categoria. Questo processo inferenziale permette di inferire gli attributi di un individuo dell'outgroup, anche in assenza di informazioni specifiche. Gli stereotipi sono rappresentazioni

semplificate che attribuiscono tratti, valori e comportamenti specifici a un gruppo sociale, estendendoli a tutti i suoi membri. Anche se questi meccanismi sono soggetti a numerosi errori e portano a perpetrare pratiche discriminatorie, vengono usati perché sono utili e guidano le azioni rapidamente. Gli stereotipi hanno una funzione descrittiva perché qualificano i loro membri, forniscono un supporto nella pianificazione della risposta comportamentale, mantengono lo status quo sociale nelle gerarchie di potere e veicolano un'immagine positiva dell'ingroup (Sacchi e Brambilla, 2022).

A livello cognitivo si possono individuare dei meccanismi cognitivi legati alla categorizzazione sociale. Hamilton e Gifford (1976) individuarono la correlazione illusoria come uno dei possibili meccanismi alla base della formazione di stereotipi, cioè un bias che porta a percepire una correlazione tra due eventi non connessi tra di loro ed è collegato anche all'assunto della condivisione di distintività, secondo cui due stimoli sono associabili più strettamente se sono insoliti. La tendenza allo stereotipo a non modificarsi nel tempo è correlata invece al confirmation bias, cioè la tendenza degli individui a non considerare i dati che contraddicono la loro ipotesi. Inoltre, il behavioral confirmation ha un ruolo nel perpetuarsi degli stereotipi, quando gli stereotipi influenzano la risposta delle persone che arrivano ad agire in modo congruente con le aspettative degli altri generando un circolo vizioso; la profezia che si autoavvera può essere alla base di questi comportamenti. Il pregiudizio contemporaneo ha quattro caratteristiche principali: l'automaticità, l'ambiguità, la natura indiretta e l'ambivalenza (Brambilla e Sacchi, 2022).

I processi automatici operano al di fuori del dominio della consapevolezza, sono processi efficienti perché garantiscono un basso impiego di risorse cognitive. Gli stereotipi sociali fanno parte del tessuto sociale e sono delle risorse immediatamente disponibili che si attivano automaticamente. Operano fin dall'infanzia e la categorizzazione sociale può anche essere molto precoce, ad esempio ci sono degli studi sul pregiudizio di persone con obesità in età prescolare (Kornilaki, 2015).

Il modello della dissociazione di Devine (1989) si basa su questi assunti. L'attivazione degli stereotipi avviene in modo automatico alla presenza di un gruppo sociale; tuttavia, l'emissione di risposte non pregiudizievoli richiede l'intervento di due processi cognitivi intenzionali: l'inibizione delle risposte stereotipiche negative e l'attivazione controllata di risposte alternative prive di pregiudizio. Ne deriva quindi che le persone con alto e basso pregiudizio conoscono gli stereotipi sociali, ma è la motivazione a controllare la loro attivazione automatica.

Le persone possono comportarsi in modo discriminatorio anche senza rendersene conto e credendo di essere imparziali. Alcuni individui, infatti, pur credendo in ideali di uguaglianza e provando empatia per chi subisce discriminazioni, possono inconsciamente nutrire pensieri e atteggiamenti negativi verso gruppi sociali diversi dal proprio. La categorizzazione sociale etnica mostra spesso queste problematiche. In situazioni sociali in cui la risposta normativamente appropriata è chiara non hanno problemi, ma quando la situazione è più ambigua i razzisti riluttanti possono mettere in pratica delle pratiche discriminatorie. Per esempio, in un processo di selezione lavorativa quando le competenze sono altamente qualificanti non vengono operate scelte discriminatorie, ma quando ci sono due candidati con pari qualifiche, la scelta corretta diventa più ambigua e può emergere un pregiudizio a favore dei candidati bianchi. Gli studi sul comportamento prosociale hanno evidenziato che i cittadini bianchi statunitensi tendono a prestare minore assistenza ai loro connazionali neri, quando esistono condizioni che consentono di razionalizzare tale scelta, come nei casi in cui l'aiuto richiesto comporti un impegno considerato eccessivo in termini di fatica, durata o rischio. Le conseguenze diventano ancora più gravi nell'ambito della salute, esistono studi che prendono in considerazione le scelte dei medici bianchi verso i pazienti neri. Attraverso metodi di misurazione indiretta si è osservato che le prescrizioni di antidolorifici sono minori, la qualità delle cure è inferiore e il tempo dedicato ai pazienti neri più limitato (Brambilla e Durante, 2022).

Kinder e Sears (1981) sono stati i primi ad indagare la natura indiretta e forme di razzismo simbolico, una forma di razzismo in cui vi sono delle convinzioni alla base per cui si nega che la discriminazione razziale sia ancora presente, si minimizza e le disuguaglianze razziali vengono giustificate in termini di merito senza riconoscere le responsabilità del sistema. È una nuova forma di razzismo, contrapposta alla tradizionale, che va indagata differentemente come nella scala del razzismo moderno di McCohanay (1986) legata alla realtà americana. In Europa una distinzione analoga è stata teorizzata da Pettigrew e Meertens (1995), citato in Brambilla e Sacchi (2022), che hanno distinto forme manifeste e sottili di discriminazione.

Le ricerche recenti riconoscono il pregiudizio come ambivalente, cioè caratterizzato da opinioni contemporaneamente positive e negative verso lo stesso oggetto. Glick e Fiske (2002) hanno descritto un'ambivalenza complementare, in cui gli aspetti positivi sostengono il pregiudizio rafforzando le disuguaglianze e mascherando le componenti negative, contribuendo così a mantenere la divisione tra gruppi (Czopp et al., 2015).

2.3 Definizione di stigma

A partire dagli anni Settanta, la ricerca ha cominciato a prendere in considerazione anche la prospettiva delle persone oggetto di stereotipi, evidenziando gli effetti delle credenze stereotipiche su chi è vittima di pregiudizio. Nel 1963 viene coniato il termine stigma dal sociologo Goffman la cui definizione indica una qualsiasi caratteristica personale che discredita chi la possiede. Gli attributi possono essere di tre tipologie: la categoria delle imperfezioni di carattere (*character blemish*), le difformità fisiche (*body abomination*) e l'appartenenza a gruppi etnici, religiosi o in generale svantaggiati (*tribal stigma*). Modelli successivi hanno reso più complessa la categorizzazione, perché non tutti i gruppi svantaggiati danno origine a processi di stigmatizzazione di uguale diffusione (Galdi e Tomasetto, 2022).

Diversi attributi stigmatizzati hanno dimostrato di incidere sulla salute e il benessere attraverso una serie di meccanismi come l'accesso limitato alle risorse (Hatzenbuehler, 2016), l'isolamento sociale (Pachankis, 2007), la disregolazione affettiva e l'adattamento (Hatzenbuehler, 2009), nonché l'esposizione allo stress (Major e O'Brien, 2005).

Nel rapporto tra stigma e salute, Pachankis e collaboratori (2018) hanno identificato 93 attributi stigmatizzanti collegati a sei dimensioni descritte da Jones (1984) associati ad un peggioramento della salute.

La psicologia sociale ha identificato quattro processi attraverso cui i fenomeni di stigma possono essere correlati a peggiori condizione di salute: lo stigma agito, è costituito dall'insieme dei comportamenti che possono danneggiare gli individui oggetto di stigma; lo stigma subito che influenza l'esperienza psicologica di chi lo subisce innescando processi emozionali potenzialmente dannosi per la salute; lo stigma anticipato che rappresenta l'aspettativa di potere essere giudicato ed innescare le stesse risposte emozionali, neuroendocrine e comportamentali associate alle esperienze reali; lo stigma interiorizzato che associato ad alcuni attributi può essere così pervasivo da essere incorporato dall'individuo oggetto di stigma attribuendo a se stesso o altri gli stessi tratti attribuiti al gruppo sociale (Major, 2018, citato in Galdi e Tomasetto, 2022).

Lo stigma relativo al peso è uno dei più pervasivi e normalizzati dalla società perché rientra in due categorie fondamentali teorizzate da Goffman (1963): la *body abomination* e il *character blemish*. Quest'ultima categoria identifica le persone con obesità ritenute incapaci di gestire il rapporto con il cibo, prive di forza di volontà, autocontrollo e inaffidabili. Sicuramente il peso può costituire un rischio per numerose patologie, ma è proprio lo stigma agito, subito, anticipato e interiorizzato che ha un ruolo fondamentale nel rapporto tra peso corporeo e salute. Lo stigma

agito può essere rappresentato da due processi, quello istituzionale, cioè stereotipi negativi possono essere collegati a opposizioni al finanziamento pubblico di trattamenti medici e interpersonale, cioè tutte le manifestazioni di derisione, ostilità verbale, relazionale e fisica (Galdi e Tomasetto, 2022).

Lo stigma subito è legato agli effetti di condotte discriminatorie dalle più sottili alle più esplicite che rappresentano un costo emotivo e possono intaccare l'autostima. Le esperienze di stigmatizzazione attivano delle risposte di stress a livello dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema nervoso autonomo. Nei gruppi stigmatizzati si rilevano alterazioni nella risposta neuroendocrina, nella reattività dell'apparato cardiovascolare e nella funzionalità infiammatoria e immunitaria. A livello cognitivo la risposta di stress focalizza l'attenzione sulla minaccia e una riduzione dell'efficienza di processi di controllo delle funzioni esecutive, della capacità di pianificazione e gestione del comportamento alimentare. A livello comportamentale alcune strategie possono essere disfunzionali come l'evitamento di contesti in cui si fa attività fisica dopo episodi di derisione o aggressione o il consumo consolatorio del cibo che possono portare all'insorgenza di problemi alimentari (Galdi e Tomasetto, 2022).

Lo stigma anticipato presuppone la consapevolezza di poter ricevere giudizi o di potere essere vittima di episodi di discriminazione in ogni momento, la consapevolezza attiva una risposta anticipatoria di stress simile a quella attivata da episodi reali. Studi sperimentali dimostrano che basti mostrare video o testi che parlano di obesità per attivare comportamenti compensatori come, ad esempio, mangiare degli spuntini ipercalorici lasciati intenzionalmente a disposizione sul tavolino del laboratorio (Major et al., 2014). La paura di essere derisi può avere degli effetti anche sul numero di screening o visite di prevenzione (Puhl et al., 2020). Lo stigma interiorizzato può comportare episodi di autocolpevolizzazione e l'interiorizzazione dello stigma può influenzare la sedentarietà, la difficoltà a seguire delle diete e disturbi del comportamento alimentare, è anche associato a minore efficacia dei trattamenti terapeutici (Pearl e Puhl, 2018). Il modello della minaccia dello stereotipo di Steele e Aronson (1995) analizza il problema della performance dal punto di vista degli individui stigmatizzati. Gli stereotipi diventano quindi una sorta di reputazione di gruppo e in situazioni diagnostiche si produce il timore di confermare con la propria prestazione uno stereotipo avanzato nei loro confronti. Ad esempio, nello studio di Davies e collaboratori (2002), partecipanti maschi e femmine sono stati sottoposti ad un test di matematica. Il gruppo di controllo, prima del test, vedeva uno spot con riferimenti commerciali neutri, mentre il gruppo sperimentale vedeva uno spot pubblicitario in cui la protagonista incarnava uno stereotipo classico femminile. I partecipanti maschi hanno avuto risultati molto simili in entrambe le situazioni, mentre le donne

hanno subito un calo di prestazione ed espresso minore interesse lavorativo futuro in professioni scientifiche. Le condizioni necessarie per cui la minaccia possa dare luogo a cali di prestazione è che lo stereotipo debba essere saliente, pertinente rispetto al compito, conosciuto da tutti i gruppi e il compito debba essere difficile (nei compiti facili non si verifica calo di prestazione). Ripetuti episodi di minaccia dello stereotipo possono condurre alla disidentificazione, cioè al distacco, come ad esempio le donne che abbandonano il campo scientifico. La sensibilità rispetto alla minaccia può comunque essere influenzata da caratteristiche personali e variabili psicologiche come la motivazione a raggiungere ottimi risultati, il grado con cui l'individuo si identifica con il gruppo di appartenenza e il giudizio di importanza della situazione che influiscono negativamente sulla performance (Spencer et al., 2016). Esistono strategie attive per combattere il pregiudizio e gestire efficacemente la propria autostima come l'attribuzione di un evento al pregiudizio negativo nei confronti dell'ingroup, identificarsi maggiormente con il gruppo stigmatizzato, attribuirsi caratteristiche tipiche dell'ingroup come fonte di orgoglio, un esempio di quest'ultima caratteristica può essere il movimento femminista (Galdi e Tomasetto, 2022).

2.4 Qualità della vita nello strabismo

Duke-Elder, nel 1949, fu il primo a richiamare l'attenzione della letteratura oftalmologica sugli effetti psicosociali che lo strabismo può avere sugli individui che ne soffrono.

Buffen (2021) elenca le problematiche che un individuo deve affrontare dal punto di vista fisico che includono il rischio di perdita della vista unilaterale, problemi nell'ampiezza del campo visivo, visione binoculare anormale, diplopia, mal di testa, affaticamento oculare, problemi di postura, problemi di lettura e nello sport (Wortham e Greenwald, 1989; Olitsky et al., 1999; Coats et al. 2000). L'autrice considera lo strabismo non solo un problema estetico, ma funzionale (Satterfield et al. 1993; Burke et al. 1997; Olitsky et al. 1999; Coats et al. 2000).

Lo strabismo può avere un impatto sulla qualità di vita degli adulti e dei bambini. Hatt e collaboratori nel 2007 hanno condotto delle interviste approfondite per identificare le preoccupazioni specifiche degli adulti con strabismo. Lo studio si è svolto con 30 soggetti (20 donne) adulti tra i 18 e i 74 anni, 17 con diplopia e 13 senza. Sono state condotte interviste individuali, utilizzando undici domande aperte.

Le domande utilizzate sono state basate sull'esperienza clinica e da precedenti studi sul tema, includevano domande come: cosa ti disturba di più dei tuoi occhi? In che modo la visione

doppia o gli occhi disallineati influenzano le attività che svolgi ogni giorno? In che modo lo strabismo influisce sulle tue relazioni con le altre persone? E anche in ambiti come il lavoro, la fiducia in te stesso, gli hobby? Puoi descrivere eventuali strategie di adattamento che utilizzi per convivere con gli occhi disallineati o la visione doppia?

Le interviste sono state registrate, trascritte e le trascrizioni esaminate da tre ricercatori indipendenti. Le 1500 frasi circa riguardanti l'impatto dello strabismo sulla vita quotidiana sono state raggruppate per aree tematiche e la frequenza di ciascun tema è stata analizzata separatamente per i soggetti con e senza diplopia.

Sono emerse 48 aree tematiche, di cui l'88% erano comuni ad entrambi i gruppi (con o senza diplopia). Ci sono 12 temi emersi, menzionati da oltre il 50%, che riguardavano l'adattamento, ovvero le strategie di coping, come cercare di sdrammatizzare con l'umorismo o dire il nome della persona a cui si parla per evitare fraintendimenti. Un altro tema era la percezione del proprio aspetto, spesso vissuta negativamente, con frasi come «odio il mio aspetto» o «mi tengo un occhio coperto perché il mio aspetto mi spaventa». Veniva inoltre frequentemente citata la difficoltà nella guida, così come gli sforzi costanti per ridurre i sintomi, cercando ad esempio di mettere a fuoco l'occhio o di mantenerlo dritto per non attirare l'attenzione.

Molti pazienti hanno anche segnalato ripercussioni sul piano economico, come la riduzione del reddito o la perdita di opportunità lavorative. La compromissione della funzionalità visiva generale veniva descritta come simile alla cecità o come la sensazione di perdersi ciò che accade intorno. Altri temi ricorrenti erano emozioni negative non specifiche come un senso di rassegnazione espresso con il tentativo di imparare a convivere con la condizione, un calo della fiducia in sé stessi e imbarazzo nelle interazioni sociali. L'autostima risultava spesso molto bassa, con espressioni come «mi sento inadeguato» ed erano frequenti le difficoltà nel contesto lavorativo, dove i pazienti riferivano di impiegare più tempo a svolgere le proprie mansioni. Nei soggetti senza diplopia, le problematiche riferite riguardavano principalmente le dinamiche relazionali e gli aspetti della comunicazione non verbale. Al contrario, nei pazienti affetti da diplopia, le difficoltà maggiormente riportate erano associate all'esecuzione delle attività quotidiane e alla funzionalità fisica. È plausibile ipotizzare che l'attenzione dei pazienti con diplopia sia fortemente orientata verso la gestione pratica dei sintomi nella vita quotidiana con una conseguente minore consapevolezza o rilevanza attribuita agli aspetti relazionali e sociali. Il dato secondo cui numerosi pazienti manifestano problematiche connesse all'autostima, alle interazioni sociali e a vissuti d'ansia in ambito relazionale risulta coerente con quanto già documentato in letteratura riguardo alle implicazioni psicosociali dello strabismo in età adulta (Burke et al., 1997; Satterfield et al., 1993).

I limiti dello studio stanno nel numero dei soggetti coinvolti, nella selezione del gruppo che non differiva per variabilità di gruppo etnico e che diversi tipi di strabismo devono affrontare problematiche e difficoltà diverse nella vita di tutti i giorni come nell'attività della guida, non comune a tutti e del lavoro, non tutti sono occupati.

Un anno dopo il team di Hatt e collaboratori ha sviluppato uno strumento standardizzato chiamato Adult Strabismus 20 (AS-20) composto da 20 domande suddivise in due sottoscale validate: una dimensione psicosociale (10 item) e una dimensione funzionale (10 item). Per ciascuna domanda viene utilizzata una scala di tipo Likert a 5 punti per la risposta, con le seguenti opzioni: mai (punteggio 100), raramente (punteggio 75), qualche volta (punteggio 50), spesso (punteggio 25) e sempre (punteggio 0). Nella versione italiana tutti gli item hanno superato il test di coerenza interna, ad eccezione dell'item P06 («Mi sento a disagio per via dei miei occhi») e F08 («Sono preoccupato per i miei occhi»). L'item P06 potrebbe essere soggetto a fraintendimenti, per questo motivo, è stato eliminato (Marcon e Pittino, 2017).

Tabella 2.2 Item del questionario AS-20 versione italiana (Marcon e Pittino, 2017)

Item Scala		Etichetta (Label)
P01	P	Sono preoccupato/a di ciò che la gente possa pensare dei miei occhi
P02	P	Mi accorgo che la gente pensa ai miei occhi anche quando non dice niente
P03	P	Mi sento a disagio quando la gente mi guarda a causa dei miei occhi
P04	P	Mi domando cosa pensa la gente quando mi guarda, a causa dei miei occhi
P05	P	La gente non mi offre opportunità a causa dei miei occhi
P06	P	La gente evita di guardarmi a causa dei miei occhi
P07	P	Mi sento inferiore agli altri a causa dei miei occhi
P08	P	La gente reagisce in maniera diversa nei miei confronti a causa dei miei occhi
P09	P	Mi trovo in difficoltà a rapportarmi con persone che non conosco a causa dei miei occhi
F01	F	Chiudo o mi copro un occhio per vedere le cose meglio
F02	F	Evito di leggere a causa dei miei occhi
F03	F	Interrompo quello che sto facendo perché non riesco a concentrarmi a causa dei miei occhi
F04	F	Ho problemi nella percezione della profondità
F05	F	Sento gli occhi stanchi
F06	F	Ho problemi a leggere a causa della condizione dei miei occhi
F07	F	Mi sento stressato a causa dei miei occhi
F08	F	Sono preoccupato per i miei occhi
F09	F	Non posso praticare i miei hobbies a causa dei miei occhi
F10	F	Ho necessità di fare frequenti pause quando leggo a causa dei miei occhi

I risultati dello studio di Hatt e collaboratori (2009) mostrano che i pazienti con strabismo hanno riportato punteggi mediani significativamente più bassi, indicativi di una peggiore qualità della

vita secondo gli autori, rispetto sia agli adulti con visione normale sia a quelli con altre patologie oculari, nel punteggio di entrambe le sotto scale (psicosociale e funzionale).

Prima della creazione del questionario AS-20, per la valutazione della qualità della vita nello strabismo, sono stati usati degli strumenti generici come lo Short Form Health Survey 36 (SF-36) o l'EuroQol 5 Dimensions (EQ-5D) utilizzati nella valutazione generale della qualità della vita in oftalmologia, poco sensibili all'impatto specifico dello strabismo e ai cambiamenti clinicamente significativi nel tempo. Per superare tali limiti, sono stati sviluppati strumenti più mirati, come il Visual Function Questionnaire - 25 items (VFQ-25) e il Visual Function Index 14 (VF-14), che valutavano la qualità della vita visiva, sebbene non siano specifici per lo strabismo. Il VFQ-25, ad esempio, è più efficace nei pazienti con diplopia ma meno discriminante nei casi di strabismo senza diplopia. Questionari specifici come l'AS-20 e l'Amblyopia & Strabismus Questionnaire (A&SQ), modificato a partire dall'AS-20, invece, si sono dimostrati più sensibili e discriminanti (McBain et al., 2014).

I risultati di Hatt e collaboratori (2008) sono simili a studi più recenti (Chang et al., 2015; Mason et al., 2024; van de Graaf et al., 2017).

Nello studio qualitativo di Mason e collaboratori (2024) alcuni soggetti intervistati hanno riportato episodi di disagio e tensione in contesti sociali, descrivendo situazioni in cui si sono sentiti osservati o giudicati dagli altri, tanto da arrivare a evitare occasioni di socializzazione. Anche il semplice fatto di essere fotografati rappresentava per loro una fonte di forte imbarazzo, poiché lo strabismo è spesso ben visibile nelle immagini. Ulteriori timori riguardavano il rischio di essere considerati meno capaci o meno intelligenti a causa dell'aspetto degli occhi. Estes et al. (2020) sottolineano come le persone affette da strabismo siano spesso molto sensibili all'opinione altrui. Il peso psicologico legato alla condizione era evidente anche nella paura, espressa da diversi partecipanti, di un peggioramento del disturbo o della mancanza di possibilità terapeutiche. La letteratura suggerisce che una maggiore informazione tra i professionisti della salute e nella popolazione generale potrebbe aiutare a ridurre pregiudizi e false credenze, che spesso contribuiscono a ritardare l'accesso alle cure (Wang et al., 2018).

Un altro tema emerso è stato quello delle emozioni negative, come tristezza, ansia e senso di sconforto, esperite da molti soggetti in relazione alla loro condizione. In alcuni casi, sono stati riportati anche sentimenti depressivi, sebbene non valutati con strumenti clinici specifici, come ad esempio la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), utilizzata da Ehlers et al. (2023). In linea con gli studi precedenti sono stati menzionati anche vissuti di vergogna e imbarazzo per l'aspetto degli occhi. Alcuni partecipanti hanno anche ricordato esperienze di bullismo, subite prevalentemente durante l'infanzia, ma talvolta anche in età adulta, con ripercussioni

psicologiche evidenti. La sensibilizzazione del personale scolastico e l'educazione degli alunni risultano fondamentali per prevenire fenomeni di esclusione e discriminazione. Infine, molti soggetti hanno espresso una visione negativa del proprio aspetto fisico, sentendosi meno attraenti. Anche in questo caso, le osservazioni sono coerenti con quanto già emerso in studi precedenti, pur tenendo conto delle specificità culturali dei vari contesti (Wang et al., 2018). Attualmente la ricerca si sta concentrando sull'impatto dell'operazione chirurgiche sulla qualità della vita con risultati contrastanti (McBain et al., 2014).

La qualità della vita nei bambini strabici è stata valutata da questionari specifici come il Pediatric Eye Questionnaire (PedEyeQ). È stato riscontrato che i bambini affetti da strabismo presentano aspetti funzionali e una qualità della vita legata alla funzione visiva significativamente inferiori rispetto ai coetanei con visione normale. Anche i genitori di questi bambini riportano una qualità della vita inferiore rispetto a quella dei genitori di bambini senza problemi di visione.

Numerosi studi precedenti hanno indagato l'associazione tra strabismo e qualità della vita nei bambini. Ziaei et al. (2022) hanno confrontato i punteggi alla Hospital Anxiety and Depression Scale e alla National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25, evidenziando livelli più elevati di ansia e depressione e una qualità della vita visiva ridotta nei bambini con strabismo rispetto al gruppo di controllo. In altre ricerche, l'utilizzo dell'Intermittent Exotropia Questionnaire ha mostrato punteggi inferiori nei bambini con esotropia intermittente (Hatt et al., 2010). L'Adult Strabismus-20 Questionnaire è stato anch'esso impiegato nei bambini, rivelando risultati simili (Hatt et al., 2010). Inoltre, Kothari et al. (2019) hanno somministrato un questionario composto da otto item e identificato effetti psicosociali ed emotivi negativi associati allo strabismo infantile.

I dati raccolti indicano che i bambini con strabismo, indipendentemente dall'età, riportano punteggi inferiori nella visione funzionale, come segnalato sia direttamente dai bambini che tramite i genitori. Il dominio relativo alla visione funzionale include aspetti quali difficoltà visive, nell'apprendimento, nella concentrazione, nello svolgimento dei compiti scolastici e nelle attività motorie come sport e orientamento spaziale. Alcuni studi hanno segnalato problemi associati, quali un controllo oculomotorio binoculare compromesso (Kelly et al., 2008), deficit posturali (Bucci et al., 2002; Gaertner et al., 2013), difficoltà nella destrezza manuale (Legrand et al., 2011) e disturbi sensori-motori (Grant et al., 2010).

La qualità della vita legata alla vista risulta compromessa in molteplici dimensioni: fastidi agli occhi, preoccupazioni sociali, sentimenti di frustrazione o ansia legati alla condizione oculare e alla sua gestione (Kothari et al., 2019).

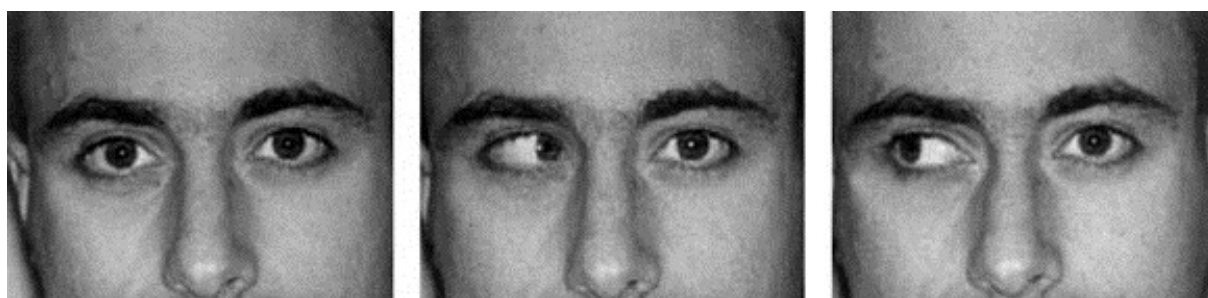
Le preoccupazioni riportate dai genitori riguardano diversi aspetti, come la visione funzionale del figlio, l'auto percezione e le relazioni sociali del bambino, la condizione visiva in sé e l'impatto sulla routine familiare. Alcune di queste preoccupazioni potrebbero derivare da una comprensione limitata della condizione e delle opzioni terapeutiche. A tal proposito, uno studio di Eustis e Smith (1995) ha messo in evidenza un livello significativo di disinformazione e incertezza tra i genitori.

2.5 Pregiudizio e stigma nello strabismo

La letteratura sullo strabismo si è occupata anche del tema del pregiudizio per determinare se esista un bias sociale negativo nei confronti degli adulti affetti da strabismo, tale da influenzare le relazioni interpersonali e limitare le opportunità lavorative. Due ricerche in particolare sono spesso citate: lo studio di Olitsky et al., (1999) e quello di Coats et al., (2000). Entrambi gli studi hanno dato inizio ad un filone di ricerca che utilizza le fotografie alterate.

Lo studio di Olitsky e collaboratori (1999) è stato progettato per verificare se esista un pregiudizio negativo nei confronti di adulti affetti da strabismo in ambito lavorativo. Lo sguardo di un individuo ortotropico (con gli occhi allineati) è stato digitalmente modificato per ottenere due immagini, una exotropica e una esotropica.

Figura 2.1 Fotografia di studio di un soggetto ortotropico (A) modificata digitalmente per simulare un'esotropia (B) e un'exotropia (C) da Olitsky et al., 1999



I partecipanti allo studio sono stati reclutati e assegnati in modo casuale. Si trattava di 212 studenti universitari, di cui 88 maschi e 124 femmine. L'età dei partecipanti variava dai 17 ai 35 anni, con un'età media di 18,5 anni.

Ogni gruppo ha visionato un unico tipo di immagine, evitando così confronti diretti che avrebbero potuto rivelare l'obiettivo dell'indagine e introdurre distorsioni. Dopo aver osservato

la foto assegnata, i soggetti hanno compilato un questionario volto a valutare undici tratti di personalità considerati rilevanti per la vita sociale e la capacità occupazionale. Ogni tratto è stato valutato su una scala da 1 (scarso) a 5 (eccellente) e il punteggio complessivo per ciascuna valutazione è stato ottenuto sommando i singoli valori. L'analisi dei questionari ha avuto l'obiettivo di individuare eventuali differenze nei giudizi espressi verso soggetti con e senza strabismo. Le analisi statistiche sono state condotte tramite il software SPSS, utilizzando test t per campioni indipendenti per confrontare i punteggi relativi all'ortotropia e alle due forme di strabismo. Inoltre, è stata eseguita un'analisi della varianza a due vie per valutare eventuali interazioni significative.

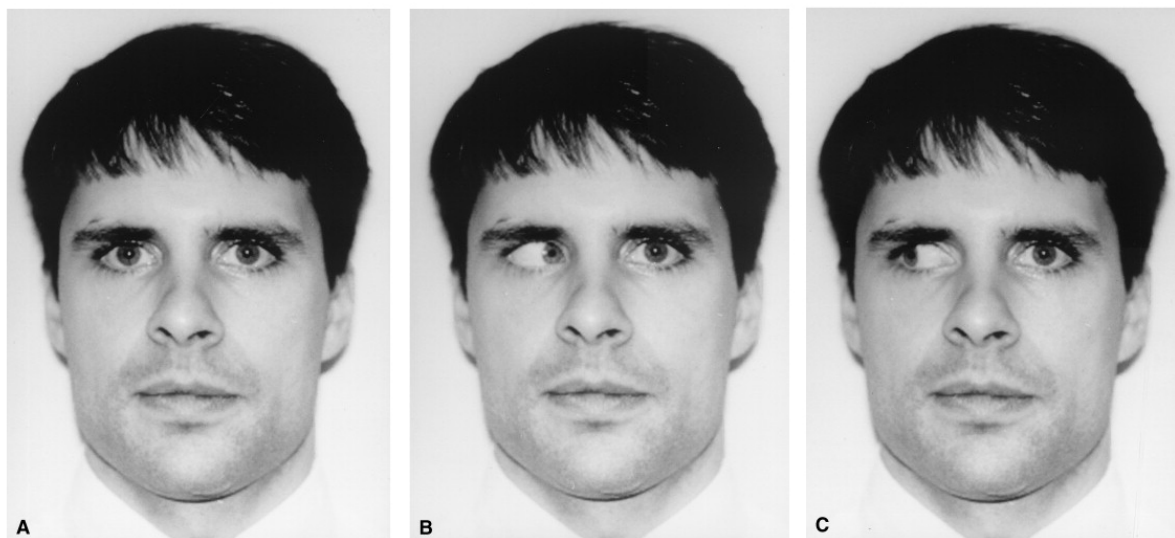
I risultati ottenuti evidenziano che lo strabismo incide negativamente sulla percezione sociale degli individui che ne sono affetti. Chi soffre di strabismo viene spesso valutato in modo sfavorevole per quanto riguarda numerosi tratti di personalità rilevanti in ambito lavorativo come l'attenzione, le capacità comunicative, l'intelligenza, la competenza, le capacità organizzative e la leadership. Di conseguenza, queste persone rischiano di avere minori possibilità di essere considerate idonee o meritevoli di opportunità professionali. L'impatto più evidente si osserva nei soggetti con esotropia, poiché l'apparente deviazione degli occhi trasmette un'impressione fortemente negativa sulle capacità cognitive e professionali percepite. I limiti di questo studio sono che considera solo il sesso maschile, non considera il fattore dell'età, valuta solo lo strabismo orizzontale e inoltre anche la scelta dell'unico soggetto fotografato può essere influenzante.

La ricerca di Coats e collaboratori (2000) è leggermente diversa dal punto di vista metodologico. Sono stati creati sette curricula: quattro curricula di prova e tre curricula di controllo. I quattro curricula di prova erano progettati per essere ugualmente qualificati e competitivi per la posizione lavorativa in esame. I tre curricula di controllo presentavano qualifiche decisamente inferiori e venivano utilizzati per mascherare l'obiettivo reale dello studio. Su sei curricula è stata aggiunta una fotografia frontale del volto di un candidato, mentre uno dei curricula di controllo non aveva alcuna fotografia. Le immagini ritraevano persone sconosciute ai partecipanti dello studio. Per i curricula di prova, l'occhio nelle fotografie di quattro persone (due uomini e due donne) è stato manipolato digitalmente per creare l'effetto di esotropia ed exotropia di grande angolo, ognuna maggiore di 50 diottrie di prisma come nello studio di Olitsky et al., (1999).

Sono state generate un totale di 12 fotografie. Per controllare l'influenza dell'appartenenza etnica e/o dell'età, tutte le fotografie dei candidati ritraevano persone caucasiche tra i 25 e i 35 anni. Le fotografie sono state poi assegnate in modo casuale ai quattro curricula di prova, per

verificare se i partecipanti trattassero i candidati con strabismo in modo diverso rispetto a quelli senza, in termini di valutazione delle qualifiche professionali e di preferenza per l'assunzione. In ogni pacchetto di sette curricula, veniva utilizzata una sola fotografia di un candidato con strabismo, mentre tutte le altre mostravano candidati ortotropici.

Figura 2.2 Fotografia di studio di un soggetto ortotropico (A) modificata digitalmente per simulare un'esotropia (B) e un'exotropia (C) da Coats et al., 2000



I partecipanti allo studio, che non erano a conoscenza dell'obiettivo della ricerca, ricevettero un pacchetto contenente i seguenti materiali: un modulo per la raccolta dei dati demografici del partecipante, che includeva informazioni su età e sesso, una descrizione del lavoro e dei requisiti, sette curricula con moduli di valutazione individuali per ogni candidato e un modulo per la classifica delle preferenze di assunzione. La descrizione del lavoro consisteva nella ricerca di un marketing manager con laurea in economia o marketing, ottimi risultati accademici e che avesse preferibilmente un MBA. Veniva richiesta capacità di leadership o di potenziale in tale ambito. Veniva tenuta in considerazione la capacità di organizzare presentazioni ai livelli dirigenziali (CEO) e una certa familiarità con il settore delle tecnologie dell'informazione.

I partecipanti esaminarono ogni curriculum e valutarono i candidati individualmente su cinque quesiti, utilizzando una scala di valutazione da 1 a 9, in cui 1 rappresentava il punteggio più basso e 9 il punteggio più alto.

Le domande erano: come valuteresti le qualifiche complessive di questo candidato per il lavoro? Assumeresti questo candidato? Quanto ti sembra simpatico questo candidato? Fino a che punto

ti faresti fidare di questo candidato riguardo la sua moralità e onestà come dipendente? Quanto ritieni intelligente questo candidato?

Dopo aver completato la valutazione individuale di ciascun candidato, i partecipanti furono invitati a rivedere tutte le candidature e a classificare i sette candidati in ordine di preferenza per l'assunzione. I punteggi sono stati significativamente diversi per le donne: le donne con allineamento normale hanno ottenuto una media di 5,70, mentre le donne esotropiche hanno ricevuto una media di 3,50 e quelle exotropiche un punteggio di 3,64 ($P = 0,007$). I risultati hanno mostrato che le donne con strabismo avevano meno probabilità di essere assunte rispetto a quelle senza.

Uno studio del 2003 di Uretmen e collaboratori ha valutato il pregiudizio dello strabismo su delle insegnanti delle elementari con una metodologia simile allo studio di Olitsky et al., (1999). Lo strabismo è stato percepito come una caratteristica negativa e i bambini sono stati valutati negativamente nelle fotografie esotropiche ed exotropiche rispetto a quelle ortotropiche per tutte le 10 caratteristiche testate.

Dal punto di vista infantile è stato osservato che un atteggiamento negativo verso lo strabismo possa emergere intorno ai 6 anni di età. Nello studio di Paysse et al., (2001) bambini tra i 6 e gli 8 anni hanno dato quasi tutti una descrizione negativa delle bambole strabiche usate nell'esperimento e hanno esitato a giocare con esse. Tuttavia, non è chiaro se questi atteggiamenti si estendano anche verso i coetanei reali.

Lo studio di Johns et al., (2005), ripetendo la metodologia di Olitsky et al., (1999) e usando fotografie alterate di alcuni bambini, ha investigato quanto la presenza di strabismo influenzi la scelta di un compagno di gioco da parte di un bambino. Sono stati selezionati 122 bambini tra i 3 e gli 8 anni e ogni bambino è stato chiamato scegliere il suo compagno di giochi rispondendo a voce o indicando l'immagine. Alla fine del test, ogni partecipante aveva espresso 15 preferenze. A differenza dello studio di Paysse et al. (2001), in questo studio non sono emerse attitudini negative verso lo strabismo a 6 anni. Ci sono alcune possibili spiegazioni per tali discrepanze. Nello studio condotto da Paysse venivano utilizzate bambole per rappresentare lo strabismo, mentre nello studio di Johns sono state impiegate fotografie di bambini reali. Inoltre, quasi la metà dei soggetti osservati da Paysse presentava effettivamente strabismo, mentre nessuno dei bambini valutati nello studio di Johns mostrava segni visibili della condizione. Un'ulteriore differenza riguarda la modalità di indagine: Paysse poneva domande esplicitamente focalizzate sugli occhi, mentre nello studio di Johns non venivano fatti riferimenti specifici (Johns et al., 2005).

La differenza di età del campione tra i 3 e gli 8 anni presenta differenze nello sviluppo cognitivo tra i partecipanti più giovani e quelli più grandi. Bambini di tre anni potrebbero non possedere le competenze necessarie per comprendere istruzioni complesse o per compiere scelte significative basate su caratteristiche visive. La letteratura sullo sviluppo infantile indica che prima dei cinque anni le abilità di linguaggio ricettivo e discriminazione facciale sono ancora limitate. Le risposte ottenute da questa fascia d'età potrebbero quindi risultare poco affidabili o casuali. Anche l'esperienza con il gioco sociale costituisce una variabile rilevante. I bambini più grandi hanno generalmente maggiore familiarità con il concetto di compagno di gioco. Al contrario, quelli tra i tre e i quattro anni praticano prevalentemente il gioco solitario. Questa differenza potrebbe incidere sulla capacità di esprimere una preferenza coerente nella selezione tra due volti (Lukman et al., 2010).

È plausibile che certi pregiudizi si sviluppino più tardi, man mano che le dinamiche sociali diventano più complesse. Lo studio di Mojon-Azzi et al., (2011) si basa su fotografie digitalmente modificate in coppie di gemelli (uno ortotropo e uno strabico) per indagare l'effetto dello strabismo nella scelta dei bambini da invitare alle feste di compleanno. Per determinare l'età in cui può emergere un atteggiamento negativo verso lo strabismo, sono stati inclusi 118 bambini dai 3 ai 12 anni. Per i bambini sotto i 6 anni, il t-test non ha mostrato differenze significative rispetto a questa media. Per quelli dai 6 anni in su, i bambini con strabismo sono stati invitati significativamente meno spesso. Il numero di commenti specifici aumentava con l'età, l'83% dei bambini dagli 8 ai 10 anni (91% se sollecitati) hanno commentato con frasi come «gli occhi sono incrociati», «strani», «diversi», «come camaleonti». Questi studi sono importanti perché hanno delle implicazioni cliniche: l'intervento chirurgico correttivo per strabismo dovrebbe avvenire prima dei 6 anni, quando iniziano a manifestarsi pregiudizi sociali (Lukman et al., 2010).

Le ricerche su questo tema sono limitate e sempre condotte in un contesto sperimentale con metodologie simili, questo può limitare la validità ecologica dei risultati. Studi di osservazione condotti in ambienti naturali potrebbero offrire una comprensione più realistica delle dinamiche relazionali tra bambini con e senza strabismo.

3. Superare pregiudizio e stigma

3.1 Il contatto come strategia per la riduzione del pregiudizio

Uno dei metodi più efficaci identificati dalla psicologia sociale per la riduzione del pregiudizio è il contatto tra gruppi (Brown, 1997). Allport nel 1954 elaborò l'ipotesi del contatto iniziale, secondo la quale la discriminazione nasce dalla scarsa conoscenza. Attraverso lo scambio reciproco, gli stereotipi vengono trasformati in informazioni corrette e di conseguenza in conoscenza, contribuendo al miglioramento della relazione tra i gruppi. Affinché si possano ottenere degli effetti positivi, è fondamentale che si verifichino delle condizioni. Le quattro condizioni ottimali identificate dall'autore sono: lo status paritetico, la cooperazione, il raggiungimento di obiettivi comuni e il sostegno istituzionale. Secondo questa teoria il contatto produce effetti positivi solo se si verificano le condizioni citate, in caso contrario effetti negativi o nulli. Riconoscere la duplice valenza degli effetti del contatto è stato uno dei meriti più importanti di Allport (Vezzali et al., 2022).

Le due ricerche condotte da Pettigrew e Tropp nel 2006 hanno evidenziato l'importanza del contatto. La prima è una metanalisi su 515 studi che ha mostrato come i livelli di contatto siano direttamente proporzionali a livelli decrescenti di pregiudizio. La seconda è una ricerca che sottolinea come il risultato positivo del contatto, seppure più debole, permanga anche in assenza delle condizioni ottimali. Questi studi, sebbene limitati a livello metodologico, sono coerenti con la letteratura dal 2000 in poi che abbandona il concetto di condizioni ottimali, concentrandosi sull'idea di esperienza complessiva e in particolare sul contatto basato sull'amicizia tra gruppi (Davies et al., 2011). La ricerca di Vezzali et al. (2021) individua nel secondary transfer effect (Pettigrew, 2009) un meccanismo chiave attraverso cui l'esperienza di contatto intergruppi potrebbe favorire un miglioramento generalizzato degli atteggiamenti. Il cambiamento positivo non si limiterebbe al gruppo primario, ma si estenderebbe anche a gruppi secondari. Ad esempio, le persone che hanno avuto contatti positivi con gruppi etnici, potrebbero migliorare il loro atteggiamento anche verso gruppi molto diversi come persone con disabilità.

I meccanismi psicologici che guidano la riduzione del pregiudizio sono legati alle emozioni. L'ansia nei confronti di altri gruppi è tra i processi psicologici sottostanti gli effetti del contatto che influisce negativamente, al contrario l'empatia e la conoscenza degli altri gruppi influiscono in modo positivo (Batson et al., 1997; Brown e Hewstone, 2005; Pettigrew e Tropp, 2008).

Il contatto è un modo efficace di ridurre il pregiudizio, ma spesso il contatto diretto non è praticabile per questioni logistiche, organizzative o di oggettiva difficoltà, come contesti caratterizzati da un forte livello di segregazione (Vezzali e Giovannini, 2012).

La letteratura identifica diverse forme di contatto indiretto, tra cui contatto esteso, il contatto vicario, il contatto parasociale, il contatto immaginato e il contatto online (Vezzali e collaboratori, 2022).

Alcuni studiosi hanno teorizzato la strategia del contatto esteso rappresentato da un amico comune a due persone di gruppi diversi (Wright et al., 1997) e del contatto vicario rappresentato dall'osservazione del contatto tra gruppi diversi anche attraverso i mass media (Vezzali et al., 2014).

Write e collaboratori (1997) identificano quattro processi psicologici sottostanti il contatto esteso. Uno di questi è la riduzione dell'ansia, venire a sapere che un amico conosce qualcuno dell'altro gruppo abbassa gradualmente il livello di ansia conducendo ad una riduzione del pregiudizio, la vicinanza psicologica porta a vedere le due persone amiche come un'unica unità e quindi ad aumentare anche la vicinanza all'individuo dell'altro gruppo. Inoltre, il contatto esteso faciliterebbe anche la riduzione delle problematiche di sanzionamento legato alle norme sociali: spesso l'evitamento del contatto intergruppi è motivato dal timore di conseguenze sociali negative, come il rischio di essere criticati dal proprio gruppo di appartenenza o di andare incontro a un rifiuto, ad esempio per un'eventuale mancanza di interesse da parte dell'altro gruppo. Tuttavia, la consapevolezza che un amico, o meglio un mediatore, intrattenga relazioni con membri di entrambi i gruppi può contribuire all'avvicinamento e può promuovere possibilità di incontro (Stathi et al., 2020; Turner et al., 2008; Wright et al., 1997, Vezzali et al., 2014).

Un'ulteriore tipologia di contatto indiretto è rappresentata dal contatto vicario, che si basa sull'osservazione di relazioni tra appartenenti al proprio gruppo e membri di un altro gruppo. Questo tipo di esperienza può avvenire attraverso diversi canali, come dispositivi narrativi che possono essere testi o video e in generale i mass media (Dovidio et al., 2011).

Uno studio condotto da Cameron e Rutland (2006) ha impiegato i racconti per l'infanzia come strumento di ricerca. Le storie narravano l'amicizia tra bambini con sviluppo tipico e bambini con disabilità, i testi venivano letti e discussi in piccoli gruppi durante più incontri guidati da un ricercatore. I dati raccolti hanno evidenziato non solo un cambiamento positivo negli atteggiamenti verso i coetanei con disabilità, ma anche un aumento nelle intenzioni di instaurare legami.

Anche i materiali audiovisivi si sono dimostrati strumenti efficaci per attivare il contatto vicario. In uno studio successivo condotto in scuole primarie (Cocco et al., 2020) è emerso che l'efficacia dell'intervento non dipendeva tanto dal formato, testuale o video, quanto dal contenuto.

L'ipotesi del contatto parasociale fa riferimento al fenomeno per cui le persone possono rapportarsi ad un personaggio fantastico, televisivo o protagonista di un film, come se fosse un contatto reale (Kanazawa, 2002; Reeves e Nass, 1996, Schiappa et al., 2005). Cocco e collaboratori (2020) sintetizzano la ricerca che supporta l'esistenza delle relazioni parasociali per i telespettatori di cronisti televisivi locali (Houlberg, 1984; Levy, 1979; Rubin et al., 1985), personaggi di soap opera (Perse e Rubin, 1990; Rubin e Perse, 1987; Sood e Rogers, 2000), star in spot pubblicitari (Alperstein, 1991), conduttori di talk radio (Rubin & Step, 2000), commedie televisive (Auter, 1992; Auter e Palmgreen, 2000), celebrità sportive (Brown e Basil, 1995) e personalità televisive (Conway e Rubin, 1991; Hoffner, 1996).

Lo studio condotto da Vezzali e collaboratori (2015) si articola in tre esperimenti volti a indagare l'efficacia delle narrazioni nella riduzione del pregiudizio. Il primo esperimento coinvolge bambini delle scuole primarie italiane, ai quali viene somministrato un questionario sull'atteggiamento verso i migranti. Nelle seguenti sei settimane i bambini leggono e discutono con un ricercatore alcuni brani tratti dal libro *Harry Potter*. Al termine del percorso, completano nuovamente il questionario e viene valutata la loro identificazione con i personaggi principali: Harry Potter, con cui l'identificazione è associata a un miglioramento degli atteggiamenti, e Voldemort, con cui si osserva invece un peggioramento. I successivi due esperimenti coinvolgono studenti delle scuole superiori italiane e universitari inglesi prendendo in esame l'atteggiamento verso altri gruppi stigmatizzati, come gli omosessuali e i rifugiati. Questi esperimenti evidenziano che la lettura, in particolare di libri fantasy come i libri di *Harry Potter* nel quale uno dei protagonisti aiuta gruppi svantaggiati, riduce il pregiudizio verso molti gruppi come immigrati, rifugiati, persone omosessuali o con disabilità. Gli elementi fantastici, non legati a categorie reali, possono essere estesi con più facilità a situazioni reali. Anche altri media come il video possono avere effetti positivi quando le relazioni rappresentate tra i gruppi sono cooperative e negative quando sono conflittuali (Vezzali et al., 2020-2022).

La terza strategia è il contatto immaginato che presuppone l'incontro con un gruppo diverso dal proprio sfruttando il potenziale dell'immaginazione. Crisp e Turner (2012) in uno dei loro esperimenti hanno chiesto ai partecipanti di immaginare il contatto con una persona omosessuale su un treno ipotizzando lo sviluppo di un'interazione piacevole. La simulazione produrrebbe stimolazioni emotive simili all'interazione faccia a faccia utilizzando gli stessi

meccanismi neurologici. Ci sono evidenze scientifiche dell'efficacia del contatto immaginato come strategia attuale efficace, flessibile e capace di ridurre l'ansia (Miles e Crisp, 2014). L'efficacia del contatto immaginato è stata dimostrata anche in relazione a gruppi fortemente stigmatizzati, come le persone con schizofrenia, capaci di suscitare notevoli livelli di ansia nel contatto reale (West, Holmes e Hewstone, 2011).

Il contatto online indica una comunicazione con altri gruppi attraverso le piattaforme tecnologiche (White et al., 2020). Internet è parte integrante ormai della nostra vita e ci interfacciamo continuamente con persone online attraverso chat, forum e social network. L'avvicinamento graduale all'altro gruppo porterebbe ad una riduzione dell'ansia consentendo nel tempo la creazione di un vero e proprio rapporto (White et. al., 2020; Vezzali et al., 2022). Il pregiudizio non è sicuramente l'unica forma che conduce a condotte discriminatorie, ma è uno dei fattori da considerare per stimolare l'inclusione sociale usando tecniche e modalità differenti di contatto in un'ottica di complementarità (Cocco et al., 2025).

3.2 Strategie sociocognitive per la riduzione del pregiudizio

Le strategie sociocognitive si basano sull'utilizzo inclusivo della categorizzazione sociale, un fenomeno universale e inevitabile che ha favorito lo sviluppo di alcune strategie. Il paradigma della categorizzazione incrociata si basa sulla considerazione contemporanea di due dimensioni categoriali della stessa persona. Per esempio, combinando i fattori etnia e genere, è possibile riconoscere come un individuo appartenga contemporaneamente a un ingroup e a un outgroup: una donna nera, ad esempio, condivide il genere con le donne bianche (ingroup), ma differisce per etnia (outgroup). Questo tipo di categorizzazione può contribuire a ridurre i pregiudizi, poiché l'identificazione condivisa basata sul genere tende a estendere le valutazioni positive solitamente riservate alle persone bianche anche alle donne nere (Prati e Rubini, 2022).

Sono stati realizzati alcuni esperimenti sul campo condotti da Bigler e Liben (1992) nel contesto infantile partendo dalla premessa che i bambini sono in grado di classificare oggetti e persone secondo un'unica categoria e solo nel tempo imparano a compiere classificazioni multiple. Gli autori proposero un compito a bambini dai 5 ai 10 anni che consisteva nell'associare figurine di uomini e donne a delle professioni, tra le quali alcune stereotipiche per genere. I risultati dimostrano che il 95% dei bambini, dopo l'esperimento, era in grado di compiere tutte le associazioni, superando gli stereotipi attraverso l'apprendimento, quando prima dell'esercizio solo il 3% riusciva a farlo. Inoltre, il compito aveva avuto un impatto anche sull'uso dello

stereotipo di genere che risultava significativamente ridotto rispetto ad altri bambini che non avevano partecipato all'esperimento. Questo suggerisce che si tratta di una competenza che può essere sviluppata e potenziata efficacemente in contesti educativi per promuovere la riduzione del pregiudizio.

La categoria incrociata può essere però una semplificazione della realtà; fattori contestuali e personali come la valenza affettiva, il carico cognitivo e la motivazione, possono influenzare la rilevanza di ogni categoria e per questo alcuni studi si sono concentrati sulle diverse tipologie di valutazione delle combinazioni categoriali incrociate. Il modello di differenziazione e decategorizzazione integra questi fattori identificando nella decategorizzazione un modo per attenuare i pregiudizi sociali (Crisp e Hewstone, 2007, citato in Prati e Rubini, 2022). Decategorizzare significa non riconoscere solo le caratteristiche relative ai gruppi di appartenenza, ma quelle legate alle caratteristiche personali. Abituare le persone a non ragionare in termini di stereotipi e categorizzazione sociale per valutare gli altri, ponendo l'attenzione sulle caratteristiche uniche e individuali (Vezzali et al., 2022).

Il modello dell'identità comune (Gaertner et al., 1993) riguarda individui di sottogruppi diversi che arriverebbero a percepirsi come parte di uno stesso gruppo percependo un'appartenenza comune (Prati e Rubini, 2022).

Gaertner e Dovidio (2000) hanno condotto un esperimento fondato sul paradigma dei gruppi minimi. I partecipanti suddivisi in due gruppi sono stati coinvolti in un compito di problem solving, organizzato in tre diverse condizioni sperimentali: nella prima, le persone lavoravano separate nei due gruppi originari; nella seconda, i due gruppi venivano fusi in un unico gruppo; nella terza, ciascun partecipante agiva come singolo individuo. L'attività si svolgeva attorno a un tavolo e i partecipanti venivano fatti sedere secondo modalità differenti, in modo da enfatizzare la separazione (raggruppati per appartenenza), l'integrazione (alternati) o secondo un metodo casuale. I risultati hanno mostrato che il pregiudizio nei confronti dell'altro gruppo si riduceva in maniera significativa nelle condizioni in cui i partecipanti lavoravano in un gruppo comune o venivano trattati come individui, rispetto alla condizione in cui i gruppi restavano separati e, inoltre, anche l'organizzazione spaziale della stanza aveva contribuito agli effetti positivi. Nella condizione in cui gli individui lavoravano singolarmente l'effetto positivo sulla riduzione del pregiudizio era spiegato attraverso il cambio della prospettiva: dalla prospettiva intergruppi a quella interpersonale, mentre nella condizione di gruppo unico è stato proprio il processo cognitivo di ricategorizzazione ad essere stato centrale nei processi di riduzione del pregiudizio (Prati e Rubini, 2022).

La ricategorizzazione può essere però limitata quando le persone provano una forte identificazione rispetto ai gruppi di appartenenza. Da questa premessa nasce il modello di identità duplice (Gaerter e Dovidio, 2000) che implica il riconoscimento simultaneo dell'appartenenza dell'individuo a due gruppi sovraordinati. Un esempio può essere rappresentato dalle persone immigrate, le quali possono sviluppare un'identità duplice, legata sia al paese d'origine sia al paese di accoglienza. In questi casi, l'identificazione con la cultura di origine può rafforzare le relazioni tra i gruppi, favorendo un migliore adattamento psicologico. I limiti sono che l'efficacia può dipendere da fattori contestuali e personali, inoltre anche la tendenza a percepire le caratteristiche del proprio gruppo come prototipiche del gruppo sovraordinato può essere problematica (Prati e Rubini, 2022).

Ci sono molti altri studi sulle categorizzazioni sociali multiple, le categorizzazioni contro stereotipiche e l'esperienza della diversità che contribuiscono a rendere i processi di percezione degli altri più complessi e quindi più inclusivi non richiedendo per forza un incontro diretto con l'outgroup (Prati e Rubini, 2022).

La complessità dell'identità sociale, come definita da Roccas e Brewer (2002), rappresenta il modo in cui gli individui integrano cognitivamente le proprie molteplici appartenenze di gruppo. Quanto più le categorie sociali risultano distinte, tanto più il sé viene concepito in modo complesso, con effetti positivi sulle relazioni intergruppo (Brewer, 2008). Fattori personali, sociali e situazionali influenzano tale complessità, che a sua volta si riflette in una maggiore tolleranza e apertura verso l'outgroup (Brewer e Pierce, 2005). La capacità di concepire sé e gli altri come portatori di identità plurime consente infatti di ridurre i pregiudizi e di reagire in modo più flessibile a situazioni di minaccia sociale. Molti autori hanno cercato di integrare i diversi modelli considerando le potenzialità di ognuno, ad esempio, considerandoli su un continuum temporale (Vezzali et al., 2022).

3.3 Strategie di intervento contro lo stigma

La letteratura sulla riduzione dello stigma associato allo strabismo risulta attualmente scarsa. Per un'analisi più approfondita del fenomeno, si può fare riferimento ad ambiti maggiormente studiati, come lo stigma verso la salute mentale e verso il peso corporeo.

Nel contesto della salute mentale, Corrigan e Penn (1999) identificano tre strategie principali per la riduzione dello stigma sociale: il contatto, la protesta e l'educazione.

Il contatto prevede l'interazione diretta con persone appartenenti al gruppo stigmatizzato oppure forme mediate, come video o testimonianze. Questo approccio è stato già ampiamente affrontato nel paragrafo precedente come teoria. L'efficacia del contatto aumenta quando la persona con disturbo mentale ricopre un ruolo percepito come competente o collabora in condizioni di parità con individui non stigmatizzati. Inoltre, la presenza di figure autorevoli a sostegno del messaggio rafforza l'impatto dell'intervento (Corrigan e Watson, 2002).

La protesta ha l'obiettivo di contestare le rappresentazioni distorte della malattia mentale, con particolare attenzione a quelle diffuse dai media interrompendo la diffusione di contenuti stigmatizzanti e promuovendo narrazioni rispettose e accurate (Corrigan e Shapiro, 2010). Sebbene questo approccio possa produrre risultati immediati, come la rimozione di immagini o messaggi offensivi, risulta meno efficace nel modificare in modo duraturo le credenze alla base (Corrigan e Penn, 1999).

L'educazione rappresenta una strategia fondata sulla trasmissione di informazioni corrette riguardo ai disturbi mentali. L'assunto di base è che la conoscenza possa contribuire al cambiamento degli atteggiamenti e alla riduzione dell'ignoranza e della conseguente discriminazione. Le campagne educative utilizzano mezzi eterogenei, tra cui opuscoli, video, podcast e programmi televisivi. Questi interventi presentano il vantaggio di raggiungere un vasto pubblico con costi contenuti, seppure godano di maggiore efficacia gli interventi destinati a dei gruppi specifici rispetto a quelli destinati al pubblico generalista (Corrigan et al., 2005). Sull'uso degli psicofarmaci e della psicoterapia, ad esempio, l'impiego di termini non scientifici e inappropriati nei social media, può influenzare negativamente vari aspetti, dalla diagnosi al trattamento, generando preconcetti. Questa disinformazione, alimentata da atteggiamenti negativi può influenzare le opinioni individuali, rafforzando lo stigma verso i trattamenti (Clement et al., 2013; Zečević, 2021).

Nell'ambito dello stigma riguardante il peso, Kite e collaboratori (2022) realizzano una revisione sistematica di sette database (PubMed, CINAHL, Scopus, Medline, Embase, PsycInfo, and Cochrane Databases of Systematic Reviews) esaminando studi che valutano l'esposizione allo stigma o il suo impatto nei media di massa, oppure interventi volti a ridurre lo stigma attraverso i media in popolazioni di età pari o superiore ai dodici anni.

Su un totale di 2402 documenti individuati, sono stati selezionati 113 studi, 95 dei quali si sono concentrati sulla frequenza dei contenuti stigmatizzanti usati nei media e sul loro impatto. È emerso che lo stigma legato al peso è ampiamente diffuso in diverse forme mediatiche, con una narrazione prevalente che attribuisce la responsabilità del sovrappeso e dell'obesità esclusivamente all'individuo, trascurando i fattori strutturali e ambientali. L'interazione con

contenuti stigmatizzanti ha mostrato un'influenza negativa sugli atteggiamenti verso le persone in sovrappeso o obese. Solo due studi hanno esplorato le strategie per contrastare lo stigma nei media. In particolare, sono stati individuati un film rivolto a futuri operatori sanitari dai contenuti educativi che ha evidenziato un miglioramento nel bias esplicito, ma non in quello implicito, e una campagna video contro lo stigma legato al peso nei confronti dei bambini con sovrappeso o obesità che ha funzionato meglio con il genere femminile.

Rathbone e collaboratori (2021) hanno condotto uno studio in cui hanno valutato l'efficacia di messaggi di salute pubblica. Quelli che mirano a contrastare lo stigma legato al peso e a promuovere un'immagine positiva del corpo risultano associati a miglioramenti in specifici indicatori psicologici di salute e benessere. Al contrario, le campagne pubblicitarie commerciali che si basano sulla body positivity non hanno mostrato un impatto significativo nel modificare gli atteggiamenti stigmatizzanti verso il peso.

In particolare, Selenky e Carels (2020) hanno evidenziato come alcune campagne pubblicitarie, ad esempio *Aerie Real* e *Dove Real Beauty*, promuovano l'accettazione del corpo e possano migliorare l'autostima e l'umore delle donne, ma non riducano direttamente il pregiudizio verso il peso o l'internalizzazione dello stigma.

In conclusione, la ricerca di Kite e collaboratori (2022) dimostra la presenza di contenuti stigmatizzanti in tutti i tipi di media, inclusi notizie, intrattenimento, pubblicità e social media. Questi contenuti si manifestano tramite immagini disumanizzanti, stereotipi e rappresentazioni negative. Studi sperimentali indicano che l'esposizione a questi contenuti tende a incrementare atteggiamenti stigmatizzanti, sebbene tale effetto possa variare in base a fattori personali come le convinzioni individuali, la soddisfazione corporea e l'esperienza diretta di stigma. Le strategie per ridurre attivamente lo stigma tramite media rimangono poco chiare e limitate, evidenziando la necessità di essere investigate e studiate specificatamente.

3.4 La rappresentazione dello strabismo nei media

Una delle prime analisi dei contenuti oftalmologici di carattere educativo sui social media relativi allo strabismo è stata realizzata da Ghanekar e colleghi (2025) in Regno Unito. Gli autori hanno analizzato video su TikTok e Instagram, in lingua inglese, con gli hashtag più popolari: #strabismus e #lazyeye selezionando 54 contenuti con taglio educativo rivolti ai pazienti. Nonostante alcune limitazioni di natura metodologica, i dati emersi confermano quanto già evidenziato in letteratura sull'ampia variabilità dei contenuti educativi relativi alla

salute pubblicati sulle piattaforme social. Questa eterogeneità appare connessa alla diversità dei produttori di contenuti, che spaziano da operatori sanitari qualificati a pazienti e utenti privi di competenze professionali, in un panorama privo di linee guida condivise per la comunicazione di informazioni mediche. La ricerca suggerisce che i contenuti che ottengono maggiore visibilità e coinvolgimento da parte degli utenti non coincidono necessariamente con quelli più affidabili o basati su fonti scientifiche, ma tendono piuttosto a privilegiare elementi di intrattenimento o di impatto visivo, un fenomeno incentivato dagli algoritmi delle piattaforme. In questo scenario si osserva come i contenuti generati da oftalmologi presentino punteggi significativamente più alti in termini di qualità, chiarezza e comprensibilità rispetto a quelli prodotti da pazienti o utenti non esperti, ma la quantità di materiale proveniente da fonti professionali rimane inferiore rispetto a quella generata dal pubblico e si registra una totale assenza di contenuti creati da ortottisti nel contesto britannico, nonostante il loro ruolo centrale nella gestione clinica dello strabismo. Viene evidenziata l'importanza di approfondire l'impatto reale che i contenuti social possono avere sulla comprensione, sui comportamenti e sugli esiti clinici dei pazienti, attraverso studi longitudinali che monitorino nel tempo la qualità dei materiali e le metriche di coinvolgimento, insieme alla sperimentazione di interventi volti a migliorarne la visibilità, come modifiche degli algoritmi o partnership con influencer affidabili. Gli autori sostengono che l'adozione di strategie comunicative fondate su evidenze potrebbe consentire ai professionisti sanitari non solo di offrire strumenti informativi più efficaci, ma anche di contribuire attivamente alla riduzione dello stigma associato allo strabismo e alla promozione di percorsi diagnostico-terapeutici più tempestivi.

Un altro studio di Mangan e collaboratori (2020) ha valutato la qualità, l'affidabilità e la popolarità dei video su YouTube riguardanti lo strabismo dal punto di vista educativo. Si tratta di un'indagine retrospettiva, in cui sono stati cercati su YouTube i termini "strabismo", "squint", "eye squint" e "crossed eye", analizzando i primi 50 video per ciascuna parola chiave. I dati confermano che i video più popolari su YouTube sono spesso meno affidabili rispetto a quelli prodotti da istituzioni accademiche. Gli utenti di YouTube tendono a preferire video di bassa qualità, esponendo così i pazienti a informazioni potenzialmente distorte. È quindi importante che i medici siano consapevoli di questo tipo di contenuti e di come possono interferire con la storia clinica del paziente.

Un articolo di Liu e collaboratori (2024) esamina come lo strabismo è stato trattato nei cartoni animati dedicati ai bambini prendendo in considerazione i film della Walt Disney dal 1989 al 2022, tutti i film della Pixar, della DreamWorks e dello Studio Ghibli fino al 2023. Su 125 film sono stati identificati 46 personaggi con strabismo le cui caratteristiche sono state descritte per

lo più negativamente. Questi personaggi, tra cui nessun protagonista, venivano rappresentati come poco intelligenti (30%) rispetto a intelligenti (2%), come antagonisti (15%) che come eroi (4%) e più spesso come seguaci (41%) piuttosto che leader (7%). Ventisei di loro (58%) erano muti o non parlavano, il 24% veniva descritto come spaventoso, il 35% presentava altre deformità fisiche e un altro 35% veniva rappresentato come goffo.

Un esempio emblematico è il personaggio di Ed, una iena nel *Re Leone*, l'unico tra i personaggi principali a non possedere la capacità di linguaggio. Oltre a essere raffigurato con strabismo, Ed viene rappresentato come privo di controllo motorio, intento a mordersi gli arti e capace solo di ridere in modo incontrollato. I valutatori dello studio lo hanno unanimemente classificato come un individuo con scarse capacità cognitive e di natura malvagia. Un caso più recente si trova in *Oceania*, il gallo HeiHei è raffigurato con uno sguardo privo di coordinazione oculare e la sua rappresentazione è stata dichiarata per incarnare la figura del personaggio «più stupido mai creato nella storia dell'animazione Disney» come afferma uno degli autori del film. I ricercatori evidenziano come l'unico esempio positivo su 46 sia Forrest Woodbush, personaggio marginale di *Il viaggio di Arlo* prodotto da Pixar, che è stato interpretato come una figura intelligente e una guida positiva.

Sebbene l'articolo di Liu et al. (2024) sia molto recente, il mondo dei film animati è in continua evoluzione. Ho notato quindi come si sia persa una ulteriore possibile occasione proprio in questo periodo. Il 18 giugno 2025, infatti, è uscito al cinema il nuovo film prodotto da Pixar Animation Studios per Walt Disney Pictures: *Elio*. Il film d'animazione racconta le avventure di un bambino nello spazio e del suo contatto con gli extraterrestri. Elio viene descritto come un bambino molto solo, che ha perso da poco i genitori e che fatica ad abituarsi al rapporto con la zia che si prende cura di lui. Nei mesi precedenti all'uscita, questo film aveva attirato l'attenzione del mondo oftalmologico e della stampa, perché sulla locandina il protagonista appariva con una bendina blu. Le congetture avevano indicato Elio come un bambino affetto da ambliopia, suscitando molto entusiasmo, poiché sarebbe stato il primo protagonista a portare una benda oftalmica. Non si sa se sia dovuto a un cambio del progetto durante la produzione, forse a causa della sostituzione della regista in corso d'opera, ma in realtà Elio porta la bendina perché si fa male durante un litigio, rafforzando così uno dei luoghi comuni più diffusi: la tendenza degli estranei a chiedere se un bambino che porta la benda si sia fatto male.

4. Un progetto fotografico sullo strabismo

4.1 Obiettivi, azioni e strumenti del progetto

Nel 2018 ho preso i primi appunti per raccontare, attraverso il medium fotografico, la condizione visiva dello strabismo. Il primo corpo di lavoro, *Fixing you*, era focalizzato sullo strabismo dal punto di vista del paziente, facendo riferimento alla sua esperienza clinica all'interno degli ospedali e degli studi oculistici.

È seguita nel 2023 la serie *Wandering Star* dedicata ad aspetti più introspettivi e soggettivi dell'esperienza visiva. Il risultato è un progetto fotografico che si è arricchito nel tempo di interviste e testimonianze di persone, bambini e adulti, che hanno vissuto lo strabismo.

L'obiettivo generale del progetto fotografico è rappresentare il vissuto emotivo delle persone che hanno esperito questa condizione visiva promuovendo una visione meno stereotipata della condizione. Gli obiettivi specifici sono: offrire uno spazio di autorappresentazione alle persone coinvolte; raccontare la complessità dello strabismo attraverso il coinvolgimento di persone e storie diverse; rappresentare lo strabismo non solo come un problema estetico, ma porre l'accento anche sui problemi legati alla funzionalità; far ragionare il pubblico sull'importanza della prevenzione e stimolare una riflessione sociale sul pregiudizio legato allo strabismo. Abituare il pubblico a percepire sguardi e modalità estetiche che si discostano dalla media è un compito importante come potere fare conoscere questa condizione visiva e comprenderne le implicazioni oltre l'estetica. Lo strabismo è un ambito che anche a livello medico ha avuto poco successo, Campos (1993) parlando dei progressi dell'oftalmologia nell'ultimo ventennio e delle innovazioni nel campo della diagnostica, della terapia della cataratta, del glaucoma, afferma che purtroppo non c'è stato mai stato lo stesso entusiasmo verso lo strabismo.

Per realizzare questi obiettivi, ho intrapreso una serie di azioni che hanno attraversato più fasi. La prima fase è stata la fase di ricerca: come raccontare lo strabismo. Ho letto molti libri sul tema, dai più divulgativi ai più tecnici, tra i più importanti per me ci sono: *Strabologia* di Bagolini e Zanasi (2007), un libro che tratta della diagnosi e della terapia dello strabismo e *Fixing my gaze* di Susan R. Barry (2009) che racconta l'esperienza e il percorso di una neurobiologa che recupera la visione binoculare. Ho analizzato tutti i progetti fotografici relativi alle problematiche di visione realizzati fino al 2018 e ho cercato progetti fotografici specifici riguardanti lo strabismo usando parole chiave come #strabismo, #strabismus, #crossedeyes, #squint su motori di ricerca online e su archivi di biblioteche multimediali, di musei, di festival,

di concorsi e di grant in ambito fotografico. Sullo strabismo non ho trovato veri e propri progetti, ma per lo più immagini singole, la maggior parte dei progetti fotografici sulla visione si concentravano sulla cecità e su altre problematiche come l'acromatopsia (De Luigi, 2010; De Wilde, 2016). La mia preparazione non si è limitata alla ricerca sullo strabismo, ma ha compreso anche l'analisi di come altri fotografi abbiano rappresentato varie condizioni fisiche e psicologiche (si veda paragrafo 4.2). Ho poi iniziato a realizzare delle interviste al personale medico per approfondire alcuni temi relativi all'esperienza clinica. Inoltre, ho iniziato a riflettere e prendere appunti su tematiche e ricordi legate alla mia esperienza visiva, interrogandomi su cosa avesse significato per me vivere con lo strabismo e come vedere doppio per tanti anni avesse potuto influire sulla mia percezione e la mia identità.

La seconda fase è stata la ricerca dei soggetti che si è sviluppata, attraverso più modalità, contattando: studi oculistici e ortottici; genitori di bimbi e adulti che soffrono di strabismo attraverso Instagram con le chiavi di ricerca #strabismo #strabismus; associazioni dedicate alla prevenzione visiva attive sul territorio italiano ed europeo.

La terza fase è stata dedicata all'incontro e alla conoscenza delle persone attraverso il racconto della propria storia.

La quarta fase è stata dedicata alle fotografie: ritratti, scattati spesso in interni, in condizioni intime e domestiche oppure durante le visite oculistiche; immagini di oggetti, situazioni che rievocano i ricordi raccontati dalle persone coinvolte nel progetto. Gli incontri si sono ripetuti nel tempo in alcuni casi, quando c'è stata la disponibilità da parte dei soggetti sia per questioni logistiche, sia per questioni di disponibilità emotiva ed interesse al progetto.

Il ritratto ha assunto sin dall'inizio una forma di dialogo con i bambini: un incontro basato sull'empatia e sul gioco. Non si trattava soltanto di ritrarre un volto, ma di raccontare una porzione di vissuto attraverso gli ambienti domestici o quotidiani e l'incontro con i genitori.

L'esperienza di Vittoria non è la stessa di Giulia: le storie sono molteplici, frammentate, non lineari e raccontare lo strabismo per me significa anche restituirne la varietà, sia nelle sue forme cliniche sia nei vissuti individuali. Con gli adulti il lavoro è stato diverso, l'adulto ha imparato a adattarsi allo strabismo ed è capace di parlarne con capacità di insight e di analisi. Per questo, la modalità di rappresentazione fotografica cambia: la fotografia è stata costruita spesso a partire da immagini mentali, da ricordi frammentati, da oggetti conservati e non sempre attraverso la forma classica del ritratto.

La quinta fase è dedicata all'editing e alla scelta delle immagini che è anche un momento di riscoperta delle premesse iniziali, segue la postproduzione, la scrittura delle didascalie (in versione breve e in versione completa) e una riflessione sul progetto in ottica di presentazione

e distribuzione al pubblico. Queste fasi non sono sempre lineari e si ripresentano nel tempo, riattivandosi in momenti diversi e in relazione a specifiche esigenze.

Una precisazione è necessaria per esplicitare meglio le modalità di realizzazione del progetto: la creazione delle fotografie rappresenta la fase principale del lavoro di ricerca, volta a esplorare i vissuti delle persone con strabismo. Tuttavia, la condivisione pubblica di queste immagini, che sia in forma di mostra, pubblicazione o esposizione digitale, non è un semplice atto espositivo, ma costituisce un'estensione significativa del progetto stesso. In questo senso, la distribuzione può essere concepita come la fase comunicativa che dà continuità agli obiettivi di fondo. La distribuzione rappresenta, quindi, la sesta e ultima fase del progetto.

Gli strumenti utilizzati in fase di creazione del progetto sono stati la fotografia, il video, le interviste, le registrazioni audio, appunti e la raccolta di materiale d'archivio clinico e familiare. Gli strumenti che sto valutando per la distribuzione del progetto sono: sito web multimediale dedicato al progetto; pubblicazioni su magazine con diffusione nazionale ed internazionale in ambito divulgativo; serie di mostre in luoghi significativi legati alla prevenzione visiva e a festival; partecipazione ad eventi (conferenze, workshops, seminari, proiezioni) nelle scuole e in occasione di eventi di associazioni legate a tematiche riguardanti la disabilità visiva; video di backstage che raccontino il processo creativo.

È necessario sottolineare che il mio approccio nell'analisi di questo progetto è di natura qualitativa, orientato all'analisi dei processi e all'esperienza emotiva.

4.2 Cornice culturale di riferimento

La mia ricerca fotografica si situa all'interno della cornice della fotografia post-documentaria. Franklin (2016) descrive l'atto di fotografare come un «un processo creativo pieno di contraddizioni riguardanti la fotografia, il documentario, la realtà e la verità.» A partire da Barthes (1980) si è iniziato ad indagare il rapporto tra la fotografia e la realtà, egli parla della fotografia come “certificato di presenza” perché fissa un momento che non potrà mai ripetersi in futuro, la «fotografia ripete meccanicamente quello che non potrà mai ripetersi esistenzialmente». La fotografia digitale mette in crisi il rapporto con la realtà (Ritchin, 2008), ma Mitchell (1994) sostiene che già nell'epoca della fotografia analogica il rapporto tra immagine fotografica e realtà fosse problematico ed evidenzia come ogni fotografia comporti un processo di costruzione e mediazione visiva. Anche per Sontag (1977) la fotografia non è

mai stata un riflesso del reale. L'autrice riflette sugli aspetti sociali legati alla fotografia ed esprime scetticismo sul suo potere di produrre cambiamenti politici e sociali.

La consapevolezza che la fotografia non sia neutrale ha cambiato il modo di fotografare negli ultimi quarant'anni. Ad esempio, la rappresentazione della malattia mentale negli anni '70 in Italia è stata discussa in letteratura. Numerosi fotografi, come Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, ma anche registi e artisti visivi in Italia hanno avuto un ruolo importante nel sensibilizzare l'opinione pubblica e influenzare la politica a favore della Legge Basaglia, approvata nel 1978. Questa legge, considerata un punto di svolta nella storia italiana, rese l'Italia il primo paese a chiudere gli ospedali psichiatrici non penali. Secondo Carli (2015), citato in Hill (2023), Basaglia e i suoi collaboratori hanno trasformato la fotografia in un mezzo di protesta sociale raccontando la realtà nascosta, inquietante e repressiva degli ospedali psichiatrici. Hill (2023) afferma che le immagini contenute in *Morire di classe* (1969) hanno contribuito a rendere visibili spazi marginalizzati e costituisce una testimonianza di violenze e abusi. Hill (2023) evidenzia, però, come Foot (2015) sostenga che la scelta di focalizzarsi sulla rappresentazione delle condizioni passate del manicomio, piuttosto che sui miglioramenti apportati da Basaglia, possa causare una vittimizzazione secondaria nelle persone sofferenti di disturbi psichici e che, inoltre, i fotografi rischino di diventare interpreti degli interessi del movimento politico. Foot (2015) manifesta una preoccupazione riguardo ai "pericoli" insiti nella fotografia, anticipando temi che verranno poi approfonditi da Susan Sontag con la riflessione sull'atto stesso del fotografare come forma di violenza e di squilibrio di poteri. Hill richiama un'osservazione di Cerati, citata in Foot (2015), in cui la fotografa stessa riconosce i limiti del mezzo fotografico, sottolineando come esso non sia in grado, ad esempio, di restituire la ripetitività di certi gesti o di cogliere i suoni e le voci dei pazienti. Hill (2023) pone l'attenzione su come l'immagine diffusa e stereotipata dei "malati mentali" rimanga spesso spaventosa, suggerendo che le persone con diagnosi di disturbo mentale «siano probabilmente quantomeno motivo di imbarazzo e, nella peggiore delle ipotesi, un pericolo per sé stessi e/o per chi li circonda.» Un esempio citato da Hill (2023) che ridà voce alle vittime e ai sopravvissuti della malattia mentale è il web doc *Matti per sempre* di Maria Gabriella Lanza e Daniela Sala (2017). Come racconta Daniela Sala, la scelta del formato è stata definita fin dalle prime fasi del progetto: la fotografia, più del video, ha rappresentato per lei un mezzo capace di offrire una maggiore lateralità, un margine più ampio di espressione. L'integrazione dell'audio ha inoltre consentito di restituire la voce alle persone coinvolte, rafforzando la dimensione relazionale della narrazione. Sala proviene dal giornalismo, ma sottolinea come questo possa assumere forme differenti rispetto a quelle tradizionali, «più lente e non

necessariamente veicolate solo da dati e numeri». L'approccio narrativo adottato da Sala e Lanza si struttura attraverso la condivisione quotidiana, la concessione di tempo e spazio, in un lavoro durato due anni fatto di incontri, ascolto e presenza. Si tratta di un processo capace di generare una comprensione più profonda e autentica dell'altro: «I tempi erano cadenzati da caffè e sigarette, passavo molto tempo con loro, a volte non ci dicevamo niente per un'ora» (Sala, comunicazione personale, 26 giugno 2025).

L'approccio della fotografia post-documentaria mette in discussione l'illusione di neutralità, il fotografo non si presenta più come un osservatore invisibile e distaccato (Bellmer e Möller, 2022). Rosler (2004) si ispira all'esperienza di fotografi formati in discipline come l'antropologia e la sociologia, in cui il fotografo diventa un osservatore partecipante sviluppando un legame con i suoi soggetti. Denzin (1989) afferma che l'osservazione partecipante può essere intesa come «una strategia sul campo che combina simultaneamente l'analisi dei documenti, l'intervista a partecipanti, la partecipazione e osservazione diretta e l'introspezione».

Rosler (2004) chiude il suo articolo *Post Documentary, Post Photography?* con una riflessione che condivido riguardante la pratica fotografica intesa come la ricerca di equilibrio tra osservare le situazioni ed esprimere il proprio punto di vista come autore. Essa include anche un'analisi del tessuto sociale ricercando le cause dei fenomeni e proponendo delle soluzioni. La fotografia post-documentaria non rifiuta la nozione di verità, ma la riformula: non esiste una verità assoluta, ma una pluralità di interpretazioni in cui la fotografia diviene un mezzo critico di analisi delle dinamiche psicologiche e sociali.

Tematiche di tale complessità richiedono spazi di approfondimento ben più ampi e contesti più adeguati, e non è mia intenzione esaurirle in queste poche righe. È tuttavia fondamentale chiarire la posizione da cui mi muovo, in quanto essa costituisce la base metodologica del mio approccio fotografico attuale e rappresenta il punto di partenza da cui si sviluppa la mia ricerca.

4.3 Storie e tematiche emerse nel progetto fotografico

Le prime interviste qualitative sono state realizzate negli studi dell'ortottista Marisa Merlone nel Centro Ortottico di Asti, del dottor Nucci all'Ospedale San Giuseppe di Milano, nello studio del dott. Mario Ravot a Torino e nella casa della prof.ssa Zanasi a Modena che ha lasciato la pratica clinica come ortottista dopo il pensionamento, ma ancora si occupa di divulgazione in ambito visivo. Successivamente strumenti come l'intervista telefonica o via mail e gli incontri in ambiente domestico o pubblico sono stati più numerosi, soprattutto con i pazienti.

Le tematiche emerse dalle interviste ai medici riguardano il loro percorso accademico, l'evoluzione della loro professione nel tempo, le difficoltà incontrate nella pratica clinica, il rapporto con i pazienti, la motivazione che li spinge a svolgere il proprio lavoro, l'importanza attribuita alla prevenzione e le prospettive future della disciplina. Queste testimonianze si sono rivelate utili per contestualizzare l'esperienza all'interno degli studi oculistici e ortottici. Le immagini sono state estratte dal progetto *Fixing you e confluite in Wandering Star*.

Figura 4.1 Doppia esposizione di un ottotipo storico (2020)

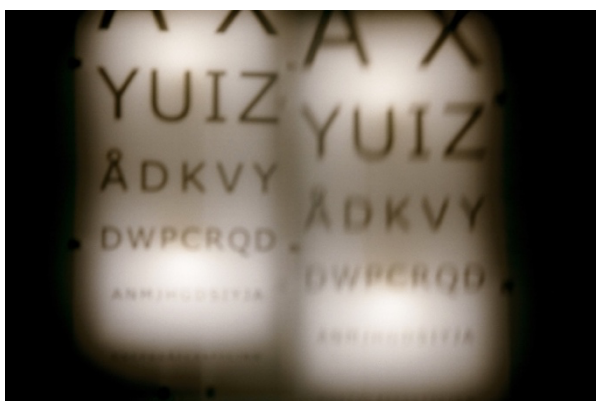


Figura 4.2 Visita oculistica nello studio del dott. Nucci (2021)



Ho realizzato delle interviste a dodici individui adulti tra i 29 e gli 84 anni (di cui 5 di sesso maschile e 7 di sesso femminile) raccogliendo materiale, in una forma libera e intuitiva e quando fosse possibile registrando l'audio, legato alle loro esperienze negli studi oculistici che viene descritta dai pazienti principalmente attraverso i ricordi dell'infanzia, periodo in cui frequentavano più spesso queste strutture. Le testimonianze evocano immagini vivide e giochi visivi utilizzati durante le visite: «Ricordo che facevo spesso un test in cui dovevo inserire un uccellino in gabbia», «Ricordo un leone che dovevo mettere in una gabbietta», «Mi sembravano ore, vedevo una casa con il prato verde», «C'erano delle farfalle, io le vedevo male, erano sfocate», «Ricordo un vaso di fiori dentro un visore», «C'era una torta, dovevo indicare dove mancasse la fetta, era come in 3D».

Accanto a questi ricordi, emergono anche difficoltà legate a quel periodo, che fanno dello strabismo un tema capace di suscitare disagio e incomprensioni dovuti alla natura funzionale del problema: «Mia madre mi sgridava, il giorno della visita non avevo versato correttamente il latte nella mia tazza, nessuno capiva che non fosse colpa mia se sbagliavo», «Saltavo la scuola per le visite, mi sentivo diverso dagli altri, quando tornavo con la bendina i miei compagni facevano dei commenti, spesso cadevo». Non mancano i vissuti di frustrazione: «Ogni volta mi dicevano che dovevo ancora migliorare e mettere la bendina almeno sei ore al giorno», «Non

riuscivo a vedere il Lang Test. Non mi credevano, così inventavo di vedere quella stella, ma non l'ho mai vista. E dove doveva esserci la macchinina, io ci ho sempre visto un cappello», «Non credevano vedessi doppio, i miei medici dicevano fosse impossibile, ma io ero sincera». Tuttavia, emergono anche ricordi positivi, segnati da sollievo e felicità: «Finalmente era arrivato il momento di togliere gli occhiali!», «Tutti sembravano riflettere quell'aria spensierata che il Prof. emanava con estrema naturalezza», «Mi sono guardata allo specchio e per la prima volta i miei occhi erano segnati dalle lacrime di sangue, ma dritti, è stato bellissimo». Altri ancora esprimono gratitudine e stima: «Il dottore mi ha operato ed è il migliore sulla Terra» o «Era lo strabologo più bravo di tutta Italia, lo stimavo molto». O sentimenti ambivalenti: «Ricordo nitidamente la prima visita, con il professore che sprizzava simpatia e buonumore, e io che, chiusa a riccio, nemmeno mi ero degnata di rispondere al suo saluto. Ma lui non si scomponeva minimamente e, nonostante i tentativi poco fortunati di cavarmi qualche parola di bocca, manteneva una serafica imperturbabilità, motivo per cui a me sarebbe tanto piaciuto incenerirlo all'istante» o «Ricordo un neon rosso, non moltissimo altro, i medici erano tutti gentili, ma non sono mai riusciti a correggere il mio strabismo, così ho lasciato perdere, è andata bene comunque, anche se ci soffro ancora qualche volta».

Fino ad arrivare a vissuti di profonda sofferenza: «Il dottore era distante da me, mi stava antipatico, non aveva sensibilità», «Ancora oggi andare dall'oculista mi causa agitazione» «Odiavo andare dall'oculista, rompevo gli occhiali perché li mettevo in tasca a scuola, non volevo farmi vedere con i bifocali, mi vergognavo e ogni volta dovevo tornare da lui con i cocci, è stato un trauma».

Le storie finora incluse all'interno del progetto fotografico sono ventidue, di cui dieci bambini e dodici adulti. Mi concentrerò, in questo elaborato, solo sull'analisi di alcune esperienze più significative per tempo e qualità della condivisione.

Riporto per completezza una parte dell'introduzione del progetto fotografico:

«A 12 anni vidi per la prima volta la fotografia di una doppia esposizione. Rappresentava perfettamente il mondo, per come l'avevo percepito nella mia infanzia. Anni dopo, gli occhi sono diventati uno degli strumenti principali del mio lavoro e ho iniziato a riflettere sull'idea di un progetto diverso dai passati, che potesse essere più personale e parlare di qualcosa che io conoscessi bene. La fotografia è stata un mezzo per indagare come una condizione come lo strabismo potesse influenzare l'identità, i ricordi e la percezione delle persone. Mi sono spesso chiesta: ero limitata in alcuni sport per via della mia personalità o a causa dei miei occhi? Ero così disordinata e distratta a scuola per com'ero o per come vedevo? Qualcun'altro aveva provato ciò che sentivo io?»

Le immagini qui di seguito sono state estratte dal progetto *Fixing you* e confluite in *Wandering Star*.

Figura 4.3 Fotografia di una farfalla ispirata a un racconto di B. (2025)

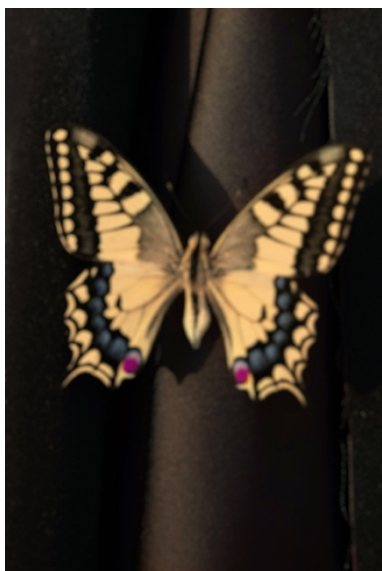


Figura 4.4 Cristina Bono, ortottista dello studio del dott. Ravot (2023)



Figura 4.5 Fotografia di un bicchiere di latte, ispirata a un racconto di T. (2023)



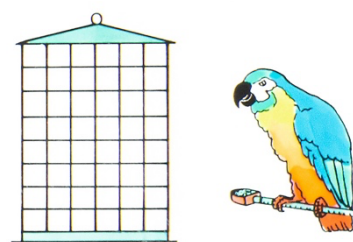
Figura 4.6 Materiale d'archivio della dott.ssa Zanasi



Figura 4.7 La dott.ssa Zanasi in posa con il filtro rosso di Bagolini (2023)



Figura 4.8 Figure fusionali per l'allenamento della fusione binoculare



4.4 La storia di Vittoria: dalla diagnosi al recupero della visione binoculare

Le prime fotografie a Vittoria (4 anni) sono state scattate nel 2022, anno in cui ho conosciuto sua madre tramite i social network poiché in un post aveva condiviso pubblicamente la recente diagnosi della figlia. Tutto cominciò alla fine di giugno 2022, durante un barbecue tra amici, fu un amico di famiglia a notare che uno degli occhi di Vittoria sembrava girarsi verso l'interno. Da quel momento iniziò un percorso intenso di visite mediche, accessi al pronto soccorso, visite oculistiche che si concluse con una diagnosi di strabismo latente probabilmente reso manifesto dalla febbre dovuta alla mononucleosi. Solo dopo la diagnosi i genitori iniziarono a ricostruire alcuni segnali che, a posteriori, apparvero più chiari: le difficoltà di lettura a scuola, i frequenti sfregamenti agli occhi e alla fronte, le cadute, la difficoltà a guardare in camera quando le venivano scattate delle foto. Vittoria si mostrò da subito collaborativa e responsabile, indossando volentieri la bendina sull'occhio. La madre racconta il senso di smarrimento iniziale: il disagio di non sapere come aiutare concretamente la figlia, la fatica di trovare informazioni comprensibili, la sensazione di isolamento. Come molti genitori, ha vissuto un percorso di comprensione progressiva, il confronto con altri genitori, soprattutto attraverso canali informali come l'associazione *Occhi dei bimbi* e il gruppo Whatsapp *Bendagnez* (dedicato all'uso della bendina) è stato fondamentale per sentirsi meno soli, ricevere le prime informazioni ed essere supportati anche dall'ortottista presente nel gruppo. Inoltre, sono sempre stati supportati dallo studio del dott. Nucci attraverso le visite e il dialogo telefonico, in attesa dell'operazione la cui previsione era che potesse migliorare la funzionalità con una corrispondenza retinica anomala. «Visione binoculare, stereopsi, tridimensionalità... devo accettare che non le avrà davvero mai?» si chiede la madre.

Figura 4.9 Vittoria nella sua cameretta (2023)



Figura 4.10 Vittoria nella sua cameretta (2024)



A settembre 2023, Vittoria si sottopone a un intervento chirurgico. Dopo poche ore, era già tornata a disegnare, la sua attività preferita. Nel video qui di seguito la madre di Vittoria racconta dell'esperienza emotiva dell'operazione, è un video del 10 marzo 2024, poche ore prima del controllo a 6 mesi dall'intervento chirurgico che conferma un risultato inaspettato: il recupero completo della visione binoculare.

Vittoria collaborava occasionalmente con alcune agenzie come modella per bambini prima dei primi episodi di strabismo e smise di ricevere proposte di collaborazione. Solo dopo l'operazione la situazione tornò alla normalità. Questo cambiamento, per quanto silenzioso, contribuì ad alimentare la preoccupazione dei genitori: non tanto per l'aspetto estetico, quanto per il timore che la bambina venisse percepita in modo diverso. Se in famiglia la bendina era vissuta con naturalezza, come una ginnastica per rafforzare l'occhio, all'esterno suscitava spesso domande come «ti sei fatta male all'occhietto?», che sottolineavano lo scarto tra la narrazione domestica e quella sociale.

Figura 4.11 Vittoria in attesa dell'operazione, nella sua camera al San Giuseppe di Milano (2023)



Figura 4.12 Dettagli in sala operatoria, le mani del dott. Nucci incontrano quelle dell'assistente (2023)



Figura 4.13 Dettaglio di un occhio di Vittoria durante l'operazione (2023)



Il recupero della visione binoculare è stata una notizia vissuta dai genitori con grande entusiasmo, ma allo stesso tempo la madre è consapevole che il significato profondo del recupero è compreso da poche persone: «Forse nemmeno i miei parenti capiranno davvero cosa significa, anche se vogliono molto bene a Vittoria. Solo chi lavora in questo ambito o chi ha

perso la visione binoculare può comprendere fino in fondo cosa vuol dire riuscire a percepire la profondità. Non è qualcosa di cui si parla comunemente».

Figura 4.14 – [Video di Carlotta](#)



Il recupero della visione binoculare è raccontato in modo poetico in un passaggio del libro *Fixing my gaze* scritto da Susan R. Barry (2009). Il libro è il racconto di come un'adulta, che fino ad allora non era mai stata in grado di percepire lo spazio e gli oggetti in tre dimensioni, abbia acquisito questa capacità. Da bambina, Susan R. Barry, oggi neurobiologa e docente universitaria in pensione, era affetta da strabismo. Nonostante si fosse sottoposta a tre interventi chirurgici per allineare gli occhi dal punto di vista estetico, non possedeva la visione stereoscopica e aveva accettato questa mancanza come una conseguenza del suo strabismo precoce. Da adulta, però, il suo sguardo divenne instabile, rendendole difficili attività quotidiane come guidare o leggere e limitando fortemente il suo mondo visivo. A 47 anni intraprese una terapia visiva guidata da un optometrista con l'obiettivo di stabilizzare la vista e con il tempo imparò a usare entrambi gli occhi in modo coordinato. Questo portò a un risultato inaspettato: per la prima volta nella sua vita, Barry cominciò a percepire il mondo in tre dimensioni. *Fixing my gaze* racconta questo cambiamento percettivo e oltre alla sua esperienza personale, Barry spiega con chiarezza anche i concetti scientifici e clinici necessari a comprenderne il significato. La sua storia ha suscitato grande interesse, dal momento che fino ad allora si riteneva che il cervello adulto avesse una plasticità molto ridotta e non fosse in grado di acquisire nuove funzioni (come discusso nel Capitolo 1).

Barry è anche la protagonista dell'articolo scritto per il New Yorker nel 2006 da Oliver Sacks: *Stereo Sue*. Riuscire a far comprendere a chi vede normalmente quanto sia straordinario acquisire una percezione che spesso si dà per scontata è difficile. Barry rimase incantata nel vedere per la prima volta la neve in tre dimensioni.

Di seguito la sua testimonianza in un audio registrato appositamente per il progetto seguita dalla traduzione in italiano.

Figura 4.15 – [*Audio di Susan R. Barry \(2025\)*](#)



Audio originale in inglese

(0:02) One winter day, I was racing from the classroom to the deli for a quick lunch.
(0:08) After taking only a few steps from the classroom building, I stopped short.
(0:13) The snow was falling lazily around me in large wet flakes.
I could see the space between each flake
(0:21) and all the flakes together produced a beautiful three-dimensional dance. (0:26)
In the past, the snow would have appeared to fall in a flat sheet in one plane, (0:31) slightly in front of me. I would have felt like I was looking in on the snowfall, but now I felt (0:37) myself within the snowfall, among the snowflakes.
Lunch forgotten, I watched the snowfall for (0:44) several minutes, and as I watched, I was overcome with a deep sense of joy.
(0:50) A snowfall can be quite beautiful, especially when you see it for the first time.

Traduzione in italiano

(0:02) Un giorno d'inverno, correvo dalla classe alla caffetteria per un pranzo veloce.
(0:08) Dopo aver fatto solo pochi passi fuori dall'edificio dell'aula, mi fermai di colpo.
(0:13) La neve cadeva pigramente intorno a me in grandi fiocchi bagnati. Riuscivo a vedere lo spazio tra ogni fiocco (0:21) e tutti insieme creavano una splendida danza tridimensionale.
(0:26) In passato, la neve mi sarebbe sembrata cadere come un foglio piatto, (0:31) su un piano leggermente davanti a me. Mi sarei sentita come se stessi guardando una nevicata dall'esterno, ma ora mi sentivo (0:37) immersa nella nevicata, tra i fiocchi di neve.
Dimenticato il pranzo, osservai la nevicata per (0:44) diversi minuti, e mentre guardavo, fui sopraffatta da una profonda sensazione di gioia. (0:50) Una nevicata può essere davvero bellissima, soprattutto quando la si vede per la prima volta.

4.5 La storia di Daniela: l'operazione chirurgica e il rapporto con la famiglia

Sull'operazione chirurgica, in particolare, si concentrano la maggior parte dei racconti degli adulti, oggi si effettua in day hospital e dopo poche ore si può già iniziare a vedere, ma negli anni '90 gli occhi venivano occlusi da una benda per almeno 48 ore senza che vi fosse la possibilità di vedere e spesso non veniva spiegato ai bambini prima dell'operazione.

Daniela è stata operata a cinque anni negli anni '90. È stato un evento traumatico che, ancora oggi, la mette a disagio quando deve entrare in una stanza buia: non entra senza prima accendere la luce. Quando anche suo fratello si è sottoposto allo stesso intervento, si è preoccupata molto per lui. Ricorda di avere chiesto ai genitori di comprare un peluche parlante che potesse rassicurarlo durante la notte, mentre tutti gli altri dormivano. Anche sua nipote Angelica soffre di strabismo.

Incontro Daniela, Angelica e i suoi genitori nel 2024 quando Angelica mette la bendina 4 ore al giorno. All'inizio è stata dura, ma poi si è abituata ed attende di migliorare la visione per l'operazione, con la zia ha un rapporto molto stretto e ha un istinto di protezione molto forte.

Daniela mi racconta di un episodio in cui una bambina addita sua nipote perché portava la bendina mentre camminano a Roma e questo le ha stimolato la stessa rabbia che provava da bambina quando la stessa cosa le accadde ad Agnone.

In giugno 2025 Daniela mi racconta che Angelica ha iniziato a dire da alcuni mesi che non vuole più portare benda e occhiali perché lei è l'unica a portarli all'asilo, la zia pensa che si senta diversa dagli altri. Daniela rispetto al suo aspetto fisico dice di avere sempre avuto la sensazione di sentirsi «come un dipinto di Picasso».

Lo strabismo può essere ereditario come discusso nel Capitolo 1 e nel caso di questa famiglia realizzo anche un'intervista telefonica alla nonna che ha vissuto due figli con strabismo e ora anche una nipote. Mi racconta che è stata lei la prima a mettere la bendina ad Angelica, viene vissuta dalla famiglia come la persona più esperta sull'argomento. La nonna ricorda la grande ignoranza sul tema in quel periodo in Molise e la difficoltà a trovare dei medici specializzati in strabologia, parla dello strabismo con sofferenza e si dimostra entusiasta che qualcuno stia facendo un progetto fotografico sul tema. Entrambi i figli hanno avuto due operazioni con recupero funzionale totale e si augura che anche Angelica possa farla presto.

Figura 4.16 - [Video di Daniela \(2024\)](#)



Figura 4.17 Ritratto di Daniela (2024)



Figura 4.18 Ritratto di Angelica, la nipote di Daniela (2024)



4.5 Tre storie sullo strabismo accomodativo

Lo strabismo di Giulia si risolve quasi completamente con gli occhiali che ha iniziato a indossare all'età di cinque anni. Fino a quel momento, non era chiaro che non vedesse bene. I bambini non sanno come spiegare cosa significhi vedere correttamente, perché non sono consapevoli che ci sia qualcosa che non va; per loro, la realtà che vivono e percepiscono è semplicemente quella che conoscono. Nonostante abbia dei genitori molto attenti, è stata la maestra la prima a notarlo.

Incontro Giulia (8 anni) e sua madre la prima volta nel mi ha raccontato che una sera, mentre tornavano a casa, Giulia le ha chiesto: «Mamma, cos'è quella cosa nel cielo?» e lei ha risposto: «La Luna.» È stato allora che la madre si è resa conto che sua figlia non l'aveva mai vista prima. Giulia non ama gli sport con la palla, ma da quando ha scoperto la ginnastica ritmica non ha mai evitato la trave, nonostante le sue difficoltà visive e la sua visione limitata. Le piace pattinare, nell'estate del 2024 si è rotta entrambi i polsi in un incidente in bicicletta, ma la sua energia non si è fermata e un mese dopo era di nuovo in sella. Porta occhiali bifocali con una linea visibile che corregge costantemente il suo strabismo. Tuttavia, grazie all'aiuto del medico

e della madre, è riuscita ad accettarli, c'è stato un grande lavoro di preparazione da parte della madre nell'estate del 2024, il che è stato importante, visto che la scuola non è sempre stata facile. Alcuni compagni di classe, in passato, hanno fatto qualche commento poco gentile sugli occhi di Giulia. A proposito del tema dello sport, le interviste con gli adulti hanno riportato quasi tutte un riferimento agli sport con la palla come problematici nel periodo scolastico.

Figura 4.19 Ritratto di Giulia in palestra (2024)

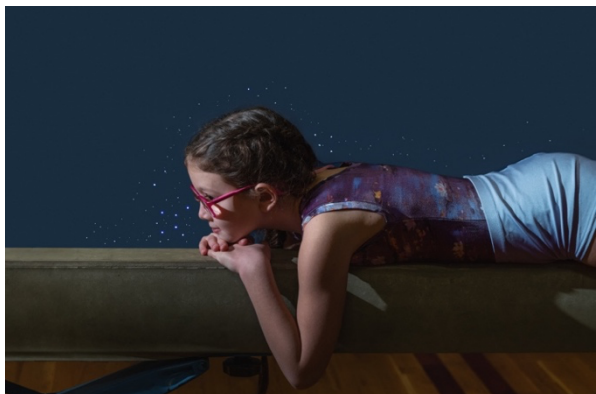


Figura 4.20 Ritratto di Giulia nella sua cameretta (2024)



Amanda (5 anni) dovrebbe indossare gli occhiali costantemente. Sua madre insiste nel farglieli mettere, ma alla fine è Amanda a decidere quando e se indossarli. Le cause del suo strabismo sono sconosciute, ma sua madre lo collega a una brutta caduta dal soppalco. Ha un rapporto molto stretto con la sorella, più grande di tre anni. Incontro Amanda e la famiglia più volte a partire da giugno 2021. Il padre racconta che Amanda ha un carattere molto forte, protegge in ogni situazione la sorella, anche durante episodi di bullismo e ha un rapporto speciale con lei.

Figura 4.21 Ritratto di Amanda e la sorella in camera

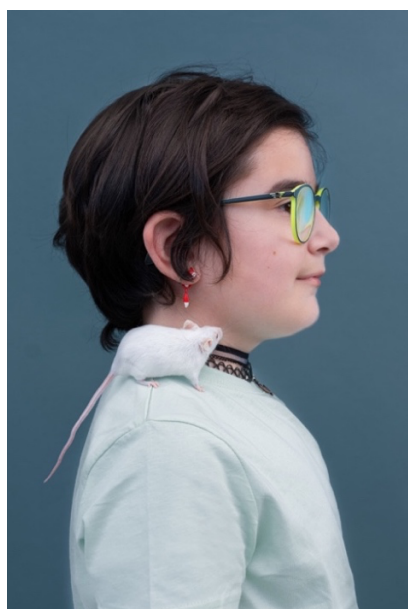


Figura 4.22 Ritratto di Amanda e la sorella nelle campagne



Ayda, 10 anni, ha sofferto di strabismo accomodativo, ma attualmente, grazie all'uso costante degli occhiali, il problema si è risolto. Anche quando li toglie, lo strabismo non è più visibile. Ha effettuato visite oculistiche molto precocemente e le è stato diagnosticato astigmatismo associato a ipermetropia. L'intervento tempestivo, unito al fatto che indossa costantemente gli occhiali, ha contribuito a ridurre notevolmente il problema. È probabile che, crescendo, la necessità di correzione visiva diventi sempre più limitata. Per Ayda, gli occhiali non sono mai stati un ostacolo: anche i suoi migliori amici li indossano e non si è mai sentita diversa o sola. Al contrario, Ayda dà molto importante il valore dell'unicità, che vive come qualcosa di positivo

Figura 4.23 Ritratto di Ayda (2024)



4.6 La storia di Vincenzo dalla diagnosi alla perdita visiva

Vincenzo ha 42 anni, una storia di strabismo alle spalle iniziata quando aveva 3 anni in Basilicata. Suo zio notò che uno dei due occhi, precisamente quello destro, tendeva a spostarsi verso l'esterno. Dopo i primi controlli risultò che «l'occhio non era solo strabico, ma anche pigro, astigmatico e miope. Il peggio che potesse capitarmi. Iniziai a portare gli occhiali a fondo di bottiglia e iniziò così il calvario della benda messa sull'occhio buono per dare modo al cervello di concentrarsi sull'occhio malato. Non ha mai portato a nessun risultato se non a quello di innervosirmi tantissimo.» Mi racconta che, grazie al supporto di alcuni parenti residenti a Roma, è stato possibile fissare un appuntamento con una specialista in strabologia a Roma. Per raggiungere la capitale partiva alle cinque del mattino dal proprio paese, arrivando a Roma

intorno alle otto. Le visite includevano l'applicazione di colliri midriatici, che causavano una temporanea dilatazione pupillare. Di conseguenza, i momenti successivi alla visita, spesso dedicati a brevi escursioni turistiche in città, erano vissuti in condizioni di forte sensibilità alla luce e visione sfocata. Fino al compimento dei diciott'anni non ha mai potuto osservare Roma in modo nitido.

Figura 4.24 Fotografia di Roma fuori fuoco (2024)



All'età di nove anni, Vincenzo si è sottoposto alla sua prima operazione di strabismo mediante la tecnica del tiraggio per intervenire direttamente sull'equilibrio dei muscoli oculari. Nonostante la complessità dell'intervento, non ha manifestato alcuna paura. L'intervento fu seguito da un secondo, nel 1994, a causa della recidiva dello strabismo. In quell'occasione, la madre affrontò con maggiore preoccupazione il rischio operatorio, mentre il padre cercò di alleggerire la situazione regalando al figlio un libro di magia. Nel periodo adolescenziale, pur non sottoponendosi a ulteriori interventi, Vincenzo ha vissuto con disagio l'aspetto estetico dello strabismo. Ha riportato difficoltà nelle relazioni sociali, in particolare nell'ambiente scolastico, dove tendeva a evitare il contatto visivo e viveva con imbarazzo le interazioni, specialmente con le coetanee. Nel 2002, prima del trasferimento a Torino per motivi di studio, ha scelto di sottoporsi a un terzo intervento correttivo, questa volta con finalità esclusivamente estetiche. L'operazione, eseguita dalla stessa specialista in una clinica privata, fu meno invasiva e garantì tempi di recupero rapidi. Sebbene l'occhio presentasse ancora un leggero disallineamento, il miglioramento fu percepito come significativo e definitivo. Dal 2015, tuttavia, la situazione clinica ha subito un drastico peggioramento a causa di un distacco di retina all'occhio destro. Nel tentativo di preservare la funzione visiva, Vincenzo si è sottoposto a numerosi interventi: un cerchiaggio, tre vitrectomie, due lavaggi oculari, quattro iniezioni intraoculari di Avastin e due trattamenti laser per la riduzione della pressione intraoculare.

Nonostante questi sforzi, la capacità visiva dell'occhio destro è oggi fortemente compromessa. Tuttavia, Vincenzo conserva una minima percezione della luce condizione che mantiene viva la speranza, accompagnata dall'attenzione verso le nuove frontiere della ricerca, come quelle legate all'utilizzo delle cellule staminali per la rigenerazione retinica. Anche suo figlio ha avuto un breve periodo in cui risultava ambliope e doveva mettere la bendina, la tempestività del trattamento gli ha permesso di risolvere in breve tempo i problemi, anche grazie alla correzione attraverso l'occhiale che porta tuttora.

In collaborazione con Vincenzo (regista), la sua famiglia e gli amici di suo figlio, decidiamo di realizzare una fotografia che rievoca uno degli episodi più imbarazzanti della sua infanzia: «Lo strabismo ti porta a vivere dei momenti davvero imbarazzanti, dalla più tenera età all'età adulta.» Nello scatto di seguito, il figlio interpreta Vincenzo da giovane: è ritratto in palestra mentre saluta una ragazzina, che però non ricambia il gesto, convinta che il saluto fosse rivolto all'amico alle sue spalle, il quale effettivamente risponde al saluto.

Qui di seguito anche un video di Vincenzo che racconta la sua esperienza con lo strabismo.

Figura 4.25 [Video di Vincenzo \(2024\)](#)



Figura 4.26 Fotografia ispirata alla storia di Vincenzo (2024)



4.7 La storia di C.: dalla diagnosi alle strategie di coping

C. è una fotografa di 33 anni, ha iniziato a manifestare uno strabismo convergente all'età di tre anni, notato casualmente dalla madre mentre la osservava scendere da uno scivolo al parco.

Non è mai stata operata, ma convive con una diagnosi di ipermetropia e astigmatismo che le comporta una visione sdoppiata e difficoltà nella messa a fuoco. Fin dall'infanzia ha seguito diversi percorsi terapeutici, tra cui lenti bifocali e patch occlusive. Sebbene l'ambliopia dell'infanzia sia stata trattata, oggi la sua visione rimane alterata: vede doppio, ma in modo diverso rispetto al passato, con sdoppiamenti più ravvicinati. Da bambina praticava nuoto e ginnastica artistica, ma ha incontrato maggiori difficoltà in sport come basket, calcio e pallavolo, dove la coordinazione oculo-motoria è più complessa. L'adolescenza è stata un periodo particolarmente delicato: il senso di esclusione, l'apparente invisibilità nei confronti di genitori e coetanei, e un vissuto di inadeguatezza hanno contribuito a una percezione negativa di sé. Fondamentale, in quel periodo, è stata la presenza di un'amica che l'ha sostenuta nei momenti di maggiore vulnerabilità, in particolare rispetto a episodi di bullismo. Lo strabismo, nel tempo, è divenuto per C. una caratteristica ambivalente. È un elemento identitario, una sorta di "superpotere" che le consente di muovere volontariamente l'occhio e "giocare con le immagini", ma è anche un limite estetico, ha difficoltà a vedersi con l'occhio deviato, che su di sé associa a un'idea di goffaggine.

Questa complessità ha influenzato anche la sua produzione artistica. Fin dalle scuole superiori ha iniziato a fotografare, spesso elaborando digitalmente autoritratti inquieti e frammentati immagini di sé con più dita o sdoppiata. Cresciuta in una famiglia benestante e molto presente, ha comunque vissuto un senso di invisibilità emotiva, anche in relazione al fatto che le sue due sorelle avevano diagnosi cliniche specifiche (discalculia e autismo) mentre lei, apparentemente "senza problemi", ha interiorizzato un senso di solitudine. Tra i suoi ricordi più vivi emergono: una cicatrice sull'occhio destro causata da una caduta da bambina, i viaggi in treno verso lo studio oculistico con sua madre e i test diagnostici visivi come la stella del Lang Test, un uccellino in una casetta, una macchinina e un elefante sfocati. Attualmente C. riferisce ancora difficoltà nella percezione delle distanze in condizioni di scarsa illuminazione, come nel caso dei gradini in legno scuro del soppalco di casa, che tendono a confondersi visivamente con il pavimento. Nonostante le persistenti fragilità visive, le sue lenti rappresentano per lei un elemento essenziale di sicurezza e stabilità quotidiana. Il suo compagno attuale è a conoscenza del suo strabismo, ma non l'ha mai vista senza lenti: non è mai accaduto che lei si mostrasse senza di esse («Non è ancora capitato»). Nel processo di costruzione delle immagini decidiamo di concentrarci su due ricordi visivi particolarmente significativi. Il primo è ambientato ad Arles: C., da sola in cucina mentre tutti dormono, inizia a giocare con la propria percezione visiva, sovrapponendo l'immagine dell'anello Chevalier, appoggiato su un tavolo bianco, alla propria mano. Il secondo riguarda le sue lenti: oggetto inseparabile durante il giorno, vengono

tolte solo la sera e appoggiate sul comodino, a volte le loro trasparenze evocano strutture quasi immaginarie.

Nell'audio risponde ad una domanda sul rapporto tra lo strabismo e la sua fotografia, su come pensa abbia influenzato il suo modo di fotografare e che ha significato oggi ha per lei lo strabismo. Per C. oggi è parte della sua identità e risolvere il problema rappresenterebbe una perdita: «...è un po' parte della mia identità, ma è un'identità intima probabilmente, cioè non è forse parte dell'identità che presento agli altri ma è sicuramente parte di un'identità che sento molto mia e che inconsciamente evidentemente porto alla luce tramite il mio lavoro. Tant'è che quando anche gli oculisti, gli ottici, insomma tutti gli specialisti, da cui sono andata mi hanno detto che col tempo questa cosa migliora e lo dicevano con, come dire, positività, “non ti preoccupare col tempo questa cosa si risolve” io ho un po' paura che questa cosa si risolva, mi dispiacerebbe perderla alla fine questa cosa tant'è che non mi sono mai operata nonostante cioè non mi sono mai operata in parte perché quando ho fatto ricerca con i miei genitori per operarmi ero troppo piccola e quindi non era ancora il momento ma oggi non lo farei perché ho paura di perderla questa cosa qua sarebbe perdere un pezzo di come vedo il mondo e mi mancherebbe molto, ecco.»

Figura 4.27 Fotografia di un anello, ispirata al racconto di C. (2024)



Figura 4.28 Fotografia di lenti a contatto, ispirata al racconto di C. (2024)



Figura 4.27 [Audio di C](#)



4.8 Il video di backstage del progetto

Nel 2023 ho partecipato al GFX Challenge Grant Program sponsorizzato da Fujifilm, un programma che assegna cinque premi globali e dieci regionali con l'obiettivo di supportare creativi emergenti nel realizzare progetti fotografici su temi di grande significato personale.

Una delle richieste del programma prevedeva anche la realizzazione di un video capace di raccontare il processo creativo, l'esperienza e le storie protagoniste del progetto attraverso la narrazione del fotografo. Da un lato, il video doveva illustrare il progetto stesso; dall'altro, doveva evidenziare anche la presenza delle fotocamere utilizzate. Dal punto di vista creativo, ho avuto piena libertà nella realizzazione, che per me è stata anche un'occasione di riflessione sul progetto, sviluppata in collaborazione con i colleghi Davide Greco e Vincenzo Greco.

Attualmente, il video è in rotazione nella sala d'attesa dello studio ortottico di Asti ed è stato proiettato in occasione delle presentazioni del programma GFX Challenge, nonché durante lezioni in contesti accademici dedicati alla fotografia.

Figura 3.23 [Video di backstage](#)



Considerazioni finali

Il presente elaborato si concentra sullo strabismo analizzandone le caratteristiche cliniche, le implicazioni funzionali e l'impatto sulla qualità della vita. Quest'ultima risulta parzialmente compromessa non solo dagli aspetti fisici e funzionali della condizione, ma anche dalle esperienze di discriminazione e stigmatizzazione, su cui si concentra in modo specifico la mia ricerca. I dati emersi dalla letteratura confermano la presenza di uno stigma sociale associato allo strabismo; tuttavia, resta la necessità di realizzare ulteriori studi, condotti soprattutto in contesti ecologici, per una comprensione più profonda del fenomeno.

Le strategie di intervento più efficaci per contrastare lo stigma sembrano essere quelle che integrano approcci diversi, come ad esempio il contatto indiretto e la decategorizzazione. Agire su un pregiudizio specifico, come quello legato allo strabismo, può inoltre produrre effetti positivi più ampi, promuovendo un atteggiamento di maggiore apertura e accettazione anche verso altre forme di diversità.

L'analisi del progetto fotografico è di natura strettamente qualitativa; tuttavia, evidenzia come i vissuti emotivi legati all'esperienza clinica delle persone intervistate siano estremamente variegati e complessi. Le narrazioni raccolte mostrano come l'esperienza dello strabismo lasci tracce durature nel tempo, influenzando l'immagine di sé e le modalità di interazione sociale. Dal materiale raccolto emergono vissuti di fragilità, spesso legati a episodi di esclusione, discriminazione o vergogna. Alcuni soggetti hanno raccontato momenti in cui si sono sentiti inadeguati o stigmatizzati, specialmente nel contesto scolastico e nei rapporti tra pari. Nondimeno, accanto a questi aspetti, si delineano anche risorse personali: strategie di adattamento e la capacità di rielaborare la propria esperienza attraverso il gioco, l'ironia e la creatività.

Rimane da approfondire la differente efficacia dei vari tipi di media. Come abbiamo visto l'esposizione a personaggi mediatici può suscitare esperienze cognitive ed emotive simili a quelle generate dal contatto diretto, ma le immagini statiche come le fotografie sono diverse dal video e possono rischiare di cristallizzare stereotipi se presentate singolarmente, senza didascalia o fuori contesto. I video e gli audio di accompagnamento aiutano a costruire la narrazione e il significato offrendo un potenziale maggiore nel promuovere il contatto con l'Altro. Anche per questo, nel mio progetto è stato interessante affiancare un video di backstage, utile a esplicitare il processo creativo, ma anche a favorire un contatto vicario e parasociale con le storie presentate.

Rimane da valutare se un progetto fotografico in forma multimediale abbia i margini da solo per migliorare gli atteggiamenti verso gli outgroup e possa far sviluppare un meccanismo di identificazione utile a ridurre il pregiudizio.

Valutare se gli obiettivi del mio progetto siano stati pienamente raggiunti è, al momento, prematuro. Ciononostante, sulla base dei dati a disposizione, si può ipotizzare che l'impatto di un singolo progetto fotografico sulla riduzione dello stigma e delle condotte discriminatorie sia probabilmente molto limitato. La sola fruizione delle immagini, per quanto significativa, non è sufficiente: è necessario affiancare strategie di contatto e sociocognitive diversificate e più articolate. La fase di distribuzione del progetto nasce proprio con questo intento. È fondamentale immaginare modalità di contatto trasversali, capaci di raggiungere e coinvolgere diversi contesti. In quest'ottica, un singolo festival fotografico risulta probabilmente meno efficace rispetto a un insieme di iniziative integrate, come mostre itineranti e momenti di confronto che si sviluppino in ambiti molteplici: dall'educativo (con interventi nelle scuole), al sanitario (ad esempio in studi oculistici), fino a contesti culturali più ampi. Solo attraverso un approccio combinato sarà possibile amplificare l'effetto positivo di progetti di questo tipo.

La risposta del pubblico ha confermato l'importanza di questa dimensione: dopo alcune mie interviste, ho ricevuto oltre cento messaggi da persone che si sono sentite rappresentate e toccate dal lavoro. Al contrario, ho notato che chi non ha vissuto direttamente o indirettamente l'esperienza dello strabismo ha mostrato un minore interesse.

Il campione di storie rappresentate nel progetto fotografico risulta ancora limitato e prevalentemente circoscritto a un contesto occidentale. Vi è dunque un margine di miglioramento per ampliare la variabilità in termini di età (l'adolescenza non è attualmente rappresentata), genere (la componente maschile è sottorappresentata), status socioeconomico e contesto socioculturale. Il limite di questa scelta è che il progetto necessita di ulteriori risorse economiche per proseguire con un buon ritmo, il fattore tempo è particolarmente rilevante per permettere ai partecipanti di superare la paura e il senso di vergogna legati al raccontare la propria storia e a farsi fotografare. La rappresentazione potrebbe arricchirsi attraverso l'inserimento di testimonianze dirette da parte di giovani adulti e adolescenti in grado di raccontare la propria esperienza. Un simile approccio contribuirebbe non solo a dare voce alle soggettività dei giovani, ma anche a favorire dinamiche di identificazione ed empatia, in particolare all'interno di contesti educativi e scolastici. Particolare attenzione deve essere riservata alla narrazione dei minorenni, un ambito che richiede estrema cautela, poiché implica il delicato equilibrio tra la tutela della loro identità e dignità, la possibilità di esprimere il proprio punto di vista e la gestione delle emozioni che può emergere da una condivisione diretta, come

nel caso di una testimonianza video. Per queste ragioni, fino ad ora ho privilegiato modalità narrative più indirette e meno invasive.

In questa ricerca ho volutamente escluso dall'analisi alcuni temi correlati, come il pregiudizio legato all'uso degli occhiali in generale (sarebbe interessante approfondire le differenze percepite tra occhiali, bifocali e dispositivi come la bendina), il rapporto con la cecità e la disabilità e con altre patologie correlate allo strabismo come l'albinismo, che richiederebbero un'indagine specifica. Inoltre, anche il rapporto tra generi potrebbe influenzare la percezione e l'esperienza dello strabismo, aspetto che meriterebbe ulteriori approfondimenti.

Credo sia importante riconoscere come la fotografia, i media e i temi affrontati siano plasmatisi dall'epoca storica in cui si vive, dal contesto sociale e dai mutamenti dei paradigmi culturali e tecnologici. L'attenzione e la consapevolezza delle emozioni, le proprie e quelle delle persone ritratte, rappresenta un nuovo impulso per la ricerca nella fotografia documentaria e il campo della soggettività, tradizionalmente associato all'ambito artistico e concettuale, può essere reinterpretato.

Anche il cambio di paradigma medico e sociale attorno allo strabismo ha avuto un impatto significativo negli ultimi quarant'anni. Gli studi e i trattamenti recenti dimostrano quanto la possibilità di correzione chirurgica e le nuove tecnologie abbiano modificato la percezione della condizione. In futuro, screening programmati a livello nazionale e un maggiore contatto con persone che hanno ambliopia o strabismo potrebbero contribuire ulteriormente a ridurre il pregiudizio. Maggiore è il numero di bambini che effettuano lo screening in giovane età e maggiore sarà il numero di bambini che porta gli occhiali o la bendina.

Sebbene la raccolta qualitativa costituisca un valido punto di partenza e la letteratura offra alcuni contributi significativi sul tema, dal punto di vista della ricerca accademica si rende necessaria l'elaborazione di studi futuri che approfondiscano la rappresentazione dello strabismo nei media, includano indagini osservazionali sullo stigma in contesti naturali e ricerche che analizzino in modo più specifico i bias impliciti associati a questa condizione.

Ringraziamenti

“The mind is the battleground for photography”

LaToya Ruby Frazier

Desidero ringraziare innanzitutto tutte le persone citate nell’elaborato, che con generosità hanno condiviso le loro esperienze e mi hanno permesso di raccontarle. Un ringraziamento speciale va alle famiglie, alle donne e agli uomini, ai medici che hanno preso parte a questo progetto: grazie per il tempo che mi avete dedicato, per la fiducia e per aver creduto nel valore di questo lavoro.

Tra i professionisti incontrati, un ringraziamento particolare va alla dottoressa Marisa Merlone, la prima a mostrare interesse per il progetto e che ha contribuito a verificare l’accuratezza delle informazioni presenti nel primo capitolo; alla dottoressa Zanasi, che mi ha accolto nella sua casa condividendo con me la sua profonda conoscenza; e al dottor Nucci, uno degli strabologi più autorevoli in Italia, che mi ha aperto le porte del suo studio, della sala operatoria e del suo team.

Un sentito ringraziamento va alla mia relatrice, la professoressa Daniela Bulgarelli, per i suoi preziosi consigli, le sue attente revisioni, l’interesse e la fiducia dimostrati: senza il suo sostegno, questo elaborato non avrebbe mai visto la luce.

Ringrazio con gratitudine Giulia Nausicaa Bianchi e tutto il gruppo di The Soul and The Machine, che mi hanno aiutata a riflettere sul significato profondo della fotografia; e Giulio Di Sturco, per gli stimoli ricevuti e per avermi dato il coraggio di fotografare anche nei momenti di incertezza.

Un grazie speciale ai miei genitori, per essere sempre stati al mio fianco e per aver creduto in me, soprattutto nei momenti di fragilità. Al mio compagno, Pierfilippo per l’amore, la profonda stima e la pazienza, e alla sua famiglia, per il loro affetto e supporto. Ai miei colleghi di studio, Davide e Federico, per il sostegno e i preziosi consigli. Ringrazio, infine, i miei colleghi di Sognopsicologia per aver condiviso con me una parte felice del mio percorso, e per esserci ancora.

Nota sul diritto d'autore:

Tutti i contenuti presenti in questo elaborato, comprese fotografie, testi, interviste e testimonianze, sono protetti da diritto d'autore ai sensi della normativa vigente. La tesi può essere citata e utilizzata per scopi accademici e di ricerca, purché venga sempre correttamente indicata la fonte. Tuttavia, le fotografie, le interviste e le testimonianze sono soggette a restrizioni più stringenti e non possono essere riprodotte, diffuse o utilizzate, in tutto o in parte, senza il consenso scritto dell'autrice e, ove necessario, dei soggetti coinvolti. I soggetti ritratti nelle fotografie hanno firmato una liberatoria che ne autorizza l'utilizzo esclusivamente a fini scientifici nell'ambito della presente tesi, nonché a fini informativi, giornalistici, promozionali e commerciali all'interno del progetto fotografico *Wandering Star*. È vietata la condivisione di materiale protetto da diritto d'autore, in particolare su piattaforme digitali e social media, senza l'esplicito consenso dell'autrice.

Bibliografia

- Allport, G. W. (1954). The nature of prejudice. Addison-Wesley.
- Almeida, T. P., Rodrigues, F. A., & Costa, A. P. (2018). Impact of strabismus on quality of life: A systematic review. *International Journal of Ophthalmology*, 11(8), 1325–1332. <https://doi.org/10.18240/ijo.2018.08.19>
- Ansons, A. M., & Davis, H. (2014). Supranuclear and internuclear disorders. In *Disorders in diagnosis and management of ocular motility disorders* (4th ed., pp. 611–640). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118712368>
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457–462. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Atkinson, J., & Braddick, O. (2020). Visual development. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 173, pp. 121–142). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00013-7>
- Atkinson, J., Braddick, O., Nardini, M., & Anker, S. (2007). Infant hyperopia: Detection, distribution, changes and correlates—Outcomes from the Cambridge Infant Screening Programs. *Optometry and Vision Science*, 84(2), 84–96. <https://doi.org/10.1097/OPX.0b013e318031b69a>
- Bagolini, B., & Campos, E. (1983). Practical usefulness of anomalous binocular vision. *International Ophthalmology*, 6, 107–112. <https://doi.org/10.1007/BF00137369>
- Bagolini, B., & Zanasi, M. (2007). *Strabologia. Diagnosi e terapia dello strabismo e del nistagmo*. Verduci Editore.
- Bagolini, B. (1974). Sensory anomalies in strabismus. *British Journal of Ophthalmology*, 58(3), 313–317. <https://doi.org/10.1136/bjo.58.3.313>
- Banks, M. S., Aslin, R. N., & Letson, R. D. (1975). Sensitive period for the development of human binocular vision. *Science*, 190(4215), 675–677. <https://doi.org/10.1126/science.1188363>
- Baroncelli, L., Maffei, L., & Sale, A. (2011). New perspectives in amblyopia therapy on adults: A critical role for the excitatory/inhibitory balance. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 5, 25. <https://doi.org/10.3389/fncel.2011.00025>
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., Klein, T. R., & Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 72(1), 105–118. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.105>
- Bellmer, R., & Möller, F. (2022). Messiness in photography, war and transitions to peace: Revisiting Bosnia: Uncertain paths to peace. *Media, War & Conflict*, 16(2), 265–281. <https://doi.org/10.1177/17506352211072463> (Original work published 2023)
- Bigler, R. S., & Liben, L. S. (2006). A developmental intergroup theory of social stereotypes and prejudice. In R. V. Kail (Ed.), *Advances in child development and behavior* (pp. 39–89). Elsevier Academic Press.
- Bigler, R. S., & Liben, L. S. (2006). A developmental intergroup theory of social stereotypes and prejudice. In R. V. Kail (Ed.), *Advances in child development and behavior* (pp. 39–89). Elsevier Academic Press.
- Braddick, O., Atkinson, J., & Julesz, B. (1980). Cortical binocularity in infants. *Nature*, 288, 363–365. <https://doi.org/10.1038/288363a0>
- Brambilla, M., & Durante, F. (2022). Il pregiudizio contemporaneo. In M. Brambilla & S. Sacchi (a cura di), *Psicologia sociale del pregiudizio* (pp. 13–31). Raffaello Cortina Editore.
- Brambilla, M., & Sacchi, S. (2022). La natura del pregiudizio: definizioni ed evoluzione storica. In M. Brambilla & S. Sacchi (a cura di), *Psicologia sociale del pregiudizio* (pp. 3–11). Raffaello Cortina Editore.
- Brambilla, M., & Sacchi, S. (2022). Le basi cognitive del pregiudizio: categorizzazione e stereotipi. In M. Brambilla & S. Sacchi (a cura di), *Psicologia sociale del pregiudizio* (pp. 75–102). Raffaello Cortina Editore.
- Brewer, M. B., & Pierce, K. P. (2005). Social identity complexity and outgroup tolerance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 428–437. <https://doi.org/10.1177/0146167204271710>
- Brewer, M. B. (2008). Depersonalized trust and ingroup cooperation. In J. I. Krueger (Ed.), *Rationality and social responsibility: Essays in honor of Robyn Mason Dawes* (pp. 215–232). Psychology Press.
- Brown, R., & Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 37, pp. 255–343). Elsevier Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(05\)37005-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(05)37005-5)
- Brown, R. (1997). *Psicologia sociale del pregiudizio*. Il Mulino.

- Bucci, M. P., Lions, C., Bui-Quoc, E., & Milleret, C. (2002). Postural control in children with strabismus: Effect of eye surgery. *Neuroscience Letters*, 332(1), 96–101. [https://doi.org/10.1016/S0304-3940\(02\)00912-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3940(02)00912-3)
- Burian, H. (1951). Operation in horizontal concomitant strabismus. *American Journal of Ophthalmology*, 34(6), 910–911.
- Burke, J. P., Leach, C. M., & Davis, H. (1997). Psychosocial implications of strabismus surgery in adults. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 34(3), 159–164. <https://doi.org/10.3928/0191-3913-19970501-06>
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cameron, L., & Rutland, A. (2006). Extended contact through story reading in school: Reducing children's prejudice toward the disabled. *Journal of Social Issues*, 62(3), 469–488. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00469.x>
- Campos, E. C. (1994). *Manuale di strabismo*. Ghedini.
- Campos, E. C. (1995). Amblyopia. *Survey of Ophthalmology*, 40(1), 23–39.
- Carr, D., & Friedman, M. A. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.1177/002214650504600303>
- Chang, M. Y., Velez, F. G., Demer, J. L., Isenberg, S. J., Coleman, A. L., & Pineles, S. L. (2015). Quality of life in adults with strabismus. *American Journal of Ophthalmology*, 159(3), 539–544.e2. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2014.12.003>
- Clarke, M. P., Wright, C. M., Hrisos, S., Anderson, J. D., Henderson, J., & Richardson, S. R. (2003). Randomised controlled trial of treatment of unilateral visual impairment detected at preschool vision screening. *BMJ*, 327(7426), 1251. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7426.1251>
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., Slade, M., Rüsch, N., & Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), CD009453. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2>
- Coats, D. K., Paysse, E. A., Towler, A. J., & Dipboye, R. L. (2000). Impact of large-angle horizontal strabismus on ability to obtain employment. *Ophthalmology*, 107(2), 402–405. [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(99\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(99)00035-4)
- Cocco, V. M., Bisagno, E., Di Bernardo, G. A., Cadamuro, A., Riboldi, S. D., Crapolicchio, E., Trifiletti, E., Stathi, S., & Vezzali, L. (2020). *Comparing story reading and video*

- watching as two distinct forms of vicarious contact: An experimental intervention among elementary school children.* Manuscript under revision.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2012). Imagined intergroup contact. In G. Hodson & M. Hewstone (Eds.), *Advances in intergroup contact* (pp. 135–151). Psychology Press.
- Cruciani, F. (2022). Oftalmologia sociale. *Rivista di Sanità Pubblica*, 44(1).
- Czopp, A. M., Kay, A. C., & Cheryan, S. (2015). Positive stereotypes are pervasive and powerful. *Perspectives on Psychological Science*, 10(4), 451–463. <https://doi.org/10.1177/1745691615588091>
- Dalky, H. F. (2012). Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 779–796. <https://doi.org/10.1177/0193945911416933>
- Das, A. K., & Nair, M. K. (2020). Stigma and mental health: Challenges and strategies for the developing world. *International Review of Psychiatry*, 32(4), 385–393. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1757247>
- Daum, K. M., & McCormack, G. L. (2006). Fusion and binocularity. In B. Benjamin (Ed.), *Borish's Clinical Refraction* (pp. 145–191). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7506-7524-6.50010-7>

- Davies, K., Tropp, L. R., Aron, A., Pettigrew, T. F., & Wright, S. C. (2011). Cross-group friendships and intergroup attitudes: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 332–351. <https://doi.org/10.1177/1088868311411103>
- Davies, P. G., Spencer, S. J., Quinn, D. M., & Gerhardstein, R. (2002). Consuming images: How television commercials that elicit stereotype threat can restrain women academically and professionally. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1615–1628. <https://doi.org/10.1177/014616702237644>
- Denzin, N. K. (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 5–18. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.1.5>
- Diener, M. L., & Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with ADHD: A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 256–265. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2603_4
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (1996). Affirmative action, unintentional racial biases, and intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 52(4), 51–75. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1996.tb01848.x>
- Dovidio, J. F., Eller, A., & Hewstone, M. (2011). Improving intergroup relations through direct, extended and other forms of indirect contact. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(2), 147–160. <https://doi.org/10.1177/1368430210390555>
- Dovidio, J. F., Hewstone, M., Glick, P., & Esses, V. M. (Eds.). (2010). *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*. Sage Publications.
- Duke-Elder, S. (1949). *Text-book of ophthalmology: The neurology of vision, motor and optical anomalies* (Vol. 4). CV Mosby.
- Duncombe, J., & Jessop, J. (2012). ‘Doing rapport’ and the ethics of ‘faking friendship.’ In T. Miller, M. Birch, M. Mauthner, & J. Jessop (Eds.), *Ethics in qualitative research* (2nd ed., pp. 108–121). SAGE Publications.
- Ebner, D. S., & Latner, J. D. (2013). Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: A comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 281–285. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318288e23f>

- Economides, J. R., Adams, D. L., & Horton, J. C. (2021). Interocular suppression in primary visual cortex in strabismus. *Journal of Neuroscience*, 41(25), 5522–5533. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0044-21.2021>
- Ehlers, M., Mauschitz, M. M., & Wabbels, B. (2023). Implementing strabismus-specific psychosocial questionnaires in everyday clinical practice: Mental health and quality of life in the context of strabismus surgery. *BMJ Open Ophthalmology*, 8, e001334. <https://doi.org/10.1136/bmjophth-2022-001334>
- Eibschitz-Tsimhoni, M., Friedman, T., Naor, J., Eibschitz, N., & Friedman, Z. (2000). Early screening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and severity of amblyopia. *Journal of AAPOS*, 4(4), 194–199. <https://doi.org/10.1067/mpa.2000.105274>
- Estes, K. J., Parrish, R. K., Sinacore, J., Mumby, P. B., & McDonnell, J. F. (2020). Effects of corrective strabismus surgery on social anxiety and self-consciousness in adults. *Journal of AAPOS*, 24(5), 280.e1–280.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2020.05.017>
- Eustis, S., & Smith, D. R. (1987). Parental understanding of strabismus. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 24(5), 232–236. <https://doi.org/10.3928/0191-3913-19870901-08>
- Fein, S., & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: *Affirming the self through derogating others*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 31–44. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.1.31>
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 357–411). McGraw-Hill.
- Flynn, J. T., Schiffman, J., Feuer, W., & Corona, A. (1998). The therapy of amblyopia: An analysis of the results of amblyopia therapy utilizing the pooled data of published studies. *Transactions of the American Ophthalmological Society*, 96, 431–450.
- Flynn, J. T. (1991). 17th annual Frank Costenbader lecture: Amblyopia revisited. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 28(4), 183–201.
- Franklin, S. (2016). *The documentary impulse*. Phaidon Press.
- Fronius, M., Cirina, L., Ackermann, H., Kohnen, T., & Diehl, C. M. (2014). Efficiency of electronically monitored amblyopia treatment between 5 and 16 years of age. *Vision Research*, 103, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.visres.2014.07.006>
- Fung, K. M., & Lee, T. S. (2021). The psychosocial impact of visible facial differences: A systematic review. *Journal of Craniofacial Surgery*, 32(4), 1170–1175. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000007372>

- Gaertner, C., Creux, C., Espinasse-Berrod, M.-A., Orssaud, C., Dufier, J.-L., & Kapoula, Z. (2013). Benefit of bi-ocular visual stimulation for postural control in children with strabismus. *PLoS ONE*, 8(4), e60341. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060341>
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., Anastasio, P. A., Bachman, B. A., & Rust, M. C. (1993). The common ingroup identity model: Recategorization and the reduction of intergroup bias. *European Review of Social Psychology*, 4(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/14792779343000004>
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., Nier, J. A., Banker, B. S., Ward, C. M., Houlette, M., & Loux, S. (2000). The Common Ingroup Identity Model for reducing intergroup bias: Progress and challenges. In D. Capozza & R. Brown (Eds.), *Social identity processes: Trends in theory and research* (pp. 133–148). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446218617.n9>
- Galdi, S., & Tomasetto, C. (2022). Subire gli stereotipi. In M. Brambilla & S. Sacchi (a cura di), *Psicologia sociale del pregiudizio* (pp. 251–271). Raffaello Cortina Editore.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>
- Ghanekar, E., Duff, R., Kowdley Hemanth, L., & Jain, S. (2025). Strabismus: An assessment of educational content on social media. *Strabismus*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/09273972.2025.2509487>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2002). Ambivalent responses. *American Psychologist*, 57(6–7), 444–446. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.6-7.444b>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.
- Grant, S., & Moseley, M. J. (2011). Amblyopia and real-world visuomotor tasks. *Strabismus*, 19(3), 119–128. <https://doi.org/10.3109/09273972.2011.600423>
- Grant, S., Melmoth, D. R., Morgan, M. J., & Finlay, A. L. (2007). Prehension deficits in amblyopia. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(3), 1139–1148. <https://doi.org/10.1167/iovs.06-0976>
- Habib, K., & Soliman, T. (2015). Cartoons' effect in changing children mental response and behavior. *Open Journal of Social Sciences*, 3, 248–264. <https://doi.org/10.4236/jss.2015.39033>
- Hatt, S. R., Leske, D. A., Bradley, E. A., Cole, S. R., & Holmes, J. M. (2009). Development of a quality-of-life questionnaire for adults with strabismus. *Ophthalmology*, 116(1), 139–144.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2008.08.043>

- Hatt, S. R., Leske, D. A., Kirgis, P. A., Bradley, E. A., & Holmes, J. M. (2007). The effects of strabismus on quality of life in adults. *American Journal of Ophthalmology*, 144(5), 643–647. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2007.06.032>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Havy, M., & Waxman, S. R. (2016). Naming influences 9-month-olds' identification of discrete categories along a perceptual continuum. *Cognition*, 156, 41–51. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2016.07.011>
- Helmholtz, H. (1924). *Treatise on physiological optics* (J. P. C. Southall, Trans., 3rd ed.). Optical Society of America.
- Hering, E. (1977). *The theory of binocular vision* (B. Bridgeman & L. Stark, Trans.). Plenum Press. (Original work published 1868)
- Hertle, R. W. (2002). A next step in naming and classification of eye movement disorders and strabismus. *Journal of AAPOS*, 6(4), 201–202.
- Hess, R. F., Thompson, B., & Baker, D. H. (2014). Binocular vision in amblyopia: Structure, suppression and plasticity. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 34(2), 146–162. <https://doi.org/10.1111/opo.12123>
- Hill, S. P. (2023). Insult to injury? Women and mental disorder in Italian photography and visual culture. *In Violence Against Women*, 1477. <https://doi.org/10.1177/10778012231162041>
- Howard, I. P., & Rogers, B. J. (2008). *Seeing in depth* (Vols. 1–2). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195367607.001.0001>
- Hubel, D. H. (1988). *Eye, brain, and vision*. Scientific American Library.
- Jackson, J. S., Brown, T. N., Williams, D. R., Torres, M., Sellers, S. L., & Brown, K. (1996). Racism and the physical and mental health status of African Americans: A thirteen-year national panel study. *Ethnicity & Disease*, 6(1-2), 132–147.
- Jackson, J. S., Knight, K. M., & Rafferty, J. A. (2010). Race and unhealthy behaviors: Chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. *American Journal of Public Health*, 100(5), 933–939.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2012). *Principles of neural science* (5th ed.). McGraw-Hill Education.
- Kandel, E. R. (2007). *Arte e neuroscienze*. Raffaello Cortina Editore.

- Kassam, K. S., & Mendes, W. B. (2013). The effects of measuring emotion: Physiological reactions to emotional situations depend on whether someone is asking. *PLoS ONE*, 8(6), e64959. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064959>
- Kelly, K. R., Felius, J., Ramachandran, S., John, B. A., Jost, R. M., & Birch, E. E. (2008). Congenitally impaired disparity vergence in children with infantile esotropia. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 49(7), 3009–3016. <https://doi.org/10.1167/iovs.07-1610>
- Kelly, K. R., Jost, R. M., De La Cruz, A., & Birch, E. E. (2015). Amblyopic children read more slowly than controls under natural, binocular reading conditions. *Journal of AAPOS*, 19(6), 515–520. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2015.09.002>
- Kinder, D. R., & Sears, D. O. (1981). Prejudice and politics: Symbolic racism versus racial threats to the good life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(3), 414–431. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.3.414>
- Kornilaki, E. N. (2015). Obesity bias in children: The role of actual and perceived body size. *Infant and Child Development*, 24, 365–378. <https://doi.org/10.1002/icd.1894>
- Kothari, M., Balankhe, S., Gawade, R., & Toshnival, S. (2009). Comparison of psychosocial and emotional consequences of childhood strabismus on the families from rural and urban India. *Indian Journal of Ophthalmology*, 57(4), 285–288. <https://doi.org/10.4103/0301-4738.53053>
- Kulp, M. T., & Schmidt, P. P. (1996). Visual predictors of reading performance in kindergarten and first grade children. *Optometry and Vision Science*, 73(4), 255–262. <https://doi.org/10.1097/00006324-199604000-00007>
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126(3), 390–423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.390>
- Legrand, A., Bui-Quoc, E., Wiener-Vacher, S., Ribot, J., Lebas, N., Milleret, C., & Bucci, M. P. (2011). Postural control in children with strabismus before and after eye surgery. *Neuroscience Letters*, 501(2), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2011.06.056>
- Lembo, A., Serafino, M., Strologo, M. D., Saunders, R. A., Trivedi, R. H., Villani, E., & Nucci, P. (2019). Accommodative esotropia: The state of the art. *International Ophthalmology*, 39(2), 497–505. <https://doi.org/10.1007/s10792-018-0821-6>
- Levi, D. M., Harwerth, R. S., & Smith, E. L. (1979). Humans deprived of normal binocular vision have binocular interactions tuned to size and orientation. *Science*, 206(4420), 852–854.

- Levi, D. M., Knill, D. C., & Bavelier, D. (2015). *Stereopsis and amblyopia: A mini-review. Vision Research*, 114, 17–30. <https://doi.org/10.1016/j.visres.2015.01.002>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Macrae, C. N., Milne, A. B., & Bodenhausen, G. V. (1994). Stereotypes as energy-saving devices: A peek inside the cognitive toolbox. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 37–47. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.37>
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Martinez Sanchez, M., & Whitman, M. C. (2023). Genetics of strabismus. *Frontiers in Ophthalmology*, 3, 1233866. <https://doi.org/10.3389/fopht.2023.1233866>
- Melmoth, D. R., Finlay, A. L., Morgan, M. J., & Grant, S. (2009). Grasping deficits and adaptations in adults with stereo vision losses. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 50(8), 3711–3720. <https://doi.org/10.1167/iovs.08-3229>
- Morgan, K., & McGee, H. (2013). *Defining QoL and HRQoL. In Assessment in health psychology* (pp. 189–200). Hogrefe.
- Moseley, M. J., Neufeld, M., McCarry, B., Charnock, A., McNamara, R., Rice, T., & Fielder, A. (2002). Remediation of refractive amblyopia by optical correction alone. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 22(4), 296–299.
- Nucci, P., Kushner, B. J., Serafino, M., & Orzalesi, N. (2005). A multi-disciplinary study of the ocular, orthopedic, and neurologic causes of abnormal head postures in children. *American Journal of Ophthalmology*, 140(1), 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2005.01.037>
- Nucci, P. (2003). *Lo strabismo: clinica e terapia. Manuale per oftalmologi ed ortottisti*. Fabiano Editore.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (1995). WHOQOL: Measuring quality of life. Autore.
- Papageorgiou, E., Asproudis, I., Maconachie, G., Tsironi, E., & Gottlob, I. (2019). The treatment of amblyopia: Current practice and emerging trends. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 257(4), 1061–1078. <https://doi.org/10.1007/s00417-019-04254-w>

- Patrick, D. L., & Guyatt, G. (2013). Patient reported outcomes. *National Institute of Health*.
<http://www.esourceresearch.org/tabid/188/default.aspx>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010).
 “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia,
 depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321–
 1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Petersen, M. A., Larsen, H., Pedersen, L., Sonne, N., & Groenvold, M. (2006). Assessing
 health-related quality of life in palliative care: Comparing patient and physician
 assessments. *European Journal of Cancer*, 42(8), 1159–1166.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2006.01.032>
- Petrig, B., Julesz, B., Kropfl, W., Baumgartner, G., & Anliker, M. (1981). Development of
 stereopsis and cortical binocularity in human infants: Electrophysiological evidence.
Science, 213(4514), 1402–1405. <https://doi.org/10.1126/science.7268443>
- Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The
 impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological
 distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634–651.
<https://doi.org/10.1037/a0015815>
- Read, J. C. A., Begum, S. F., McDonald, A., & Trowbridge, J. (2013). The binocular advantage
 in visuomotor tasks involving tools. *i-Perception*, 4(2), 101–110.
<https://doi.org/10.1068/i0565>
- Roccas, S., & Brewer, M. B. (2002). Social identity complexity. *Personality and Social
 Psychology Review*, 6(2), 88–106. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_01
- Sachsenweger, R. (1968). Problems of organic lesions in functional amblyopia. In H. Arruga
 (Ed.), *International Strabismus Symposium* (p. 63). S. Karger AG.
- Satterfield, D., Keltner, J., & Morrison, T. (1993). Psychosocial aspects of strabismus study.
Archives of Ophthalmology, 111(8), 1100–1105.
- Schafer, M. H., & Ferraro, K. F. (2011). The stigma of obesity. *Social Psychology Quarterly*,
 74(1), 70–83. <https://doi.org/10.1177/0190272511398197>
- Selensky, J. C., & Carels, R. A. (2021). Weight stigma and media: An examination of the effect
 of advertising campaigns on weight bias, internalized weight bias, self-esteem, body
 image, and affect. *Body Image*, 36, 95–106.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.008>
- Sengpiel, F., & Blakemore, C. (1996). The neural basis of strabismus and amblyopia in
 strabismus. *Eye*, 10(2), 250–258. <https://doi.org/10.1038/eye.1996.59>

- Simon Grant et al. (2007). Prehension deficits in amblyopia. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*.
- Stangor, C., & Crandall, C. S. (2013). The stigma of mental illness. In J. F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V. M. Esses (Eds.), *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination* (pp. 341–358). SAGE Publications.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press.
- Von Noorden, G. K. (1995). Amblyopia. In *Binocular vision and ocular motility: Theory and management of strabismus* (5th ed., pp. 206–245). Mosby.
- Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. *The Lancet*, 367(9509), 536–538. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68189-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68189-0)
- White, F. A., Borinca, I., Vezzali, L., et al. (2021). Beyond direct contact: The theoretical and societal relevance of indirect contact for improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 77, 132–153. <https://doi.org/10.1111/josi.12400>
- Worth, C. A. (1903). *Squint: Its causes, pathology, and treatment*. John Bale, Sons & Danielsson.
- Xiu, Y., Zhang, Y., Su, Y., Zhu, C., & Liu, Z. (2025). A bibliometric analysis of strabismus (from 2004 to 2023). *Frontiers in Medicine*, 12, 1488817. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1488817>
- Zečević, V. (2021). The media in the service of health. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 4), 994–1000.