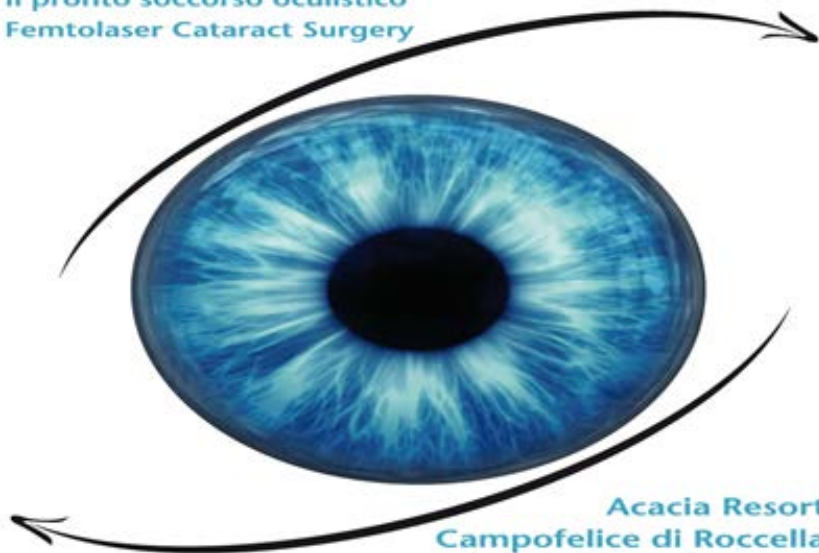


## Le linee guida in oftalmologia

Il pronto soccorso oculistico  
Femtolaser Cataract Surgery



Acacia Resort  
Campofelice di Roccella  
14•15•16 Aprile 2016

Segreteria organizzativa:

**KALOS**  
convegni  
Via Milano, 30 • Vittoria (RG)  
tel./fax 0939.510991  
info@kalosconvegni.it  
www.kalosconvegni.it

Segreteria scientifica:

www.sosweb.it • info@sosweb.it

FAD "IL GLAUCOMA" (Parte seconda)  
di L. Buratto - L. Caretti  
20 crediti ECM

Le linee guida in  
oftalmologia  
Cataratta  
Asp 7 Ragusa  
S. Azzaro

The Royal College



Cataract Surg

Septem

PREFERRED PRACTICE PATTERNS



 AMERICAN ACADEMY  
OF OPHTHALMOLOGY  
*The Eye M.D. Association*



SOI  
Società Oftalmologica Italiana  
Associazione Medici Oculisti Italiani  
ONLUS, 501307412  
dal 1869 a difesa della vista

## LINEE GUIDA CLINICO ORGANIZZATIVE SULLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA

*Approvate il 25 ottobre 2014  
Primo Aggiornamento novembre 2015*

---

SOI – Società Oftalmologica Italiana  
Ente Morale  
Dal 1869 a difesa della vista

Con la collaborazione di:

---

**AICCER – Associazione Italiana Chirurgia della Cataratta e Rifrattiva**

---

# Linee guida internazionali per la chirurgia della cataratta

FONTE	REFERENZA
The Royal College of Ophthalmologists, UK	Cataract Surgery Guidelines September 2010
American Academy of Ophthalmology, USA	Preferred Practice Patterns - Cataract in the Adult Eye - 2011
ESCRS, European Society of Cataract & Refractive Surgery	Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors. J Cataract Refract Surg. 2007 Jun;33(6):978-88
SOI, Società Oftalmologica Italiana	Chirurgia della cataratta: raccomandazioni clinico-organizzative per la chirurgia della cataratta non in regime di ricovero ordinario, 2000
SOI, Società Oftalmologica Italiana	Prevenzione dell'endoftealmite postoperatoria, 2013
SOI, Società Oftalmologica Italiana e AICCER	Linee Guida Clinico organizzative Sulla Chirurgia della Cataratta <b><u>Novembre 2015</u></b>

# Chirurgia della cataratta: volumi e modalità di erogazione

- 550.000 interventi l'anno
- 19.362 in regime di ricovero ordinario
- 124.828 day surgery
- **412.000 ambulatoriale**

- ✓ Il più frequente intervento tra le diverse discipline chirurgiche
- ✓ Numero di interventi destinato a crescere con l'invecchiamento della popolazione, soprattutto in Italia, che nel 2030 potrebbe essere in assoluto il Paese più vecchio del mondo

“La mancata adozione a livello nazionale della scheda ambulatoriale con gli items proposti da SOI e AICCER per l'intervento di cataratta, rappresenta un importante problema e per questo l'invito delle Società è di attenersi alla proposta allegata alle Linee Guida”

# Trattamento della cataratta

## IL TRATTAMENTO DELLA CATARATTA È CHIRURGICO

La letteratura non supporta evidenze di un beneficio di supplementi nutrizionali nel prevenire o ritardare la progressione della cataratta, pertanto il trattamento con integratori non è raccomandato

### INDICAZIONI:

...Una funzione visiva che non soddisfa più le esigenze del paziente e per le quali la chirurgia fornisce una ragionevole probabilità di miglioramento.

### ALTRE INDICAZIONI:

- anisometropia clinicamente significativa da cataratta
- opacità del cristallino tale da interferire con una diagnosi ottimale o un'adeguata gestione del segmento posteriore
- condizioni in cui il cristallino induce infiammazione, glaucoma secondario (facolitico, facoanafilattico) o chiusura dell'angolo (facomorfico)

# Trattamento della cataratta

## CONTROINDICAZIONI:

- non si prevede miglioramento della funzione visiva dopo la chirurgia e non esiste altra indicazione alla rimozione del cristallino
- il paziente o il suo tutore non è in grado di fornire un consenso informato per la chirurgia in condizioni di elezione

## OBIETTIVO DEL TRATTAMENTO:

**Rimozione del cristallino divenuto opaco e che non permette un'adeguata visione.** Grazie alla rimozione del cristallino naturale opaco e all'impianto della lente intraoculare artificiale è possibile ottenere - nella maggioranza dei casi - un miglioramento della vista se non sono presenti altre patologie oculari e se non si verificano eventi avversi perioperatori.

**L'intervento di cataratta non deve essere considerato un intervento a scopo riabilitativo, ma esclusivamente curativo**

# PPP

## PATIENT OUTCOME CRITERIA:

- Reduction of visual symptoms
- Improvement in visual function
- Achievement of desired refractive outcome
- Improvement in *physical function, mental health, and quality of life*

*“noi riteniamo che le seguenti verità siano di per se stesse evidenti; che tutti gli uomini sono stati creati uguali, che essi sono dotati dal loro Creatore di alcuni diritti inalienabili, che fra questi sono la Vita, la Libertà e la ricerca della Felicità...”*



# Valutazione preoperatoria

## VALUTAZIONE OCULISTICA

- ✓ anamnesi generale: documento anamnestico redatto dal medico di medicina generale
- ✓ anamnesi oculistica
- ✓ esame obiettivo: presenza di patologie oculari associate alla cataratta, dilatabilità della pupilla, esplorabilità delle strutture posteriori al cristallino;
- ✓ esame funzionale: rilevazione del visus per lontano e per vicino con la miglior correzione ottica;
- ✓ biometria;
- ✓ selezione della IOL

## VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA

- ✓ Le condizioni cliniche sistemiche del paziente sono **SOTTO LA DIRETTA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO ANESTESISTA** che lo prenderà in carico sino alla sua dimissione.
- ✓ La scelta tra anestesia locale (topica o infiltrativa) e generale dipende dalle condizioni fisiche e mentali del paziente e deve essere definita in base alle necessità e preferenze del paziente, del chirurgo e dell'anestesista.

Ia

Routine pre-operative medical testing (blood tests and ECGs) for patients having local anaesthesia have not been found to reduce the incidence of intraoperative or post-operative medical complications.<sup>15,16</sup>





# Preparazione del paziente

- **Norme d'igiene personale del paziente:** ...è il paziente stesso la principale fonte di infezione.
  - ✓ Sospensione uso di LAC in entrambi gli occhi e di protesi nell'occhio controlaterale da almeno 24 h
  - ✓ Evitare contaminazione dell'ambiente chirurgico: indossare copricapo, sovrascarpe e camice
  - ✓ Evitare indumenti di intralcio all'intervento e al monitoraggio cardiorespiratorio
- **Farmaci immunosoppressivi e antiaggreganti**
  - ✓ Sospensione immunosoppressivi: valutare insieme all'immunologo
  - ✓ In genere non è necessaria la sospensione di farmaci antiaggreganti.

III

A review of 19,283 cataract operations reported in 2003<sup>20</sup> and a Multi-centre electronic audit of 55,567 operations in 2009<sup>14</sup> reported no increased risk of the potentially sight threatening haemorrhagic complications of retrobulbar/peribulbar haemorrhage during sharp needle or sub-Tenon's LA, or choroidal haemorrhage during surgery, in patients taking any of the above medications. There was a significantly increased risk of subconjunctival haemorrhage in those taking clopidogrel and warfarin. It should be noted, however, that even studies of this size do not have sufficient statistical power to draw firm conclusions regarding very rare events.

# Preparazione del paziente: profilassi dell'edema maculare cistoide

## Somministrazione di FANS in collirio

consigliabile dal giorno precedente l'intervento e prosecuzione a giudizio del chirurgo.

*riduzione rischio di edema maculare cistoide sia in interventi di cataratta senza eventi avversi intraoperatori, sia in interventi di cataratta con eventi avversi intraoperatori.*

da prendere in considerazione **SOLO** nei pazienti con **aumentato rischio di EMC** (es. diabetici, storia di EMC, pregressa OVR, membrana epiretinica, uso di analoghi delle prostaglandine)



The Royal College of Ophthalmologists



# Preparazione del paziente: profilassi dell'endoftalmitite

## Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: Results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors

ESCRS Endophthalmitis Study Group

*J Cataract Refract Surg* 2007; 33:978–988 © 2007 ASCRS and ESCRS

Fattore di rischio	Odds Ratio
Iniezione intracamerale di cefuroxima (somministrata o non somministrata)	4,92
Incisione in cornea chiara (e posizione) vs. tunnel sclerale	5,88
Tipo di chiusura della ferita (con o senza sutura)	Nessuna evidenza riscontrata
Inserimento di IOL con iniettore o pinza	Non ritenuto un fattore di rischio
Tipo di materiale della IOL	3,13
Diabetico o non diabetico	Nessuna evidenza riscontrata
Eventuale immunosoppressione	Nessuna evidenza riscontrata
Sterilizzazione degli strumenti (monouso vs. riutilizzabili)	Nessuna evidenza riscontrata
Complicazioni dell'intervento	4,95

- ✓ Sempre maggiore diffusione di ceppi di Staphylococco (agente eziologico più frequente) resistenti ad antibiotici ad ampio spettro (anche fluorochinolonici di ultima generazione)
- ✓ Aumentata incidenza di endoftalmiti ad insorgenza tardiva (a più di una settimana dalla chirurgia)

Asepsi del materiale chirurgico e della sala operatoria

a) sterilità dei ferri chirurgici e dell'ambiente operatorio;

b) riduzione al minimo della manipolazione oculare per minimizzare il rischio di inoculo, con possibile ingresso di germi in camera anteriore

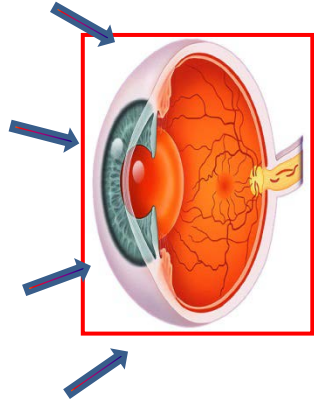
**90% DEI CASI LA FONTE PRINCIPALE DELLE**  
**INFEZIONI POST-OPERATORIE È LA FLORA**  
**BATTERICA PERIOCULARE**

### **Antisepsi del campo operatorio**

- allestimento della sala operatoria per ogni singolo paziente
- utilizzo di devices e altri strumenti per ogni singolo paziente
- **disinfezione della cute orbito-palpebrale (incluso sopracciglio, zigomo e ala del naso) e del sacco congiuntivale con iodopovidone al 5% senza alcool monodose**
- isolamento delle ciglia e dei bordi palpebrali dal campo operatorio mediante applicazione di telo sterile monouso adesivo
- medicazione con antibiotico monodose

## Il povidone ioduro

- Agisce come antisettico a livello della **superficie oculare**.
- Non penetra nel tessuto corneale stromale e in camera anteriore
- Azione battericida dello **iodio** dovuta all' **inibizione della sintesi proteica**
- **No resistenze batteriche**



- Povidone ioduro al 5%
- Monodose da 15ml
- Doppia busta sterile
- **Preparazione del campo operatorio** (palpebre, ciglia e guance) e **per irrigazione sulla superficie oculare** (cornea, congiuntiva e fornici)

PREFERRED PRACTICE PATTERN®



Use of a 5% solution of povidone iodine in the conjunctival cul de sac is recommended to prevent infection.<sup>314,335</sup>

Ib

**Prophylaxis against infection:**



A simple effective prophylactic measure in infection prevention has been Povidone iodine 5% aqueous solution irrigated into the conjunctival sac immediately pre-operatively.<sup>19</sup>



SOI  
Società Oftalmologica Italiana

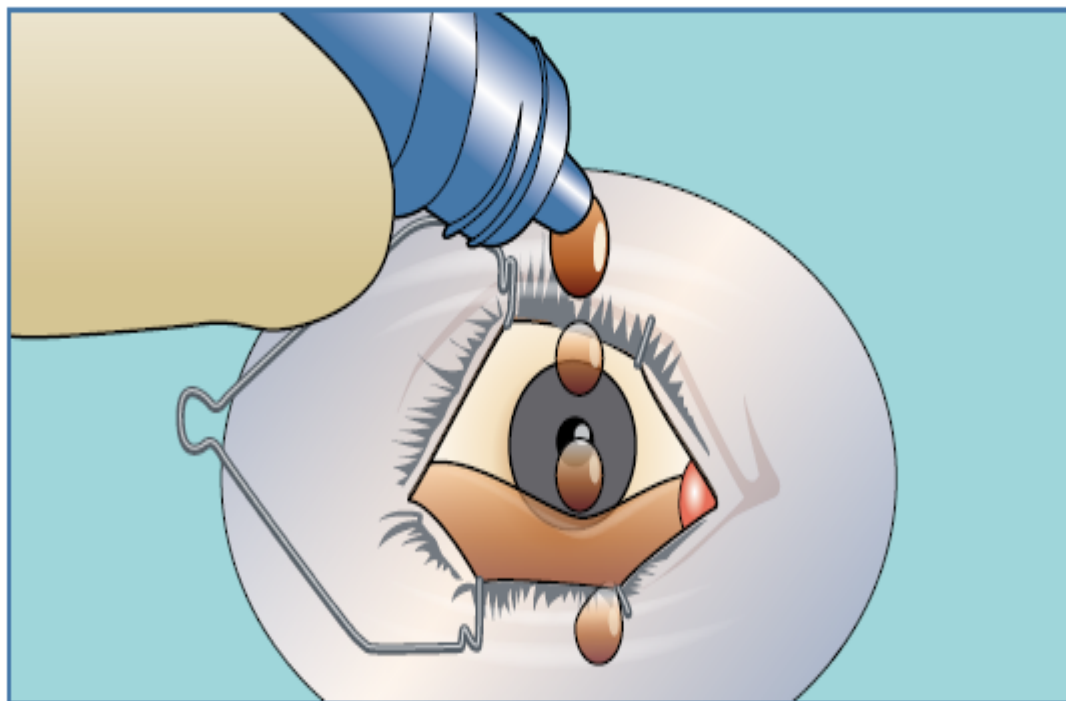
Associazione Medici Oculisti Italiani  
ENTE MORALE  
dal 1869 a difesa della vista

# Procedura operativa corretta per l'asepsi oculare

Raccomandazioni di Buona Pratica Clinica  
SOI

**Prevenzione dell'endofthalmitis postoperatoria**

Approvata dalla SOI aprile 2013



Posizionare il blefarostato e irrigare con lo **iodopovidone 5% monodose per uso oftalmico** cornea, congiuntiva e fornici palpebrali. Aspettare due minuti, quindi rimuovere lo iodopovidone dalla superficie oculare irrigando sulla cornea, congiuntiva e fornici palpebrali soluzione polisalina sterile.

# Il rischio settico è gestito correttamente?

- L'uso di PVP-I 10% diluito è sicuramente diffuso
- Dato che una variabile infettiva non viene considerata, il rischio di endoftalmite NON E' UN RISCHIO CONTROLLATO

## Corte di Cassazione

### Sentenza n°2, depositata il 31 gennaio 2013

«Utilizzare un prodotto con specifica indicazione e presente all'interno di linee guida limita la responsabilità penale»

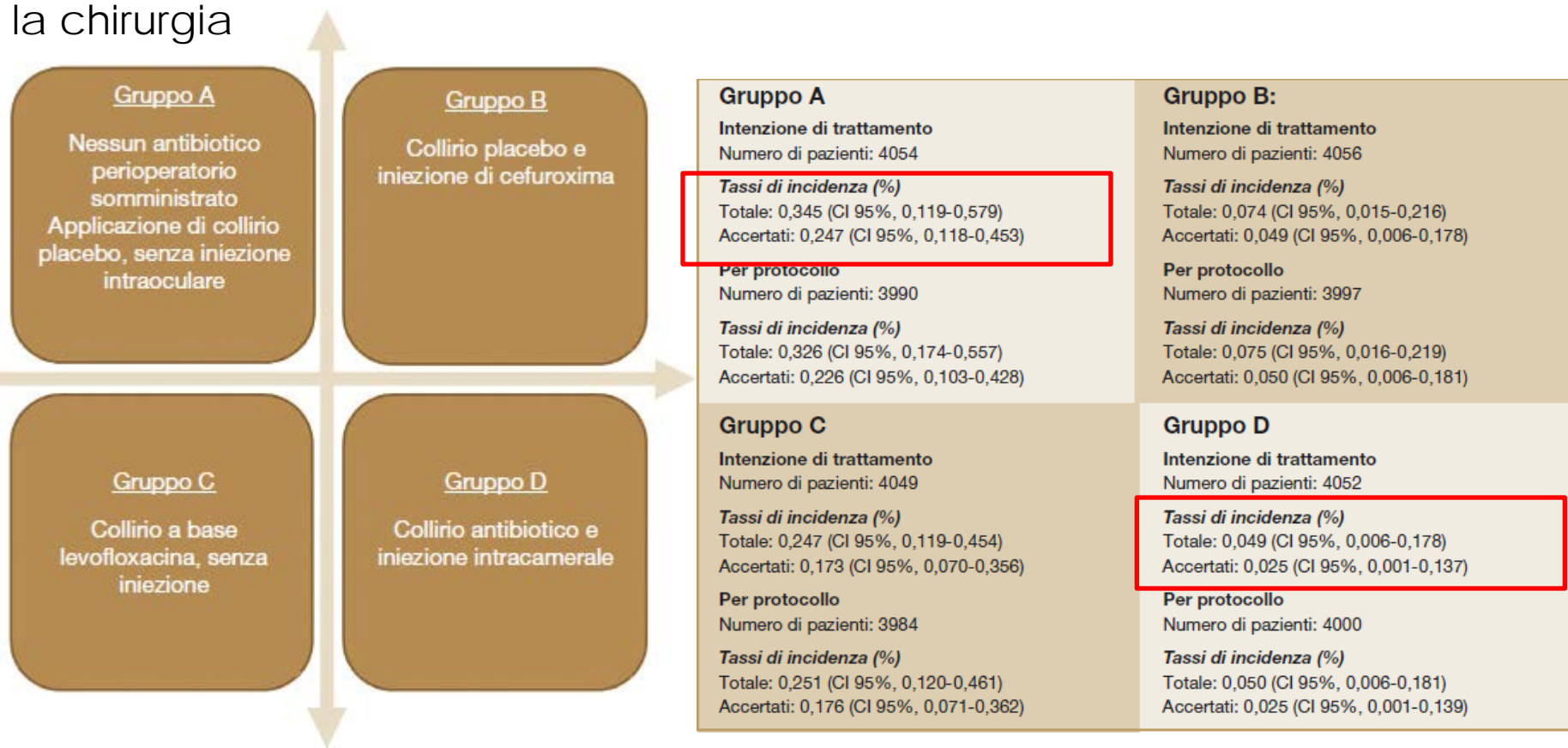
### Legge Balduzzi art. 3 della L. 189/2012 (di conversione del D.L. 158/2012)

«L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica **non risponde penalmente per colpa lieve**».

# ESCRS

Endophthalmitis Study Group, European Society of Cataract & Refractive Surgeons. Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors. J Cataract Refract Surg 2007; 33: 978-88

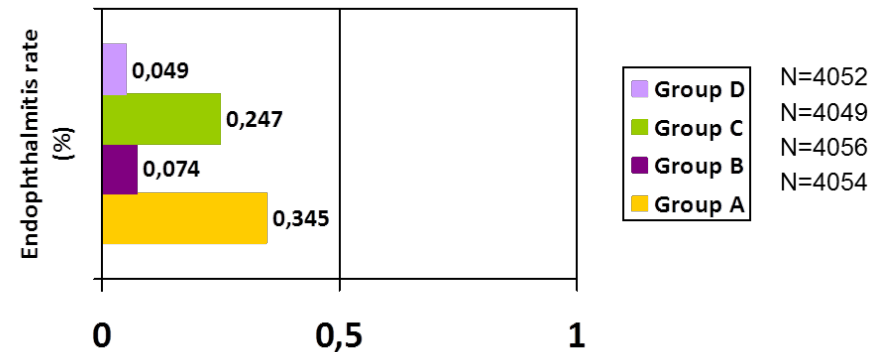
- 16.000 pz trattati 24 centri in 9 paesi europei dal 2003 al 2006
- Gli antibiotici perioperatori prevengono l'endoftealmite e se si come dovrebbero essere somministrati (via intracamerulare o topica?)
- Tutti i pz: antisepsi con povidone iodine 5% per un minimo di 3 minuti prima della chirurgia
- Levofloxacin 0.5% coll per 4 volte al giorno per 6 giorni dal giorno dopo la chirurgia





# ESCRS study

- Significativa riduzione rischio endoftalmite con cefuroxime intracamerulare (riduzione rischio di almeno 5 volte)(odds-ratio [OR] 4.92, 95% confidence interval 1.87-12.9)
- Gli effetti della levofloxacin per via topica somministrata 60 e 30 minuti prima della chirurgia e immediatamente dopo non sono significativi: la profilassi con colliri antibiotici preoperatoria non è necessaria
- Approvazione Aprokam dall'EMA (Agenzia Europea dei Medicinali) cefuroxima 50 mg come polvere da iniettare in camera anteriore al termine dell'intervento. Flaconcino monouso 1 mg in 0,1 ml.



# Profilassi antibiotica

Somministrazione di colliri antibiotici nel periodo pre e postoperatorio ha dimostrato di ridurre la flora batterica congiuntivale ma non vi sono evidenze scientifiche che riduca il rischio di endoftalmite

- indicata solo a giudizio del chirurgo e, in tal caso, è utile che il trattamento postoperatorio venga iniziato lo stesso giorno dell'intervento.
- A giudizio del chirurgo può essere considerata l'opportunità di somministrare antibiotico in camera anteriore prima della fine dell'intervento.
- Non ci sono evidenze scientifiche che consiglino la somministrazione di antibiotici per via generale

There is mounting evidence that injecting intracameral antibiotics as a bolus at the conclusion of surgery is an efficacious method of endophthalmitis prophylaxis. The evidence supporting subconjunctival antibiotic prophylaxis is relatively weak. As an alternative to intracameral or subconjunctival injection, topical antibiotic instillation may be more protective when initiated on the day of surgery instead of on the first postoperative day. Because of the lack of and impracticality of sufficiently large prospective clinical trials, there is insufficient evidence to recommend a specific antibiotic drug or method of delivery for endophthalmitis prophylaxis.

PREFERRED PRACTICE PATTERN®





In conclusion, the surgeon must ensure that **antiseptics of the periocular surface**, typically with povidone iodine, is achieved and that all **incisions are closed** in a watertight fashion at the end of the procedure.<sup>65</sup> It would appear that antibiotic use on the day of surgery is important rather than waiting until the next day. Any additional prophylactic antibiotic strategy in the perioperative period is up to the ophthalmologist to determine.



In summary, reaching a decision on whether or not to give the **drug intra-camerally**, may involve a comparison of the local rate of endophthalmitis with that in the studies mentioned. Additionally the exact dose and best antibiotic prophylaxis (for example the possible use of two different antibiotics) has not yet been determined.

Bolton study 0.055%  
incidenza endoftalmite in  
assenza di cefuroxime  
intracamerulare

# Biometria

- la biometria può essere eseguita con tecnica a contatto, a immersione o con biometro ottico
- A-scan appianazione: accorciamento lunghezza assiale 0,33 mm

## • VANTAGGI BIOMETRIA OTTICA:

- Migliori risultati refrattivi
- Operatore-indipendente
- Facilità e velocità esecuzione automatica
- Capacità di misurare sulla fovea se fissazione corretta

## • SOLO NEL 70% DEI CASI SI RIESCE AD OTTENERE UN RISULTATO SODDISFACENTE

- confrontare i dati di calcolo dei due occhi per evitare errori di misurazione
- occhi operati di chirurgia rifrattiva: previsione di un errore che potrà essere gestito successivamente all'intervento chirurgico
- i risultati biometrici di pazienti affetti da ipermetropia e miopia molto elevata non danno risultati prevedibili
- il paziente deve essere perfettamente informato dei limiti dei sistemi di calcolo e condividere il risultato refrattivo atteso

# ANESTESIA

- Tecniche: generale, loco-regionale (retrobulbare, peribulbare, sottotenoniana e intracamerulare) e topica (preferita, letteratura riporta efficacia e sicurezza controllo dolore intraoperatorio)
- Possibili complicanze tecniche loco-regionali: strabismo, perforazione bulbare (+++miopia, pregresso cerchiaggio, nistagmo), emorragia retrobulbare, iniezione intravascolare o subaracnoidea, infarto maculare.
- Il monitoraggio a cura del medico anestesista durante la chirurgia prevede elettrocardiogramma, ossimetria, pressione sanguigna
- È consigliato avere un accesso venoso per il trattamento di potenziali eventi avversi, soprattutto quando sono somministrati farmaci per sedazione/analgesia.



**I risultati della chirurgia della cataratta in termini di acuità visiva, funzione visiva, complicazioni, eventi avversi e soddisfazione del paziente non hanno dimostrato di variare in modo significativo modificando le varie tecniche anestesiolgiche**

# INTERVENTO

L'intervento di cataratta è un intervento di chirurgia oftalmica maggiore, di non agevole esecuzione e a elevata complessità poiché: i) per il suo svolgimento devono essere superati problemi tecnici di particolare complessità ii) gli eventi avversi possono condurre sino alla perdita della funzione visiva o alla perdita anatomica del bulbo oculare.

- ICCE
- ECCE
- FACO: topica, microincisioni, no sutura
- FEMTOLASER**: incisioni, capsuloressi, frammentazione del nucleo.

*An adjunctive modality for cataract extraction is the femtosecond laser,<sup>340</sup> which can be used to construct corneal incisions,<sup>341</sup> perform the anterior capsulotomy, and fragment the nucleus. At present, there are few peer-reviewed studies that provide evidence on the relative benefits and disadvantages of femtosecond laser.*



# EVENTI AVVERSI

•In Italia sono eseguiti 550.000 interventi di cataratta di cui circa 17.000 esitano in un peggioramento della vista rispetto alle condizioni preoperatorie. Questo significa che in circa il 3% degli interventi, nonostante la migliore tecnologia adottata e la massima esperienza del chirurgo, si verificano eventi avversi.

•**DEVONO ESSERE SEMPRE PRECISAMENTE DESCRITTI DAL MEDICO OCULISTA QUANDO OCCORRANO, UNITAMENTE AGLI ATTI ADOTTATI PER PORVI RIMEDIO.**

## **EVENTI AVVERSI PREVEDIBILI MA NON PREVENIBILI**

Il paziente con cataratta ha tre opzioni:

- a) rifiutare di essere operato per non incorrere in qualcuno dei rischi prevedibili e con ciò perdere la funzione visiva per l'evoluzione della cataratta
- b) rimandare l'intervento di cataratta sapendo che con questa decisione aumenta la possibilità di incorrere in eventi avversi intraoperatori e postoperatori
- c) accettare di essere operato di cataratta accettando di correre i rischi prevedibili ma non prevenibili connessi con il trattamento chirurgico.

## INTRAOPERATORI:

1. **emorragia intraoperatoria profonda**

2. **rottura della capsula posteriore:**

- residui del cristallino catarattoso all'interno dell'occhio e rimozione con successivo intervento chirurgico
- impianto del cristallino artificiale in una sede diversa dal sacco capsulare con possibile decentramento e successivo intervento per il suo riposizionamento
- impianto differito

3. **causticazione della ferita chirurgica** con necessità di suturare la ferita e induzione di astigmatismo postoperatorio

## POST-OPERATORI:

- reazione infiammatoria interna della porzione anteriore dell'occhio di natura tossica

- endoftalmite

- edema maculare

- **distacco di retina: più frequente nel paziente pseudofachico. Se compaiono sintomi come la visione di mosche volanti e di lampi di luce è necessario sottoporsi a una visita oculistica urgente.**

- alterazione dell'endotelio corneale con conseguente opacità della cornea

- residuo rifrattivo: se non correggibili con occhiali sostituzione del cristallino impiantato oppure intervento rifrattivo

- percezione di "mosche volanti" dovute a preesistenti anomalie del vitreo

- ptosi (abbassamento) della palpebra superiore

- aumento della pressione intraoculare

- perdita di tenuta della ferita chirurgica



# GESTIONE POSTOPERATORIA

- a) controllo delle condizioni generali del paziente al termine dell'intervento da parte del medico anestesista
- c) è preferibile la presa in carico del paziente da parte di un accompagnatore affidabile;
- d) consegna al paziente, anche per iscritto (meglio se alla presenza dell'accompagnatore) d'istruzioni dettagliate su:

1. terapia
2. controlli post-operatori
3. segni e i sintomi cui deve prestare attenzione nelle ore successive all'intervento al fine di ricorrere tempestivamente alle cure del caso
4. contatto con la struttura oculistica in caso di necessità
5. lettera di dimissione

Prima di lasciare il luogo di cura il paziente deve essere controllato da un medico oculista che verifichi il regolare decorso postoperatorio.

# CONTROLLI POSTOPERATORI

## Controlli post-operatori:

- **Dopo l'intervento è necessario sottoporsi a regolari controlli oculistici.**
- Indicare la data del controllo postoperatorio da eseguire il giorno seguente l'intervento o comunque entro 72 ore.
- Altri controlli successivi saranno poi scadenzati a giudizio del medico.


Oltre a quelli eseguiti nei giorni immediatamente successivi all'intervento è responsabilità del paziente programmare ed eseguire almeno due controlli nel primo anno dopo l'intervento e quindi un controllo ogni anno.


In caso di comparsa di sintomi è necessario consultare con sollecitudine il medico oculista.

# DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione clinica si avvale dei seguenti strumenti:

- a) la cartella clinica o scheda di chirurgia ambulatoriale;
- b) il registro operatorio;
- c) la lettera di dimissione indirizzata al medico curante.

- 
- 1) anamnesi
  - 2) valutazione clinica preoperatoria oculistica
  - 3) eventuali esami strumentali e di laboratorio
  - 4) scheda anestesiologicala
  - 5) documentazione attestante l'ottenimento del consenso informato del paziente
  - 6) verbale dell'intervento eseguito
  - 7) terapia praticata e prescritta
  - 8) ogni altra informazione ritenuta clinicamente rilevante
  - 9) eventuale comparsa di complicanze

- 
- 1) la **diagnosi** del quadro clinico, la patologia oculare sottoposta a intervento e le eventuali patologie associate;
  - 2) l'**intervento chirurgico** eseguito e la tecnica utilizzata con il tipo e il **potere del cristallino artificiale impiantato**;
  - 3) le eventuali **complicanze** occorse durante l'intervento;
  - 3) condizioni sistemiche di rilievo non in precedenza evidenziate o che richiedono controlli di nuova indicazione;
  - 4) **terapia e controlli postoperatori suggeriti.**

# CONSENSO INFORMATO

- Colloquio informativo con operatore sanitario
- Aquisizione in forma scritta con materiale informativo dedicato
- Esistenza di una relazione tra soddisfazione del paziente, accettazione dell'assistenza ambulatoriale e completezza dell'informazione ricevuta
- Implicazioni medico-legali

## SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO DI CATARATTA

Aggiornamento novembre 2014

Approvata dalla Società Oftalmologica Italiana Novembre 2009

Gentile Sig. \_\_\_\_\_

Lei soffre di una patologia chiamata cataratta, responsabile della diminuzione della vista. Questa scheda contiene le informazioni sulla malattia, sul trattamento proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le informazioni contenute in questo documento possono essere accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. È invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie.

La sua patologia visiva si chiama.....

Il trattamento proposto è.....

Il responsabile del trattamento chirurgico è.....

Servizio Urgenze:.....

