



SCHEDA INFORMATIVA

CATARATTA E GLAUCOMA

APPROVATA DALLA SOCIETÀ' OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL'ANNO 2003
PRIMO AGGIORNAMENTO - SETTEMBRE 2015
SU REVISIONE DELLA SOCIETÀ' ITALIANA DEL GLAUCOMA (SIGIa)

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di cataratta e di glaucoma responsabili, insieme e/o separatamente, di un calo alla vista. Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama _____

Il trattamento che le viene proposto è _____

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____

Qui di seguito vengono date informazioni prima sulla cataratta e successivamente sul glaucoma.

La Cataratta

La cataratta consiste nella opacizzazione del cristallino, e cioè, della lente situata all'interno dell'occhio (corrispondente all'obiettivo di una macchina fotografica); occorre pertanto procedere alla sua rimozione chirurgica e posizionamento di una lente artificiale sostitutiva.

Tecniche alternative e conseguenze del mancato o ritardato intervento

Gli occhiali, le lenti a contatto possono solo in parte e temporaneamente migliorare la vista del paziente. L'operazione è necessaria perché né i colliri, né il laser né altra terapia possono guarire una cataratta costituita e il mancato intervento comporta, in tempi variabili da soggetto a soggetto, la perdita pressoché totale della capacità visiva.

Inoltre il ritardato intervento può provocare un collegato peggioramento delle strutture interne dell'occhio, con un conseguente minor recupero.

L'intervento chirurgico

L'intervento viene effettuato mentre il paziente è appoggiato sulla schiena, in un ambiente chirurgico sterile e con il microscopio. E' un atto chirurgico poiché consiste di un'incisione dell'occhio e dell'estrazione di uno degli elementi interni, il cristallino.

Normalmente l'intervento si esegue in regime ambulatoriale e l'ospedalizzazione non è necessaria.

Dopo l'intervento è necessaria un breve periodo di immobilizzazione; esso sarà suggerito dal suo oculista insieme all'anestesista.

Anestesia: l'occhio si può rendere insensibile con la sola instillazione di gocce o con delle iniezioni vicine all'occhio; talvolta è necessaria e possibile l'anestesia generale.

La scelta viene effettuata in base al parere dell'oculista e del medico anestesista sulla base delle condizioni cliniche del paziente. Si terrà conto, per quanto possibile, del desiderio del paziente.

Tecnica di intervento: la rimozione della cataratta, solitamente, viene realizzata con l'aiuto di una sonda che emettendo ultrasuoni frantuma il cristallino i cui pezzi vengono recuperati con uno



speciale aspiratore; la maggior parte dell'involucro del cristallino (la capsula) viene lasciata al suo posto, perché serve da supporto al cristallino artificiale.

Alla rimozione della cataratta segue l'inserimento di un cristallino artificiale (impianto intra-oculare): il cristallino umano opacato viene, cioè, sostituito da una lente sintetica posta dietro la pupilla.

L'incisione dell'occhio può essere suturata oppure no.

Eventi avversi dell'intervento di cataratta

Per quanto sia perfettamente standardizzata e, nella stragrande maggioranza dei casi, seguita da eccellenti risultati, l'operazione della cataratta non sfugge alla regola secondo cui non esiste alcun atto sanitario privo di rischi. Per questo non è possibile per l'oculista garantire il successo dell'intervento o garantire che non si verifichino eventi avversi prima, durante e dopo l'intervento chirurgico.

Bisogna pensare alla chirurgia della cataratta come a un qualunque trattamento farmacologico.

Il foglietto illustrativo del farmaco contiene l'elenco degli eventi avversi prevedibili (in ambito farmacologico si usa il termine reazione avversa ma, qui, per comodità di comprensione viene usato il termine evento avverso) che possono verificarsi dopo l'assunzione del prodotto. Nessuno degli eventi citati nel foglietto illustrativo può essere prevenuto se non evitando di assumere il farmaco. Se, però, il farmaco è necessario, il paziente lo assume assumendosi i rischi prevedibili (noti) e anche quelli non prevedibili (non noti) per i quali il paziente è invitato a una segnalazione al medico curante. Allo stesso modo, nella chirurgia della cataratta esistono numerosi eventi avversi prevedibili ma non prevenibili in altro modo se non evitando di sottoporsi all'intervento. Il paziente che sottoscrive il modello di informazione e consenso all'intervento di cataratta si assume necessariamente i rischi previsti per questa procedura chirurgica e anche quelli non previsti poiché mai segnalati in letteratura scientifica.

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 a causa dell'evoluzione della cataratta
- b) rimandare l'intervento di cataratta sapendo che con questa decisione aumenta la possibilità di incorrere in eventi avversi prevedibili ma non prevenibili intraoperatori e postoperatori
- c) accettare di essere operato di cataratta assumendosi i rischi prevedibili ma non prevenibili connessi con il trattamento chirurgico.

Di seguito sono riportati gli eventi avversi prevedibili ma non prevenibili che possono comparire nella preparazione all'intervento di cataratta, durante l'intervento di cataratta e dopo l'intervento di cataratta. Oltre alle manifestazioni note qui elencate, è possibile la comparsa di altre manifestazioni locali e sistemiche non prevedibili e non prevenibili.

Preparazione all'intervento di cataratta:

- arrossamento dell'occhio da operare da ipersensibilità ai farmaci necessari per la preparazione dell'occhio all'intervento

Se l'occhio viene anestetizzato con un'iniezione si possono verificare:

- emorragia palpebrale, perioculare, congiuntivale: possono persistere anche per molti giorni dopo l'intervento
- emorragia retrobulbare: può danneggiare irreparabilmente il nervo ottico con conseguente perdita della funzione visiva
- riduzione permanente della vista da danneggiamento meccanico del nervo ottico
- distacco di retina da perforazione del bulbo oculare, necessita di altri interventi chirurgici nel tentativo di riparazione
- visione sdoppiata da danneggiamento dei muscoli dell'occhio



Durante l'intervento di cataratta

- emorragia intraoperatoria profonda: può essere molto grave e portare alla perdita della vista, se non addirittura alla perdita anatomica dell'occhio
- rottura della capsula posteriore: è la causa più comune di mancato raggiungimento del risultato funzionale. In conseguenza della rottura della capsula:
- può non essere possibile l'estrazione completa della cataratta per cui residui del cristallino catarattoso rimangono all'interno dell'occhio; per rimuoverli può essere necessario un successivo intervento chirurgico
- può non essere possibile il posizionamento del cristallino artificiale nella posizione naturale del sacco capsulare ma può essere necessario posizionarlo in una sede diversa; in queste condizioni il cristallino artificiale può decentrarsi richiedendo un successivo intervento per il suo riposizionamento
- può non essere possibile l'impianto del cristallino artificiale che potrà essere impiantato in un secondo momento con un altro intervento chirurgico
- causticazione della ferita chirurgica: quando l'intervento di cataratta è particolarmente complesso sono necessari tempi ed energie elevate per rimuovere la cataratta. La sonda a ultrasuoni si riscalda in modo eccessivo e può ustionare la ferita chirurgica con conseguente necessità di suturare la ferita e induzione di astigmatismo postoperatorio. A volte, nonostante la sutura, la ferita chirurgica può non risultare a tenuta e richiedere un ulteriore intervento.

Dopo l'intervento di cataratta

- reazione infiammatoria interna della porzione anteriore dell'occhio di natura tossica in risposta alle varie sostanze introdotte nell'occhio necessarie per poter effettuare l'intervento
- infezione interna dell'occhio: nonostante tutte le procedure di preparazione del campo operatorio e di disinfezione accurata dell'occhio, non è tecnicamente possibile sterilizzare l'occhio. Pertanto, in alcuni soggetti, si può innescare un fenomeno infettivo interno denominato endoftalmite. In alcuni casi il fenomeno è controllabile con la terapia medica, in altri casi può richiedere un altro impegnativo intervento (vitrectomia) e, in casi estremi, può essere necessaria l'asportazione del bulbo oculare. In quasi tutti i casi si ha una grave perdita della vista.
- edema maculare: si tratta di una risposta infiammatoria all'intervento che può causare una riduzione significativa della vista temporanea o permanente
- distacco di retina: anche in occhi normali dopo un intervento di cataratta senza complicanze può comparire un distacco di retina; richiede un altro intervento chirurgico e può determinare una riduzione permanente della vista. L'unico modo per tentare di prevenire la comparsa di questo evento avverso è sottoporsi almeno ogni tre mesi a esame del fondo oculare. Nonostante questo può verificarsi lo stesso - tra un esame e l'altro - la comparsa di un distacco di retina.
- reazione della macula alla luce del microscopio operatorio e allo stress chirurgico con riduzione della capacità visiva
- alterazione dell'endotelio corneale con conseguente opacità della cornea: in alcuni casi può richiedere il trapianto di cornea
- residuo rifrattivo: la tecnologia per il calcolo del potere del cristallino artificiale non permette un calcolo perfetto. L'errore strumentale del calcolo del cristallino artificiale è più probabile in soggetti con altre patologie oculari, difetti rifrattivi elevati (miopia elevata, ipermetropia elevata, astigmatismo elevato) e cataratta avanzata. In questi casi, se non correggibili con occhiali, potrà essere necessario un successivo intervento per la sostituzione del cristallino impiantato oppure un intervento rifrattivo per correggere il difetto residuo
- 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

Casi di speciale difficoltà

Esistono condizioni sistemiche e oculari che rendono l'intervento di cataratta più complesso con conseguente aumento del rischio di comparsa degli eventi avversi.

Condizioni sistemiche: ipertensione arteriosa, alterazioni della coagulazione ematica, diabete, depressione del sistema immunitario, patologie neurologiche che riducono la collaborazione del paziente, patologie scheletriche e obesità che rendono difficoltoso il posizionamento sul lettino, morbo di Parkinson, dispnea, broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Condizioni oculari: occhio infossato, rima palpebrale stretta, opacità della cornea, cornea guttata, camera anteriore bassa, scarsa midriasi, IFIS (sindrome dell'iride a bandiera causata da farmaci alfabloccanti come quelli per la cura dell'ipertrofia prostatica e dell'ipertensione arteriosa), sindrome pseudoesfoliativa, cataratta avanzata che non consente la visione del riflesso del fondo, sublussazione del cristallino, esiti di precedenti procedure chirurgiche o laser oculari, esiti di traumi oculari, anamnesi positiva per traumi oculari anche senza evidenti alterazioni della statica lenticolare, glaucoma anche in fase di compenso pressorio, miopia elevata, ipermetropia elevata, astigmatismo elevato.

Altre eventuali condizioni che rendono a maggior rischio di complicanze il suo specifico caso sono:

Il Glaucoma

Può presentarsi in numerose forme cliniche ed è difficile fornire una spiegazione che accomuni ciascuna forma clinica; in generale, questa malattia è caratterizzata da una progressiva alterazione del campo visivo, dapprima nelle sue parti più periferiche poi anche nella parte centrale, fino a portare nei casi più avanzati alla completa cecità. Tale compromissione del campo visivo è dovuta ad un progressivo danno del nervo ottico (il nervo che porta le immagini dall'occhio al cervello) che può arrivare fino all'atrofia. L'atrofia del nervo ottico si realizza a causa di una pressione endoculare (la pressione dei liquidi che riempiono l'occhio) troppo alta in un tempo variabile che può essere di anni nel glaucoma detto cronico o di poche ore nel glaucoma detto acuto. Alla base quindi della terapia del glaucoma vi è il controllo della pressione intraoculare.

Il controllo della pressione intraoculare si ottiene o riducendo la produzione di liquidi all'interno dell'occhio o facilitandone il deflusso.

Possibili trattamenti

Questi risultati possono essere ottenuti mediante una terapia medica sia generale che locale, con dei trattamenti parachirurgici eseguiti con appositi laser o con un intervento chirurgico vero e proprio.

Il Suo caso clinico è tale da richiedere quest'ultima soluzione.

L'intervento chirurgico

L'intervento chirurgico si prefigge di creare una via alternativa a quella normale di deflusso del liquido contenuto all'interno dell'occhio (umore acqueo) e di ottenere, in questo modo, un abbassamento della pressione oculare. Con la normalizzazione di quest'ultima si realizzano i presupposti per l'arresto della progressione della malattia.



I vantaggi dell'intervento chirurgico sono connessi all'abbassamento della pressione oculare e non comportano un miglioramento visivo che dipende da altre condizioni dell'occhio. Pertanto dopo l'intervento può essere necessario proseguire nell'uso di occhiali per vicino e/o per lontano come può rilevarsi necessario continuare nella terapia medica antiglaucomatosa.

In molti casi, per effetto dell'intervento si formerà una "bozza" leggermente rilevata che assicurerà il drenaggio del liquido; essa è talvolta visibile alzando con il dito la palpebra superiore. Esistono diverse tecniche chirurgiche per ottenere l'abbassamento della pressione. E' possibile allargare i canali di deflusso esistenti nell'occhio, oppure creare nel tessuto nuovi canali di scarico, oppure impiantare valvole artificiali.

Per il suo specifico caso il chirurgo consiglia la tecnica

salvo la facoltà del chirurgo di adottare una diversa tecnica qualora rilevasse, durante l'esecuzione dell'intervento, che una diversa tecnica è preferibile .

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale; in maniera ambulatoriale e/o con ricovero.

Quando necessario è possibile eseguire tale intervento in associazione ad altre procedure chirurgiche, (ad esempio con l'estrazione di cataratta, o altro).

EVENTI AVVERSI

Anche per questa parte della procedura chirurgica consigliata valgono le premessa relativa a tutta la chirurgia oftalmica. Gli eventi avversi sono:

Preoperatori: prevalentemente legati all'anestesia per infiltrazione

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare
- danno al nervo ottico con grave riduzione permanente della vista e del campo visivo
- emorragia palpebrale e/o periorbitale e/o retrobulbare
- danno ai muscoli dell'occhio

Intraoperatori:

- emorragia espulsiva: grave emorragia che può comportare l'espulsione del contenuto interno dell'occhio; può comportare perdita anatomica e funzionale dell'occhio
- l'infezione, che può comportare la perdita funzionale o anatomica dell'occhio;
- glaucoma maligno: aumento incontrollabile della pressione oculare
- emorragia sotto la congiuntiva
- sanguinamento della congiuntiva e/o della sclera e/o dell'iride
- perforazione congiuntivale e/o sclerale
- perdita di vitreo
- prolasso dell'iride
- emorragia interna cioè distacco di coroide, emorragia retinica, emorragia in camera anteriore, durante o nei giorni successivi all'intervento possono condurre ad un ritardo di guarigione, alla formazione di aderenze interne, all'appiattimento dello spazio fra iride e cornea

Postoperatori

- infezione: è un evento avverso grave non prevedibile e non prevenibile che si può verificare anche dopo anni dall'intervento. In alcuni casi può essere trattata con terapia medica. In altri



- casi richiede uno o più interventi chirurgici. In tutti i casi si verifica una riduzione permanente della vista. In alcuni casi può essere necessaria l'asportazione del bulbo oculare.
- danno del nervo ottico con grave riduzione permanente della vista e del campo visivo.
 - riduzione o azzeramento dello spazio fra cornea e iride (ataamia della camera anteriore)
 - eccessiva o mancata formazione di filtrazione
 - sanguinamento in camera anteriore
 - prolasso dell'iride
 - distacco di coroide
 - distacco di retina
 - infiammazione (uveite)
 - mancata regolazione della tensione endoculare, sia nel senso di un'ipotensione (pressione bassa), che nel senso di una ipertensione (pressione alta); ambedue possono essere molto accentuate e sono difficilmente prevedibili

Eventuali ulteriori complicanze specifiche del suo caso o che potrebbero realizzarsi più facilmente o raramente di quanto sopra indicato

Fra le complicanze postoperatorie ve ne sono alcune controllabili con le terapie e che possono ritardare ma non condizionare il recupero funzionale. Altre volte gli esiti possono essere permanenti e causare una perdita parziale o anche totale della vista (in casi rarissimi).

Altre informazioni

Un intervento ben eseguito può non essere da solo sufficiente a controllare la tensione endoculare, in alcuni casi sarà necessario continuare la terapia medica locale ipotonizzante; comunque, si renderanno necessari, nel tempo, controlli clinici e strumentali.

Inoltre, anche quando con l'intervento si ottiene la normalizzazione della tensione endoculare, non si può garantire in modo assoluto l'arresto della progressione della malattia glaucomatosa; la progressione per fortuna rara, è presente specialmente nei glaucomi trascurati e nelle persone anziane: essa comporta una diminuzione progressiva del campo visivo della vista; entrano in gioco anche fenomeni di alterata circolazione del nervo ottico e dell'intero organismo.

Alternative terapeutiche e mancato intervento

Un glaucoma non correttamente compensato con la terapia, che evidenzia progressivi peggioramenti del campo visivo, porta inesorabilmente verso la cecità, in assenza quindi di alternative terapeutiche mediche o parachirurgiche efficaci, il trattamento chirurgico pur con le sue possibili complicazioni è il procedimento che maggiormente garantisce un arresto della malattia nella maggior parte dei casi; altre possibilità terapeutiche sono fornite dai trattamenti laser; il mancato intervento, quando le alternative non sono in grado di abbassare la pressione oculare può condurre alla cecità.



Decorso postoperatorio

Prima di lasciare il centro chirurgico viene consegnato un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare. Il paziente deve iniziare le cure entro un paio d'ore dall'intervento, deve cioè iniziare a prendere le pillole e i colliri prescritti dal chirurgo. Il paziente non deve mai sospendere le cure (colliri o pillole) a meno che sia il chirurgo a dirlo; esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio ed a prevenire complicazioni. In caso di dubbi sulla modalità della terapia da eseguire o sull'andamento del decorso postoperatorio, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

Nelle prime fasi post-operatorie è possibile che si presentino sensazioni di abbagliamento e/o fotofobia, alterazione dei colori, fastidio, dolore che non devono preoccupare ma che devono essere comunicate al medico che le prenderà in considerazione .

Nei primi giorni l'occhio appare più o meno rosso e moderatamente dolente; c'è inoltre una sensazione di corpo estraneo (dovuto ai punti ed al taglio praticato) ed un certo fastidio alla luce; la visione non è limpida, occorre attendere qualche giorno o qualche decina di giorni perché migliori; l'occhio operato ha bisogno di uno- due mesi per guarire dall'operazione.

Le cure locali postoperatorie consistono nell'instillazione di gocce e nell' applicazione di una protezione oculare secondo le modalità e per un periodo di tempo che le saranno spiegati dal suo chirurgo. È necessario, a volte, procedere all'asportazione dei fili di sutura (quando applicati durante l'intervento).

L'attività professionale, l'uso di macchine o di strumenti pericolosi, la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo di alcune settimane, che sarà meglio definito dal suo oculista. Nel periodo postoperatorio è necessario seguire accuratamente le terapie e le raccomandazioni del chirurgo.

Nel 20% circa dei casi, può verificarsi, negli anni successivi all'intervento, una opacizzazione della capsula (l'involucro del cristallino): è la "cataratta secondaria" responsabile di un nuovo calo della vista. Il trattamento consiste nel realizzare un' apertura della capsula tramite il laser o la chirurgia.

Può inoltre essere necessario eseguire una nuova procedura chirurgica antiglaucoma per modulare il risultato ottenuto. Un intervento che non dà il risultato sperato può essere ripetuto sia come revisione di quello eseguito sia con un altro in una sede vicina o di altro tipo.

A casa dopo l'intervento

Per applicare i colliri (per le pomate la procedura è uguale) nell'occhio operato, il paziente deve sedersi su una sedia (in alternativa può stare sdraiato a letto), deve aprire bene ambedue gli occhi e guardare verso il soffitto; poi deve abbassare con l'indice della mano sinistra la palpebra inferiore;

in tal maniera fra l'occhio e la palpebra si forma una specie di coppa che serve a ricevere le gocce di collirio medicinale; qui con la mano destra vanno instillate 1-2 gocce del prodotto. Il paziente deve poi chiudere le palpebre (senza stringerle) e attendere per qualche secondo l'assorbimento del prodotto. Quando i colliri prescritti sono più di uno essi vanno applicati uno di seguito all'altro a distanza di qualche minuto.

E' bene che almeno nei primi 2-3 giorni sia un familiare, o altra persona, ad instillare i colliri.

Durante l'applicazione del collirio occorre prestare attenzione a non esercitare pressioni nell'occhio appena operato.

L'occhio operato viene spesso bendato (per uno o più giorni).

Durante il giorno, spesso, in alternativa al bendaggio, si applica un paio di occhiali da sole che hanno lo scopo di riparare l'occhio dalla luce e soprattutto da eventuali traumi; gli occhiali da sole vanno tenuti durante tutta la giornata (quindi anche in casa) e per almeno una settimana : il paziente



che si appresta ad affrontare l'intervento di cataratta e di glaucoma si munisca di un occhiale da sole che coprano bene l'occhio.

Durante la notte, invece, l'occhio, per la prima settimana, va protetto con una "conchiglia" in plastica che in genere viene fornita alla dimissione; la conchiglia va tenuta in sede con due o tre cerotti; essa serve ad evitare involontari traumi all'occhio ed a proteggere contro strofinamenti, sempre possibili nel sonno. Il paziente se lo desidera può applicare o meno sotto alla protezione di plastica una benda sterile: in tal caso si pone delicatamente la benda sull'occhio e poi si applicano alcuni cerotti diagonalmente per tenere il bendaggio in sede.

Una o due volte al giorno le palpebre dell'occhio operato vanno delicatamente pulite con un fazzolettino detergente o con un po' di cotone bollito; chi esegue tale manovra deve evitare pressioni sul bulbo oculare e comunque sulla parte operata.

Nei primi giorni successivi all'intervento la visione dell'occhio operato è talvolta molto chiara e limpida, talvolta invece è torbida e occorre attendere qualche giorno perché raggiunga livelli migliori; in questo periodo occorre avere un po' di pazienza; la guarigione completa avviene di norma entro uno o due mesi (dipende dal tipo di intervento eseguito e dalle condizioni preoperatorie dell'occhio).

L'intervento si propone di migliorare la vista per effetto della rimozione della cataratta e per effetto dell'operazione di glaucoma, di ridurre la pressione oculare, causa di danni progressivi al nervo ottico; l'acuità visiva, spesso, rimane invariata e talvolta può diminuire anche con l'intervento combinato, perché essa dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio, in particolare del nervo ottico, della retina e della cornea; quindi, la presenza di una lesione, provocata dalla malattia, in queste strutture può limitare il recupero visivo derivante dall'intervento (in proporzione all'entità della lesione).

Nel periodo successivo all'intervento il paziente deve inoltre usare alcune altre **attenzioni**:

- non deve dormire con la faccia rivolta verso il cuscino (per almeno due settimane); egli può però dormire dal lato dell'occhio operato purché questo sia adeguatamente protetto con la conchiglia di plastica che viene fornita; non deve assolutamente strofinare l'occhio operato (per almeno un mese); è opportuno evitare gli strofinamenti, soprattutto se pesanti, anche nei mesi successivi; può invece lavarsi regolarmente il viso facendo però attenzione a non strofinare l'occhio operato ed a non esercitare pressioni;
- non deve inoltre fare sforzi fisici eccessivi (per i primi 7-8 giorni); per esempio non deve sollevare pesi superiori ai dieci chilogrammi, non deve prendere in braccio bambini ecc;
- l'uso di autoveicoli, macchinari o di strumenti pericolosi sono sconsigliati per un periodo di almeno due settimane.

Il decorso postoperatorio non è fatto però solo di divieti; **il paziente** fin dai primi giorni **può fare molte cose, per esempio**:

- due-tre giorni dopo l'operazione può, con l'occhio non operato, leggere, scrivere, guardare la televisione ecc.. (in tal caso la vista dell'occhio operato è preferibile che sia esclusa applicando un pezzo di nastro adesivo sulla superficie posteriore della lente dell'occhiale).
- il bagno e la doccia possono essere fatti fin dal primo giorno successivo all'operazione; per lavarsi i capelli attendere 2-3 giorni dall'intervento e durante il lavaggio tenere l'occhio operato chiuso.
- L'asciugacapelli può essere adoperato purché il getto di aria calda non venga diretto verso l'occhio operato; le signore possono andare dal parrucchiere già 4-5 giorni dopo l'operazione.
- La barba può essere fatta fin dal giorno seguente all'operazione.
- I rapporti sessuali sono permessi 6- 7 giorni dopo l'intervento.



Il paziente deve ricordarsi che, anche a guarigione avvenuta, l'occhio va periodicamente controllato dall'oculista; questo perché il glaucoma può non essere compensato a sufficienza dall'intervento; spesso, la terapia antiglaucomatosa, che veniva fatta prima dell'intervento, va proseguita anche dopo; nei mesi e negli anni successivi all'intervento il paziente deve quindi sottoporsi ad alcuni periodici controlli. L'insorgenza di problemi è rara e nella gran parte dei casi essi, quando vengono diagnosticati in tempo, possono essere risolti facilmente. In caso di dubbi sulle modalità della terapia da seguire o sull'andamento del decorso postoperatorio il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

Servizio Urgenze

ATTENZIONE!

- 1) **L'intervento chirurgico è l'unica alternativa per risolvere il problema della cataratta**
- 2) **Nell'intervento, dopo la rimozione della cataratta, normalmente viene impiantato un cristallino artificiale**
- 3) **Può verificarsi, negli anni successivi all'intervento di cataratta, una opacizzazione della capsula (involucro del cristallino) responsabile di un nuovo calo della vista**
- 4) **Le cure postoperatorie sono necessarie alla buona riuscita dell'intervento**
- 5) **Non è consigliabile fare sforzi fisici intensi o strofinare l'occhio nei primi giorni dopo l'operazione**
- 6) **Il recupero della visione dopo l'intervento dipende anche dalle condizioni preesistenti generali dell'occhio**
- 7) **Dopo l'intervento può essere necessario l'uso di lenti correttive**
- 8) **La terapia del glaucoma serve per abbassare la pressione intraoculare**
- 9) **L'intervento chirurgico di glaucoma può creare una bozza leggermente rilevata e talvolta visibile per assicurare il drenaggio del liquido**
- 10) **Dopo l'intervento di glaucoma, può essere necessario proseguire con la terapia medica per il glaucoma**
- 11) **L'intervento di glaucoma può essere associato all'estrazione di cataratta**
- 12) **Tornato a casa, sono necessarie delle cautele particolari nel riprendere la propria attività**
- 13) **Anche se in casi rarissimi una delle complicanze dell'intervento può essere l'infezione oculare**



SOI
Società Oftalmologica Italiana

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



Il sottoscritto paziente/genitore/tutore (Cognome e Nome in stampatello) _____

Data ____/____/____ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) (scrivere in Stampatello)

_____ Firma leggibile (medico) _____

Nelle pagine successive viene allegato il modulo di Atto di consenso.



ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. _____

CF: _____

Documento: _____ n° _____ scadenza _____

Affetto da _____ nell'occhio _____

dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse

- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza

- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di _____

- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento

- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

- essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo

- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato

- di aver ricevuto le informazioni in data _____ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e

pertanto rilascia il consenso all'intervento di _____ in occhio _____

e autorizza l'equipe chirurgica

- all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata

- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

- a eseguire durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Firma del paziente

Firma leggibile di chi riceve il presente documento

Data, _____