AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

PUNTI DI RIFERIMENTO SOMMARI PER LE LINEE GUIDA PREFERRED PRACTICE PATTERN®

Introduzione

I seguenti sono dei punti di riferimento sommari per le linee guida Preferred Practice Pattern® (PPP) dell'Academy. Le linee guida Preferred Practice Pattern sono state formulate sulla base di tre principi:

- Ogni Preferred Practice Pattern dovrebbe avere rilevanza clinica ed essere sufficientemente specifica da fornire informazioni utili alla pratica clinica.
- Ogni raccomandazione che viene fatta dovrebbe essere accompagnata da un esplicito punteggio che indichi la sua importanza nell'ambito dell'attività assistenziale.
- Ogni raccomandazione dovrebbe essere corredata da un esplicito punteggio che dimostri la forza dell'evidenza che supporta tale raccomandazione e che rifletta la migliore evidenza disponibile.

I Preferred Practice Patterns forniscono un'indicazione per un modello di pratica clinica, non per l'assistenza di un individuo in particolare. Se da un lato i PPP dovrebbero essere in grado di andare incontro alle necessità della maggior parte dei pazienti, non è comunque detto che rappresentino la migliore raccomandazione per tutti i pazienti. Pertanto il rispetto di questi PPP non assicura di un risultato soddisfacente in qualsiasi situazione. Questi modelli di pratica non dovrebbero essere giudicati comprensivi di tutti i metodi assistenziali appropriati ovvero manchevoli di altri metodi assistenziali che siano ragionevolmente orientati ad ottenere i migliori risultati. Può essere necessario affrontare in modi differenti le diverse esigenze dei pazienti. Il medico deve formulare il giudizio definitivo riguardo alla tipologia di assistenza da adottare nei confronti di un particolare paziente alla luce di tutte le caratteristiche proprie di quel paziente. L'American Academy of Ophthalmology è in grado di fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica.

Le linee guida Preferred Practice Pattern non sono degli standard della Medicina ai quali conformarsi in ogni situazione individuale. L'Academy declina specificamente ogni responsabilità per lesioni o altri danni di ogni natura, derivanti da negligenza o da altre cause, e per ogni rivendicazione che possa derivare dall'uso di qualsiasi raccomandazione o altra informazione tratta da questo documento.

Per ogni condizione patologica di maggior rilievo, sono riassunte le raccomandazioni per il processo assistenziale, comprensive di anamnesi, esame obiettivo ed esami supplementari, nonché le raccomandazioni principali riguardo alla gestione assistenziale, al follow-up e alla educazione del paziente.

Per ogni PPP viene condotta una ricerca dettagliata della letteratura pertinente in lingua inglese fra gli articoli presenti su Pubmed e sulla Cochrane

Library. I risultati sono esaminati da una commissione di esperti e sono utilizzati per preparare le raccomandazioni, alle quali viene dato un punteggio che mostra la forza dell'evidenza qualora esista una sufficiente evidenza.

Per valutare i singoli studi, si utilizza una scala basata sul Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Le definizioni e i livelli di evidenza per valutare i singoli studi sono le seguenti:

- I++: metanalisi di alta qualità, revisioni sistematiche di trials randomizzati controllati (TRC), o TRC con un rischio molto basso di bias.
- I+: metanalisi ben condotte, revisioni sistematiche di TRC, o TRC con un basso rischio di bias
- I-: metanalisi, revisioni sistematiche di TRC, o TRC con un alto rischio di bias
- II++: revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o di coorte; studi caso-controllo o di coorte di alta qualità con un rischio molto basso di confondimento o bias ed una alta probabilità che la relazione sia casuale
- II+: studi caso-controllo o di coorte ben condotti con un basso rischio di confondimento o bias e una probabilità moderata che la relazione sia casuale
- II-: studi di coorte o caso-controllo con un alto rischio di confondimento o bias e un rischio significativo che la relazione non sia casuale
- III: studi non analitici (es, case reports e case series)

Le raccomandazioni per la gestione sono sostanzialmente basati sui dati di evidenza. Le valutazioni qualitative dei dati di evidenza sono definite dal Grading od Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) come segue:

- Buona Qualità (BQ): ulteriori ricerche non modificherebbe la nostra fiducia nell'effetto stimato
- Qualità Moderata (MQ): ulteriori ricerche potrebbero avere un impatto rilevante sulla nostra fiducia nell'effetto stimato e potrebbero modificare la valutazione
- Qualità Insufficiente (IQ): ulteriori ricerche avrebbero molto probabilmente un impatto rilevante sulla nostra fiducia nell'effetto stimato e potrebbero cambiare la nostra valutazione. Ogni valutazione effettuata è molto incerta

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Italian Translation May 2017

Introduzione *(continuazione)*

Le raccomandazioni chiave di gestione sono definite dal GRADE come segue:

- Forte raccomandazione (FR): quando gli effetti desiderabili di un intervento superano chiaramente gli effetti indesiderabili o chiaramente non li superano
- Raccomandazione discrezionale (DR): o a causa di un'evidenza di bassa qualità o perché l'evidenza suggerisce che gli effetti desiderabili e indesiderabili sono quasi bilanciati

Nei PPP, prima del 2011, la commissione da un punteggio alla raccomandazione relativamente alla sua importanza nel processo assistenziale. Questo punteggio relativo alla "importanza nel processo assistenziale" rappresenta quella cura che nell'opinione della commissione potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza al paziente in modo sostanziale. I punteggi di importanza sono suddivisi in tre livelli:

- Livello A, definito come importanza massima
- Livello B, definito come moderatamente importante
- Livello C, definito come rilevante ma non critico

La commissione ha anche valutato ogni raccomandazione sulla base della forza dell'evidenza disponibile in letteratura a supporto della raccomandazione fatta. I "punteggi di forza dell'evidenza" sono a loro volta divisi in 3 livelli:

- Il livello I fa riferimento a un'evidenza ottenuta da almeno un trial controllato, randomizzato, ben ideato e condotto modo appropriato.
- Il livello II fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Trials controllati ben ideati ma senza randomizzazione
  - Studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben ideati, meglio se condotti da più di un centro
  - Serie in tempi successivi con o senza intervento
- Il livello III fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Studi descrittivi
  - Case reports
  - Reports di comitati/organizzazioni di esperti (per es., il consenso del comitato PPP con la revisione di pari esterni)

Tuttavia, quest'approccio formale sarà eventualmente abbandonato non appena l'Academy adotterà i sistemi di rating e di grading SIGN e GRADE.

I PPP devono essere intesi come guide nell'assistenza al paziente, con un'enfasi particolare agli aspetti tecnici. Nell'applicazione di tale conoscenza, è essenziale tener presente che la vera eccellenza nella pratica medica viene raggiunta unicamente quando le competenze sono applicate in maniera tale che le esigenze del paziente siano prese nella massima considerazione. L'AAO è disponibile a fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica. (Codice di Etica dell'AAO).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Italian Translation May 2017

Glaucoma Primario Ad Angolo Aperto (Valutazione Iniziale)

Anamnesi iniziale (elementi chiave)

- Anamnesi oculare
- Razza/Etnia
- Anamnesi familiare
- Anamnesi sistemica
- Rassegna di documentazioni pertinenti
- Terapia farmacologica in atto
- Chirurgia oculare

Esame obiettivo iniziale (elementi chiave)

- Acuità visiva
- Esaminazione delle pupille
- Biomicroscopia con lampada a fessura del segmento anteriore
- Misurazione della pressione intraoculare
- Spessore corneale centrale
- Gonioscopia
- Valutazione della testa del nervo ottico e dello strato retinico delle fibre nervose con visualizzazione stereoscopica ingrandita alla lampada a fessura attraverso una pupilla in midriasi *(I+, MQ, FR)*
- Documentazione seriata dell'aspetto della papilla ottica con stereofotografia a colori o analisi dell'immagine computerizzata *(I+, MQ, FR)*
- Valutazione del fondo oculare (attraverso pupilla dilatata se possibile)
- Valutazione del campo visivo, preferibilmente con perimetria automatica di soglia statica
- Valutazione del disco ottico
- Spessore della rima neuro-retinica inferiore e/o superiore

Piano di gestione per i pazienti nei quali la terapia è indicata

- Stabilire una iniziale pressione target di almeno il 25% inferiore alla IOP pretrattamento. Scegliere un target più basso può essere giustificato se c'è un danno al nervo ottico più grave
- La pressione target è una stima; tutte le decisioni terapeutiche devono essere individualizzate secondo le necessità del paziente *(III, IQ, DR)*
- Lo scopo del trattamento è di mantenere la IOP in un intervallo in cui la perdita di campo visivo non determini una riduzione significativa della qualità di vita del paziente *(II+, MQ, DR)*
- La terapia medica è oggi la più comune forma di intervento iniziale per ridurre la IOP; considerare il bilancio tra gli effetti collaterali e l'efficacia nello scegliere un regime terapeutico di massima efficacia e tollerabilità per raggiungere la desiderata riduzione della IOP per ogni paziente
- Se si verifica una progressione della malattia entro il target pressorio, è necessario rivalutare fluttuazioni misconosciute della IOP e aderenza alla terapia prima di ridurre ulteriormente il target della IOP
- Valutare il paziente che sta assumendo farmaci per il glaucoma per quel che concerne gli effetti collaterali e la tossicità locale oculare e sistemica correlata alla terapia
- La Laser trabeculoplastica può essere considerata come terapia iniziale in pazienti selezionati o un'alternativa per pazienti ad alto rischio di non aderenza alla terapia medica per il costo dei farmaci, problemi di memoria, difficoltà nell'instillazione o per intolleranza ai medicinali *(I+, BQ, DR)*
- La chirurgia filtrante è efficace nel ridurre la IOP; generalmente indicata quando la terapia medica e la terapia laser non sono in grado di controllare la malattia e può a volte essere una alternativa terapeutica iniziale appropriata *(I+, BQ, FR)*

Chirurgia e terapia post-operatoria per i pazienti sottoposti a trabeculoplastica laser

- L'oculista che esegue il laser ha le seguenti responsabilità:
  - Ottenere il consenso informato
  - Assicurarsi che la visita preoperatoria confermi la necessità della procedura
  - Almeno un controllo pressorio tra 30 e 120 minuti dopo l'intervento laser
  - Visita entro 6 settimane dall'esecuzione del laser o prima, se preoccupati dal danno al nervo ottico correlato alla IOP

Chirurgia e terapia post-operatoria per i pazienti sottoposti a chirurgia incisionale

- L'oculista che esegue la chirurgia ha le seguenti responsabilità:
  - Ottenere il consenso informato
  - Assicurarsi che la visita preoperatoria documenti accuratamente le indicazioni chirurgiche
  - Almeno un controllo pressorio tra 30 e 120 minuti dopo l'intervento laser
  - Uso di corticosteroidi topici nel periodo postoperatorio, se non controindicati
  - Follow-up al primo giorno (da 12 a 36 ore dopo la chirurgia) ed almeno una volta tra il secondo ed il decimo giorno post-operatorio
  - In assenza di complicazioni, visite addizionali di routine post-operatorie durante un periodo di 6 settimane
  - Aggiungere visite più frequenti, se necessario, per pazienti con complicanze post-operatorie
  - Trattamenti aggiuntivi se necessario per potenziare le chances di successo a lungo termine

Educazione dei pazienti trattati con terapia medica

- Discutere sulla diagnosi, la gravità della malattia, la prognosi e l'iter di gestione e sulla probabilità che la terapia sarà duratura per tutta la vita
- Consigliare la chiusura delle palpebre o l'occlusione nasolacrimale quando si instillano farmaci topici per ridurne l'assorbimento sistemico
- Incoraggiare i pazienti ad avvertire i loro oculisti riguardo a variazioni fisiche o emotive che intervengono con l'assunzione di medicinali per il glaucoma

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Italian Translation May 2017

Glaucoma Primario Ad Angolo Aperto (Follow-Up)

Anamnesi

- Anamnesi oculare intercorsa
- Anamnesi medica sistemica intercorsa
- Effetti collaterali della terapia oculare
- Frequenza di somministrazione e momento dell'ultima instillazione dei medicinali ipotonizzanti oculari e revisione dell'uso di farmaci

Esame Obiettivo

- Misurazione dell'acuità visiva
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
- Misura della pressione intraoculare
- Valutazione della testa del nervo ottico e dei campi visivi (vedi tabella in basso)
- La misura dello spessore corneale centrale andrebbe ripetuta dopo ogni evento che possa averlo modificato (es. chirurgia refrattiva)

Piano Di Gestione Per I Pazienti In Terapia Medica

- Ad ogni visita, registrare la posologia e la frequenza di utilizzo, discutere l'aderenza al regime terapeutico e la reazione del paziente alla proposta di alternative terapeutiche o di procedure diagnostiche
- Effettuare una gonioscopia se c'è un sospetto di chiusura d'angolo, una scarsa profondità della camera anteriore o anomalie dell'angolo della camera anteriore o se c'è un inspiegabile variazione della IOP. Effettuare una gonioscopia periodicamente
- Riconsiderare il regime di trattamento se la target IOP non viene raggiunta e i benefici di una modifica della terapia sopravanzano il rischio
- Abbassare la pressione target se c'è un progressivo peggioramento del disco ottico, dello strato delle fibre nervose retiniche o del campo visivo
- Nell'ambito di ciascuno degli intervalli raccomandati, i fattori che determinano la frequenza di valutazione includono la gravità del danno, il tasso di progressione, il grado di superamento della target IOP e il numero e la significatività di altri fattori di rischio per il danno del nervo ottico

Educazione Dei Pazienti

- Educare riguardo al processo patologico, al razionale e agli obiettivi dell'intervento terapeutico, allo stato della loro condizione, e ai benefici e rischi relativi di approcci terapeutici alternativi in modo tale che i pazienti possano partecipare in modo significativo nello sviluppo di un appropriato piano di intervento
- Indirizzare o incoraggiare i pazienti con deficit visivi significativi o non vedenti verso l'uso di una riabilitazione visiva appropriata o dei servizi sociali
- I pazienti candidati alla chirurgia refrattiva dovrebbero essere informati del possibile impatto che la correzione con il laser ha nel ridurre la sensibilità al contrasto e l'accuratezza delle misurazioni della IOP

Follow-Up:

Linee guida basate sul consenso per il follow-up dello stato del glaucoma con valutazione del nervo ottico e del campo visivo*

IOP target raggiunta	Progressione del danno	Durata del controllo (mesi)	Intervallo di follow-up approssimativo**
Si	No	≤6	6
Si	No	>6	12
Si	Si	NA	1–2
No	Si	NA	1–2
No	No	NA	3–6

IOP = pressione intraoculare; NA = non applicabile

*La valutazione consiste in un esame clinico del paziente comprensivo dell'analisi della testa del nervo ottico (con stereofotografie a colori periodiche o imaging computerizzato del nervo ottico e dello strato retinico delle fibre nervose) e analisi del campo visivo.

**I pazienti con danno più avanzato o maggior rischio di danno da glaucoma primario ad angolo aperto nel corso della vita potrebbero richiedere visite valutazioni più frequenti. Questi intervalli rappresentano il tempo massimo raccomandato tra le visite

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Italian Translation May 2017

Sospetto Di Glaucoma Primario Ad Angolo Aperto (Valutazione Iniziale E Follow-Up)

Anamnesi iniziale (elementi chiave)

- Anamnesi oculare
- Anamnesi familiare
- Anamnesi sistemica
- Revisione dei referti pertinenti
- Terapia farmacologica in atto
- Chirurgia oculare

Esame obiettivo iniziale (elementi chiave)

- Misurazione dell'acuità visiva
- Esame delle pupille
- Biomicroscopia del segmento anteriore alla lampada a fessura
- Misurazione della pressione intraoculare
- Spessore corneale centrale
- Gonioscopia
- Valutazione della testa del nervo ottico e dello strato retinico delle fibre nervose con visualizzazione stereoscopica ingrandita alla lampada a fessura attraverso una pupilla in midriasi
- Documentazione dell'aspetto della testa del nervo ottico e se possibile dello strato delle fibre nervose *(II++, BQ, FR)*
- Valutazione del fondo dell'occhio (attraverso una pupilla dilatata se possibile)
- Valutazione del campo visivo, preferibilmente con perimetria automatica di soglia statica
- Escavazione del disco ottico
- Spessore della rima neuro-retinica inferiore e/o superiore

Piano di gestione per i pazienti nei quali la terapia è indicata

- Un obiettivo iniziale appropriato è di fissare la pressione target a un valore più basso del 20% rispetto alla media di diverse misurazioni della IOP basandoci sui criteri dell'Oculary Hypertension Study *(I+, MQ, DR)*
- Lo scopo del trattamento è di mantenere la IOP in un intervallo in cui la perdita di campo visivo non determini una riduzione significativa della qualità di vita del paziente *(II+, MQ, DR)*
- Se si riscontra un danno del campo visivo di tipo glaucomatoso di nuova insorgenza in un paziente con sospetto di glaucoma, è indicato ripetere il test *(II++, BQ, FR)*
- Quando vengono formulate decisioni per il management del paziente, i clinici dovrebbero considerare tutte le informazioni di tipo strutturale perimetrico oltre alle immagini digitali *(III, IQ, FR)*

Anamnesi alla visita di follow-up

- Anamnesi oculare intercorsa
- Anamnesi medica sistemica intercorsa e qualsiasi cambiamento della terapia medica sistemica
- Effetti collaterali dei farmaci ad uso oftalmico se il paziente è in trattamento
- Frequenza di utilizzo e momento dell'ultima somministrazione dei farmaci per il glaucoma, e revisione dell'uso dei medicinali se il paziente è in trattamento

Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
- Misurazione della pressione intraoculare
- La gonioscopia è indicata quando c'è il sospetto di una componente di chiusura d'angolo, di una scarsa profondità della camera anteriore o quando si verifica un cambiamento inspiegabile della IOP

Intervallo di follow-up

- La durata dell'intervallo tra una visita e la successiva è dettata dall'interazione, unica per ogni paziente, tra il paziente e la patologia
- La frequenza con cui effettuare analisi periodiche della testa del nervo ottico e del campo visivo si basa sulla valutazione del rischio. I pazienti con cornee più sottili, IOP più alta, emorragie discali, rapporti cup-to-disk elevati, valori di pattern standard deviation media più alti, o con una storia familiare di glaucoma possono richiedere un follow-up più ravvicinato.

Educazione dei pazienti in terapia medica:

- Discutere la diagnosi, il numero e la gravità dei fattori di rischio, la prognosi, il piano di gestione e la probabilità che la terapia, una volta iniziata, sarà a lungo termine
- Informare riguardo al processo patologico, al razionale e agli obiettivi dell'intervento, allo stato della loro condizione, e ai relativi benefici e rischi di interventi alternativi
- Educare a proposito della chiusura delle palpebre e della occlusione del condotto nasolacrimale al momento dell'applicazione del medicinale topico per ridurre l'assorbimento sistemico
- Incoraggiare i pazienti ad avvertire i loro oculisti riguardo a variazioni fisiche o emotive che intervengono con l'assunzione di medicinali per il glaucoma

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Italian Translation May 2017

Chiusura D'angolo Primaria (Valutazione Iniziale E Terapia)

Anamnesi inizialen (elementi chiave)

- Anamnesi oculare (sintomi suggestivi di attacchi intermittenti da chiusura d'angolo)
- Anamnesi familiare di glaucoma acuto da chiusura d'angolo
- Anamnesi sistemica (per es., uso di farmaci topici o sistemici)

Esame obiettivo iniziale (elementi chiave)

- Stato refrattivo
- Pupille
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
  - Iperemia congiuntivale (nei casi acuti)
  - Restringimento della profondità della camera anteriore centralmente e perifericamente
  - Infiammazione in camera anteriore suggestive di un attacco recente o in corso
  - Edema corneale (edema microcistico e stromale sono comuni nei casi acuti)
  - Anomalie dell'iride che includono atrofia focale o diffusa, sinechie posteriori, alterata motilità pupillare, pupilla di forma irregolare e pupilla in media-midriasi (suggestive di un attacco recente o in corso)
  - Anomalie del cristallino, che includono cataratta e glaukomflecken
  - Perdita di cellule endoteliali corneali
- Misurazione della pressione intraoculare
- Gonioscopia e/o imaging del segmento anteriore di entrambi gli occhi
- Valutazione del fundus e della papilla ottica con oftalmoscopia diretta o biomicroscopia alla lampada a fessura con una lente indiretta

Piano di gestione per i pazienti in cui è indicata l'iridotomia

- L'iridotomia è indicata negli occhi con chiusura d'angolo primaria o glaucoma primario da chiusura d'angolo *(I++, BQ, FR)*
- L'iridotomia laser è il trattamento preferito negli attacchi acuti da chiusura d'angolo poiché ha un rapporto rischi-benefici favorevole *(II+, MQ, FR)*
- Negli attacchi acuti da chiusura d'angolo, usare in primis la terapia medica per abbassare la IOP, ridurre il dolore e l'edema corneale. L'iridotomia dovrebbe quindi essere eseguita il prima possibile *(III, BQ, FR)*
- Eseguire un'iridotomia profilattica nell'occhio adelfo se l'angolo irido-corneale è anatomicamente stretto, poiché quasi la metà degli occhi adelfi può sviluppare un attacco acuto da chiusura d'angolo entro 5 anni *(II++, BQ, FR)*

Chirurgia e terapia post-operatoria per i pazienti sottoposti ad iridotomia

- L'oculista che esegue la chirurgia ha le seguenti responsabilità:
  - Ottenere il consenso informato
  - Assicurarsi che la visita preoperatoria confermi la necessità della procedura
  - Almeno un controllo pressorio tra 30 e 120 minuti dopo l'intervento laser
  - Prescrivere corticosteroidi topici nel periodo post-operatorio
  - Assicurarsi che il paziente riceva cure post-operatorie adeguate
- Le visite di follow-up includono:
  - Valutazione della pervietà dell'iridotomia visualizzando la capsula anteriore del cristallino
  - Misurazione della pressione intraoculare
  - Gonioscopia con compressione/indentazione, se non eseguita immediatamente dopo l'iridotomia
  - Dilatazione della pupilla per ridurre il rischio di formazione di sinechie posteriori
  - Valutazione del fundus
- Prescrivere farmaci nel perioperatorio per evitare improvvise elevazioni della IOP, specie in pazienti con malattia grave

Follow-up dei pazienti con iridotomia

- Dopo l'iridotomia, seguire in pazienti con neuropatia ottica glaucomatosa come specificato nelle PPP per glaucoma primario ad angolo aperto
- Dopo l'iridotomia, i pazienti con angolo aperto residuo o una combinazione di angolo aperto e sinechie periferiche anteriori con o senza neuropatia ottica glaucomatosa dovrebbero essere seguiti almeno annualmente, con particolare attenzione nel ripetere la gonioscopia

Educazione per i pazienti in cui non viene eseguita l'iridotomia

- I pazienti con sospetto di chiusura d'angolo primaria che non hanno un'iridotomia dovrebbero essere avvisati del rischio di attacco acuto da chiusura d'angolo e che certi farmaci possono causare dilatazione della pupilla e indurre l'attacco acuto *(III, MQ, DR)*
- I pazienti dovrebbero essere informati sui sintomi dell'attacco acuto da chiusura d'angolo e istruiti a contattare immediatamente il proprio oculista all'insorgenza dei sintomi *(III, MQ, FR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Italian Translation May 2017

AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

Disconoscimento della traduzione del riassunto delle raccomandazioni

Questo documento è una traduzione di una pubblicazione della American Academy of Ophthalmology dal titolo “Summary Benchmarks”. La traduzione rispecchia le norme pratiche in atto negli Stati Uniti d’America alla data della pubblicazione e potrebbe includere delle modifiche che riflettono le pratiche nazionali. L’American Academy of Ophthalmology non ha tradotto questa pubblicazione e nega ogni responsabilità per eventuali modifiche, omissioni o altri possibili errori presenti nella traduzione. L’Academy fornisce questo materiale per fini esclusivamente educativi. Esso non intende rappresentare il solo o il migliore metodo in tutti i casi, o sostituirsi al giudizio personale del medico o dare consigli specifici per la gestione dei casi clinici. Includere tutte le indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali ed alternative per ogni farmaco o trattamento esula dallo scopo di questo materiale. Tutte le informazioni e le raccomandazioni dovrebbero essere verificate, prima dell’utilizzo, sulla base delle informazioni attuali incluse nel materiale informativo fornito dal produttore o da altre fonti indipendenti e considerate alla luce delle condizioni e della storia clinica del paziente. La Società, nello specifico, nega ogni responsabilità per danni di qualunque genere, a causa di negligenza o altro, per qualunque richiesta di risarcimento che possa derivare dall’impiego delle raccomandazioni o di altre informazioni contenute nel presente documento.

Summary Benchmarks Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.