

**XIII CONGRESSO
NAZIONALE 2018**

25-26 Ottobre 2018

Villa Marigola, Lerici (SP)



Johann Gottfried Steffan, Lerici
1900, acquerello

**Quando il gastroenterologo
endoscopista incontra
l'ingegnere la routine
diventa algoritmo**

S. Brighi 2018



Colonoscopia di «qualità»

PRE

- Indicazione appropriata
- Informativa e consenso informato
- Anamnesi ed esame obiettivo
- Stratificazione del rischio (ASA)
- Preparazione intestinale
- Profilassi antibiotica
- Tempo di attesa
- Sedazione
- Management della terapia anticoagulante
- "Team pause"

PROCEDURA

- Documentazione fotografica
- % intubazione cieco
- ADR
- Tempo uscita
- Monitoraggio del paziente
- Documentazione premedicazione
- Documentazione degli antagonisti della sedazione

POST

- Dimissione del paziente
- Istruzioni al paziente
- Follow-up della patologia
- Referto endoscopico
- Report delle complicanze
- Grado di soddisfazione del paziente
- Comunicazione con il medico referente
- Piano terapeutico per gli anticoagulanti



COLONSCOPIA DI QUALITA'

- nella routine
- nello screening

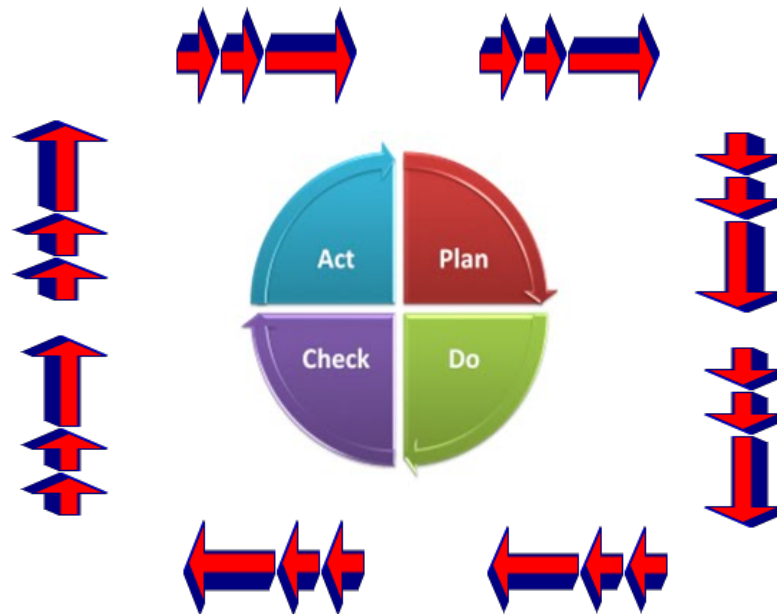
Conoscenza



Buone Mani



VRQ



Buoni Occhi



Buoni Strumenti

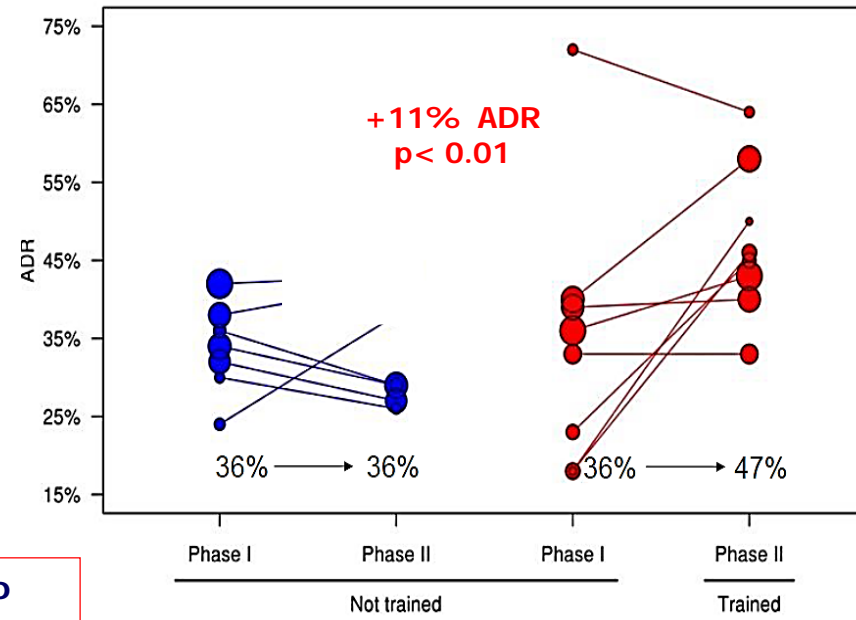
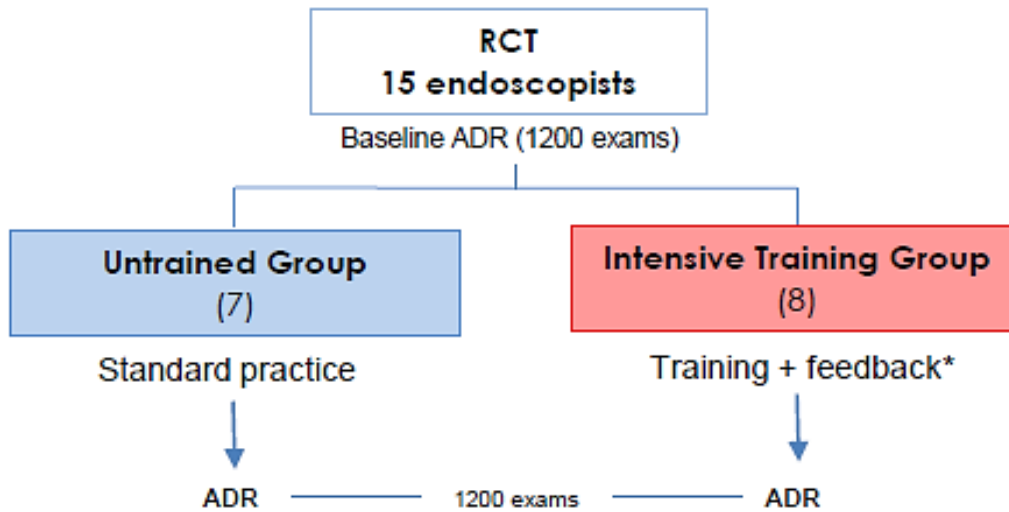


ORIGINAL CONTRIBUTIONS

An Endoscopic Quality Improvement Program Improves Detection of Colorectal Adenomas

Susan G. Coe, MD¹, Julia E. Crook, PhD², Nancy N. Diehl, BS² and Michael B. Wallace, MD, MPH¹

Am J Gastroenterol 2013; 108:219–226



Gruppo con retraining intensivo

- modulo 2h di training con video
- presa coscienza importanza ADR
- ritiro strumento
- identificazione delle lesioni
- feedback mensile su : ADR and WT



Leadership training to improve adenoma detection rate in screening colonoscopy: a randomised trial

Michal F Kaminski,¹ John Anderson,² Roland Valori,³ Ewa Kraszewska,¹ Maciej Rupinski,¹ Jacek Pachlewski,¹ Ewa Wronska,¹ Michael Bretthauer,^{4,5} Siwan Thomas-Gibson,⁶ Ernst J Kuipers,⁷ Jaroslaw Regula¹

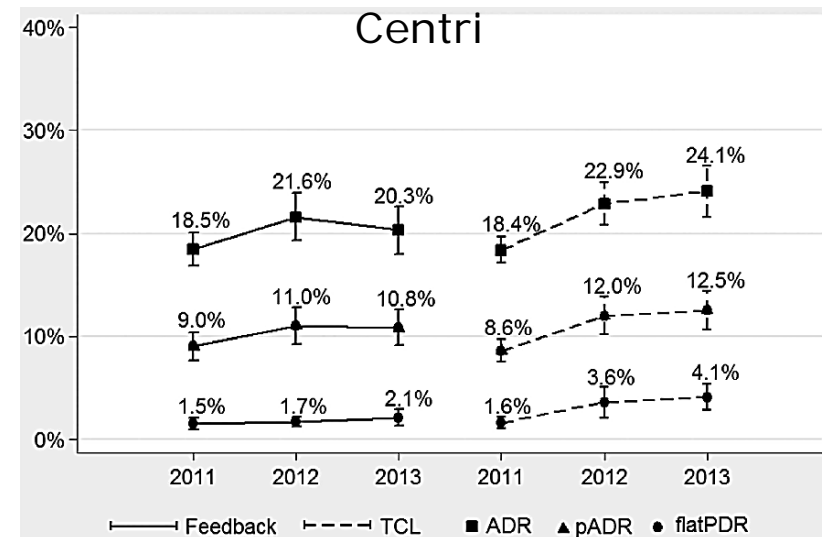
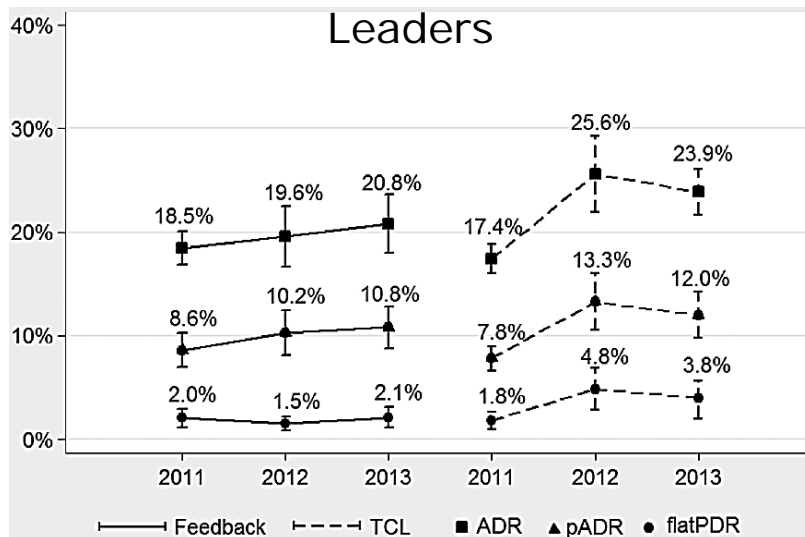
Gut 2015;0:1–9



Polish National CRC Screening Program: Leadership Training and ADR

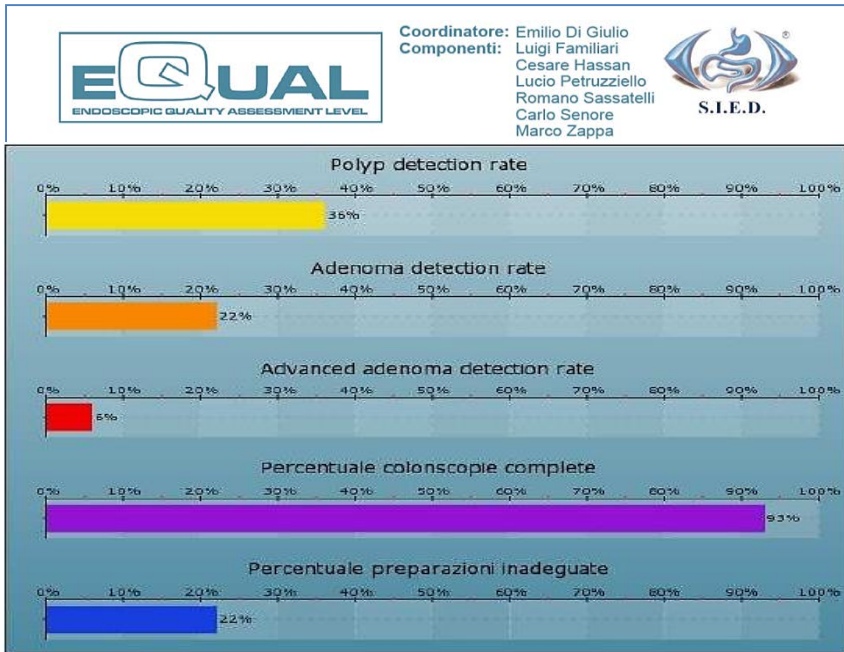
40 Leaders di centri screening con ADR subottimale (< 25%) randomizzati:

- a) retraining con hands-on training , con valutazione pre e post
- b) nessun intervento (feedback annuale su CIR e ADR)

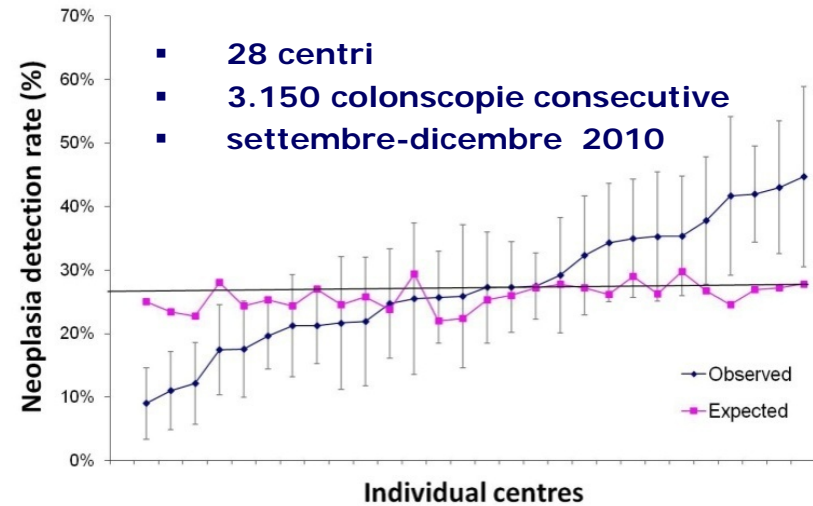


Il training nell'insegnare la colonscopia di qualità ai leaders dei centri di screening ha migliorato la loro pratica ed ha avuto un effetto significativo sulla performance di tutto il centro "disseminazione"

MISURARE LA QUALITA'



Inter-centre variability of the adenoma detection rate: A prospective, multicentre study

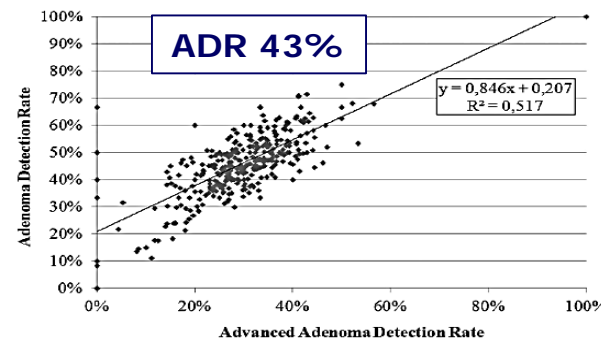


Ricci E, Hassan C, Petruzzello L, Bazzoli F, Repici A, Di Giulio E DLD 45 (2013) 1022– 1027

Quality of colonoscopy in an organised colorectal cancer screening programme with immunochemical faecal occult blood test: the EQUiPE study (Evaluating Quality Indicators of the Performance of Endoscopy)

Manuel Zorzi,¹ Carlo Senore,² Filippo Da Re,³ Alessandra Barca,⁴ Luigina Ada Bonelli,⁵ Renato Cannizzaro,⁶ Renato Fasoli,⁷ Lucia Di Furia,⁸ Emilio Di Giulio,⁹ Paola Mantellini,¹⁰ Carlo Naldoni,¹¹ Romano Sassatelli,¹² Douglas Rex,¹³ Cesare Hassan,¹⁴ Marco Zappa,¹⁵ the Equipe Working Group

Gut 2014;0:1–8.





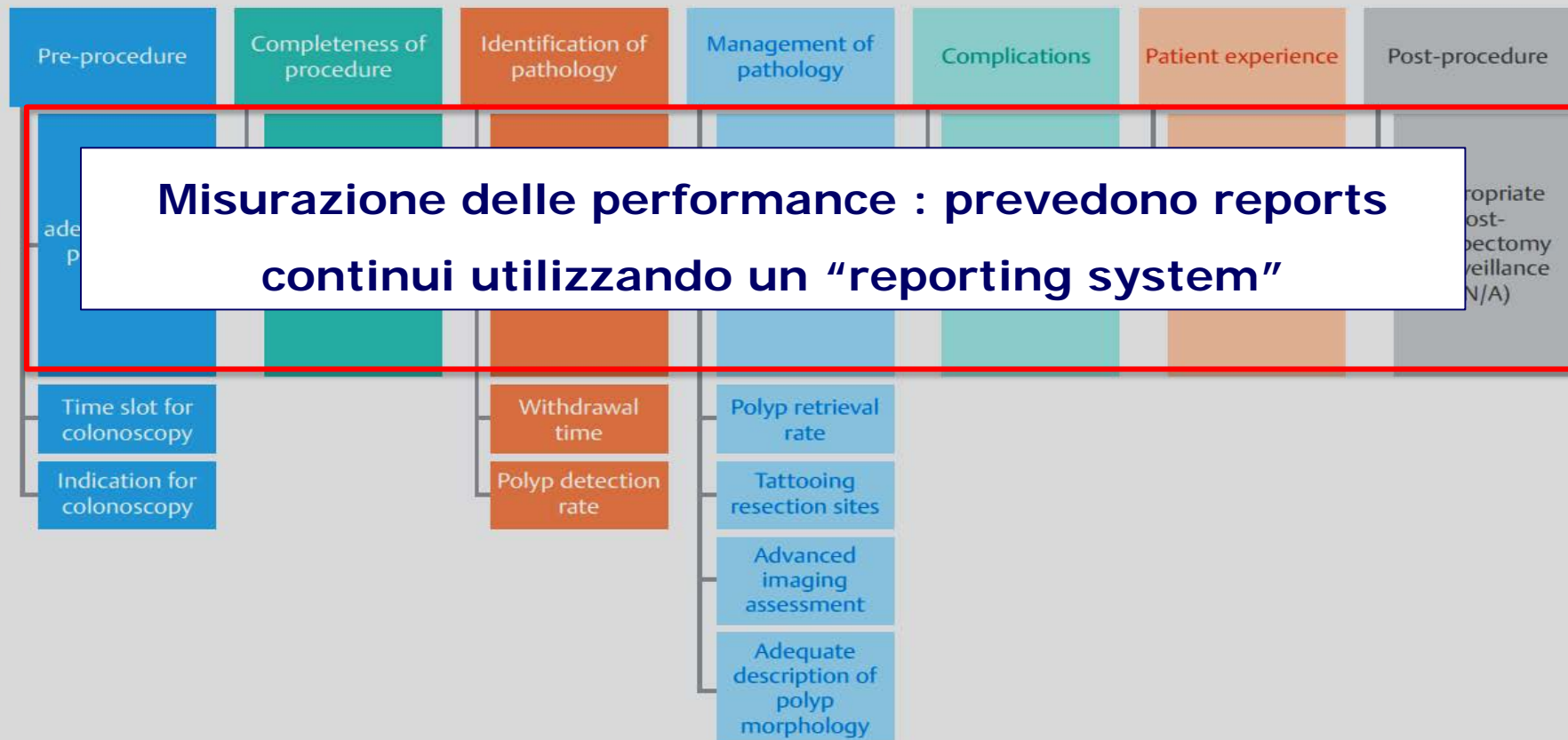
Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative

Michal F. Kaminski^{1,2,3}, Siwan Thomas-Gibson⁴, Marek Bugajski^{1,2}, Michael Bretthauer^{3,5}, Colin J. Rees⁶, Evelien Dekker⁷, Geir Hoff^{3,8,9}, Rodrigo Jover¹⁰, Stepan Suchanek¹¹, Monika Ferlitsch¹², John Anderson¹³, Thomas Roesch¹⁴, Rolf Hultcranz¹⁵, Istvan Racz¹⁶,

Ernst J. Kuipers¹⁷, Kjetil Garborg¹⁸, James E. East¹⁹, Maciej Rupinski^{1,2}, Birgitte Seip¹⁹, Cathy Bennett²⁰, Carlo Senore²¹, Silvia Minozzi²¹, Raf Bisschops²², Dirk Domagk²³, Roland Valori²⁴, Cristiano Spada²⁵, Cesare Hassan²⁶, Mario Dinis-Ribeiro^{27,28}, Matthew D. Rutter^{29,30}

Endoscopy 2017; 49: 378-397

Domains
Key performance measures (minimum target)
Minor performance measures



Misurazione delle performance : prevedono reports continui utilizzando un "reporting system"



VRQ



- Processo indispensabile per migliorare l'offerta sanitaria
- Processo «impegnativo» : raccolta reports con elaborazione e valutazione dei dati (check) : 3 - 6 / 12 mesi
- Interventi «correttivi» (act) : 3 - 6 / 12 mesi

REPORTING CON FOGLIO EXCELL permette **real-time** «check» e «act» :



- Monitoraggio e valutazione degli operatori
- Interventi «correttivi»
- Reports aziendali : D.G. - D.S. - Coordinamento Screening
- Reports Regione Lazio (integrazione / confronto SipsoWeb)

Regione Lazio - Ufficio Screening



Colon Retto - Anno 2016																
ASL	RM1	RM 2	RM D	RM F	RM G	RM H	VT	RI	LT	FR	LAZIO	Standard	RM A	RM B	RM C	RM E
Popolazione bersaglio annua												-				
Estensione ONS	104,2	99,3	88,9	86,8	32,7	77,4	107,9	59,8	81,4	48,7	84,3	>=90%	107,2	95,4	104,1	101,5
LEA	18,2	22,8	22,6	21,0	7,9	30,5	38,6	12,7	21,0	12,9	20,9	>=25%	16,9	25,1	19,9	19,4
Adesione Corretta	17,4	22,9	25,6	24,2	24,2	39,1	35,3	21,2	25,6	26,6	24,8	>=45%	15,7	26,2	19,1	19,0
Provette non riconsegnate	5,7	5,1	8,9	8,8	5,1	7,6	7,2	0,0	4,8	5,9	6,3	<=7%	4,1	5,4	4,7	6,9
Tasso positività	5,7	6,2	6,8	6,6	6,8	5,6	6,0	6,7	5,6	6,5	6,1	-	5,6	5,8	6,8	5,8
I esami	6,4	6,7	6,9	6,9	6,8	5,6	6,7	7,6	6,0	6,4	6,5	<6%	6,5	6,2	7,3	6,3
esami succ	5,1	5,5	6,8	5,3	7,1	5,6	5,4	6,7	5,1	10,2	5,4	<4,5%	5,0	5,5	5,7	5,2
Adesione Colposcopia	79,3	79,4	82,2	73,0	70,0	83,6	88,1	94,1	84,4	82,6	81,4	>=85%	80,5	78,4	80,8	78,5
Maschi	80,9	81,8	84,4	73,2	73,1	84,7	86,8	95,5	85,5	84,4	82,9	>=85%	80,2	80,9	82,9	81,5
Femmine	78,0	77,2	80,0	72,8	67,1	82,4	89,6	92,8	83,2	80,3	79,8	>=85%	80,7	76,1	78,7	75,8
Proporzione colon complete	93,8	89,6	90,6	90,6	77,1	91,5	89,5	87,3	91,1	94,8	90,6	>=85%	98,6	87,2	92,6	89,6
Polipectomie non contestuali												<=10%				
VPP complessivo	34,1	30,3	33,3	43,4	37,0	37,8	41,5	37,3	34,5	41,7	35,5	-	38,0	29,8	30,9	30,9
I esami	37,7	34,5	34,1	46,1	37,5	38,7	46,5	39,0	40,9	41,5	38,5	>=25%	43,2	35,0	34,0	33,8
esami succ	30,0	22,2	27,9	19,1	-	36,7	35,2	9,1	25,6	46,7	29,2	>=15%	33,2	23,3	19,2	26,5
DR cancri	2,1	2,6	2,9	3,3	0,2	2,7	3,1	3,6	2,1	3,1	2,6	-	2,5	1,6	4,0	1,8
I esami	2,5	3,7	2,8	3,7	6,4	3,0	4,4	3,8	3,0	3,1	3,4	>=2‰	2,7	2,5	5,0	2,4
esami succ	1,7	0,9	3,8	0,9	-	2,3	1,7	0,2	1,1	5,7	1,6	>=1‰	2,3	0,7	1,3	1,1
DR Adenomi avanzati	11,7	11,5	15,1	16,1	10,9	14,2	17,8	18,0	13,9	17,0	13,8	-	13,3	11,3	12,0	10,4
I esami	14,3	13,9	15,6	17,3	11,0	14,0	21,5	18,8	17,2	16,7	15,6	>=7,5‰	18,2	13,8	13,9	12,0
esami succ	9,3	8,0	11,8	6,8	-	14,4	14,1	5,2	10,0	34,1	10,7	>=5‰	10,0	8,5	6,6	8,5
Stadio III +												<30%				

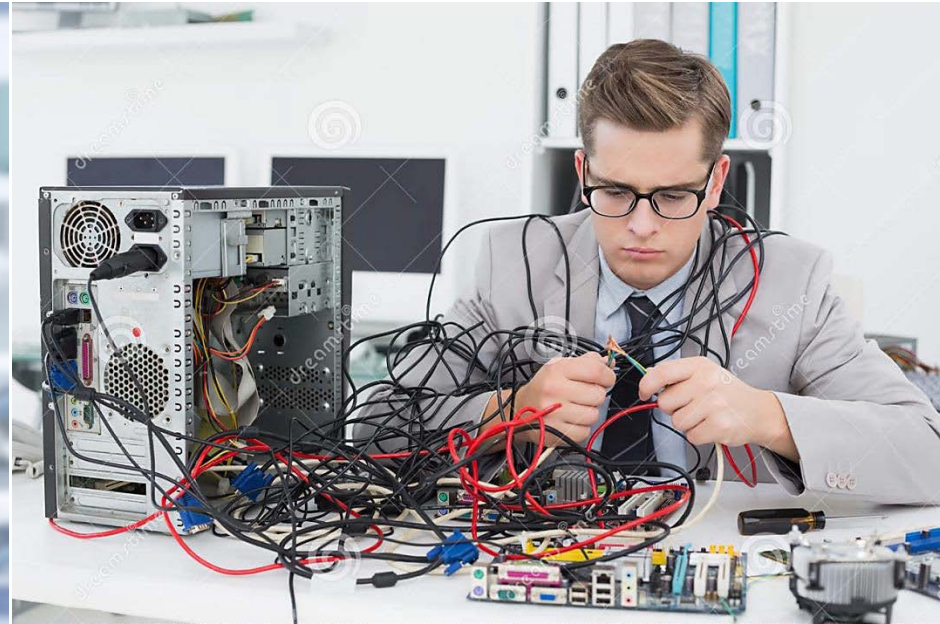
Regione Lazio - Ufficio Screening



Colon Retto - Anno 2016																
ASL	RM1	RM 2	RM D	RM F	RM G	RM H	VT	RI	LT	FR	LAZIO	Standard	RM A	RM B	RM C	RM E
Popolazione bersaglio annua												-				
Estensione ONS	104,2	99,3	88,9	86,8	32,7	77,4	107,9	59,8	81,4	48,7	84,3	>=90%	107,2	95,4	104,1	101,5
LEA	18,2	22,8	22,6	21,0	7,9	30,5	38,6	12,7	21,0	12,9	20,9	>=25%	16,9	25,1	19,9	19,4
Adesione Corretta	17,4	22,9	25,6	24,2	24,2	39,1	35,3	21,2	25,6	26,6	24,8	>=45%	15,7	26,2	19,1	19,0
Provette non riconsegnate	5,7	5,1	8,9	8,8	5,1	7,6	7,2	0,0	4,8	5,9	6,3	<=7%	4,1	5,4	4,7	6,9
Tasso positività	5,7	6,2	6,8	6,6	6,8	5,6	6,0	6,7	5,6	6,5	6,1	-	5,6	5,8	6,8	5,8
I esami	6,4	6,7	6,9	6,9	6,8	5,6	6,7	7,6	6,0	6,4	6,5	<6%	6,5	6,2	7,3	6,3
esami succ	5,1	5,5	6,8	5,3	7,1	5,6	5,4	6,7	5,1	10,2	5,4	<4,5%	5,0	5,5	5,7	5,2
Adesione Colposcopia	79,3	79,4	82,2	73,0	70,0	83,6	88,1	94,1	84,4	82,6	81,4	>=85%	80,5	78,4	80,8	78,5
Maschi	80,9	81,8	84,4	73,2	73,1	84,7	86,8	95,5	85,5	84,4	82,9	>=85%	80,2	80,9	82,9	81,5
Femmine	78,0	77,2	80,0	72,8	67,1	82,4	89,6	92,8	83,2	80,3	79,8	>=85%	80,7	76,1	78,7	75,8
Proporzione colon complete	93,8	89,6	90,6	90,6	77,1	91,5	89,5	87,3	91,1	94,8	90,6	>=85%	98,6	87,2	92,6	89,6
Polipectomie non contestuali												<=10%				
VPP complessivo	34,1	30,3	33,3	43,4	37,0	37,8	41,5	37,3	34,5	41,7	35,5	-	38,0	29,8	30,9	30,9
I esami	37,7	34,5	34,1	46,1	37,5	38,7	46,5	39,0	40,9	41,5	38,5	>=25%	43,2	35,0	34,0	33,8
esami succ	30,0	22,2	27,9	19,1	-	36,7	35,2	9,1	25,6	46,7	29,2	>=15%	33,2	23,3	19,2	26,5
DR cancri	2,1	2,6	2,9	3,3	0,2	2,7	3,1	3,6	2,1	3,1	2,6	-	2,5	1,6	4,0	1,8
I esami	2,5	3,7	2,8	3,7	6,4	3,0	4,4	3,8	3,0	3,1	3,4	>=2‰	2,7	2,5	5,0	2,4
esami succ	1,7	0,9	3,8	0,9	-	2,3	1,7	0,2	1,1	5,7	1,6	>=1‰	2,3	0,7	1,3	1,1
DR Adenomi avanzati	11,7	11,5	15,1	16,1	10,9	14,2	17,8	18,0	13,9	17,0	13,8	-	13,3	11,3	12,0	10,4
I esami	14,3	13,9	15,6	17,3	11,0	14,0	21,5	18,8	17,2	16,7	15,6	>=7,5‰	18,2	13,8	13,9	12,0
esami succ	9,3	8,0	11,8	6,8	-	14,4	14,1	5,2	10,0	34,1	10,7	>=5‰	10,0	8,5	6,6	8,5
Stadio III +												<30%				

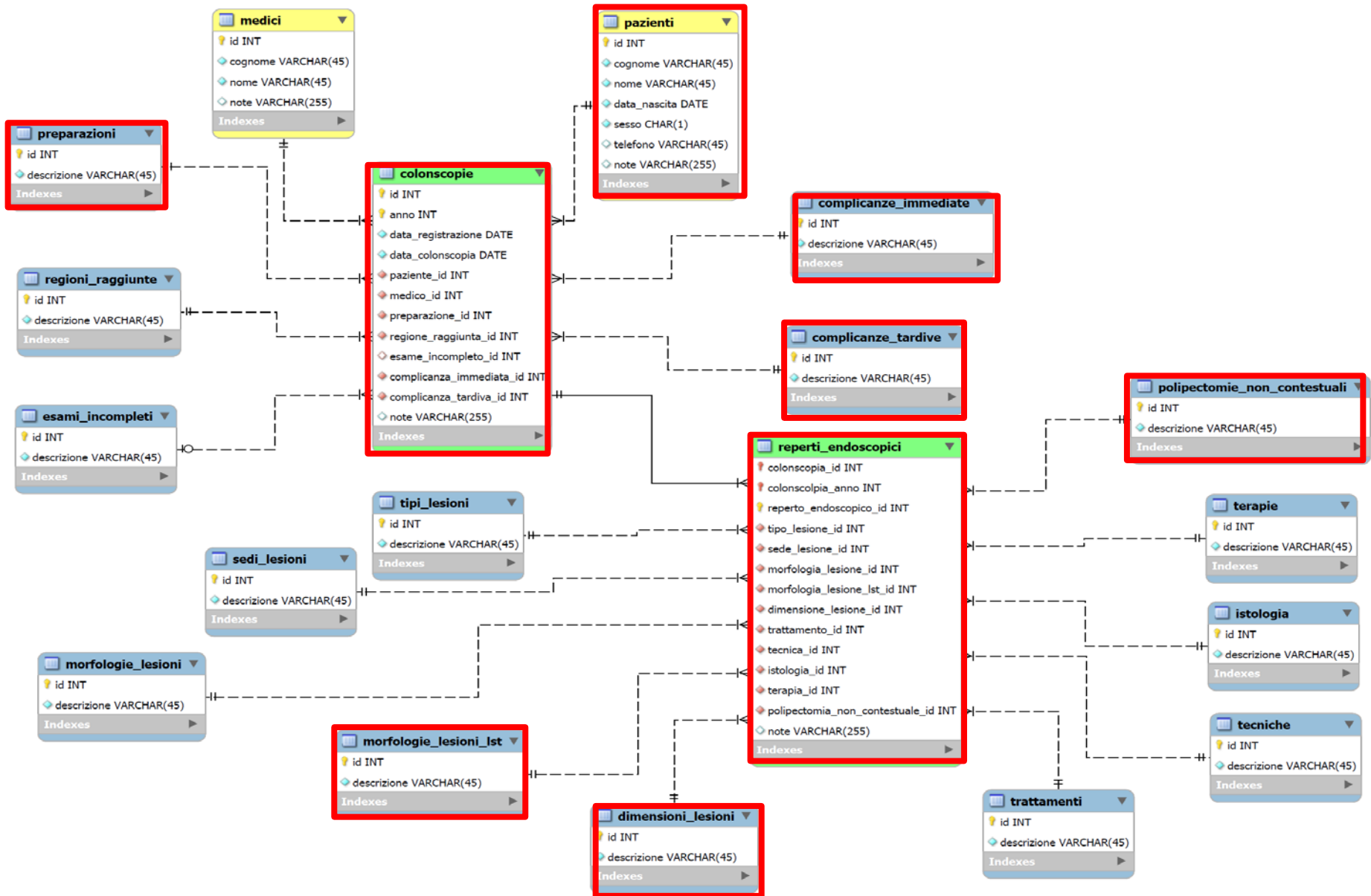


Quando il gastroenterologo endoscopista incontra l'ingegnere



DAL «FOGLIO IN EXCELL» AL SOFTWARE PER LA «GESTIONE DELLE COLONSCOPIE»

Diagramma Entità - Relazione





Review Article

ESGE **ueg journal**

Reporting systems in gastrointestinal endoscopy: Requirements and standards facilitating quality improvement: European Society of Gastrointestinal Endoscopy position statement

Michael Bretthauer^{1,2}, Lars Aabakken², Evelien Dekker³,
Michal F Kaminski^{1,4}, Thomas Rösch⁵, Rolf Hultcrantz⁶, Stepan Suchanek⁷,
Rodrigo Jover⁸, Ernst J Kuipers⁹, Raf Bischoops¹⁰, Cristiano Spada¹¹,
Roland Valori¹², Dirk Domagk¹³, Colin Rees^{14,15} and Matthew D Rutter^{16,18},
on behalf of the ESGE Quality Improvement Committee

United European Gastroenterology Journal 2016, Vol. 4(2) 172-176



1. Elettronico

2. Integrato nel sistema di registrazione dei pazienti ospedalieri

3. Dovrebbe includere dati identificativi del paziente per facilitare il collegamento ad altra fonte di dati



4. Limitato l'utilizzo del testo libero; massimo utilizzo dell'inserimento di dati «strutturati»



5. Sconsigliato l'inserimento separato di dati per scopi di qualità o di ricerca. Il trasferimento automatico dei dati a fini di qualità e ricerca deve essere facilitato







Review Article

 ueg journal

Reporting systems in gastrointestinal endoscopy: Requirements and standards facilitating quality improvement: European Society of Gastrointestinal Endoscopy position statement

Michael Bretthauer^{1,2}, Lars Aabakken², Evelien Dekker³,
Michal F Kaminski^{1,4}, Thomas Rösch⁵, Rolf Hultcrantz⁶, Stepan Suchanek⁷,
Rodrigo Jover⁸, Ernst J Kuipers⁹, Raf Bischoops¹⁰, Cristiano Spada¹¹,
Roland Valori¹², Dirk Domagk¹³, Colin Rees^{14,15} and Matthew D Rutter^{16,18},
on behalf of the ESGE Quality Improvement Committee

United European Gastroenterology Journal 2016, Vol. 4(2) 172-176

6. Disponibili automaticamente : dati da fonti esterne amministrative o mediche (no doppia registrazione)
-  7. Registrazione di : diagnosi istopatologica delle lesioni rilevate; soddisfazione del paziente; eventi avversi; follow-up
-  8. Facile ed immediata «esportazione» dei dati in un formato compatibile (pdf, excell)
-  9. Deve includere campi di dati per gli indicatori di prestazione definiti dai comitati per il miglioramento della qualità
-  10. Facile cambiamento degli indicatori e dei campi di inserimento dati come richiesto dalle società scientifiche



GECO

Gestione Colonscopie

 [Statistiche Colonscopie](#)

 [Attesa Esame Istologico](#)

[+ Nuova Colonscopia](#)

[+ Nuovo Paziente](#)

[Utenti](#)

[Q Ricerca Colonscopia](#)

[Q Ricerca Paziente](#)

[Mappa del Sito](#)



Caratteristiche GECO

A. FUNZIONALI

- Gestione pazienti, colonscopie, reperti connessi
- **Statistiche grafiche in tempo reale**
- Elenco pazienti in attesa del referto istologico
- **Gestione e correlazione dei reperti endoscopici**
- Tabelle **dinamiche gestite dall'utente** con aggiornamento automatico delle statistiche
- Effetto sulle performace del centro per **disseminazione**



Caratteristiche GECO

B. TECNOLOGICHE



- Applicazione basata su tecnologie web (fruibilità dell'applicazione da ogni postazione connessa alla rete).
- **Tecnologie ottimizzate per dispositivi mobili (smartphone, tablet, notebook, pc) senza alcuna limitazione**
- Infrastruttura informatica basata su tecnologie open source (MySQL, Tomcat, Java), tecnologie multiplatforma (Windows, Linux) e standard aperti (HTML5, CSS3)
- Messa in opera (deployment) dell'applicazione in **ambiente cloud computing (costo € 3/mese)** per evitare costi di acquisto e di gestione delle risorse infrastrutturali (server, connettività)
- **Utilizzo della crittografia** (cifatura AES 128 bit) per i dati memorizzati nel data base (art. 32 GDPR).



Mappa del Sito

Tabelle

[Pazienti](#)

[Medici](#)

[Preparazioni](#)

[Regioni Raggiunte](#)

[Esami Incompleti](#)

[Complicanze Immedieate](#)

[Complicanze Tardive](#)

[Tipi Lesioni](#)

[Sedi Lesioni](#)

[Morfologie Lesioni Categorie](#)

[Morfologie Lesioni](#)

[Dimensioni Lesioni](#)

[Trattamenti](#)

[Tecniche](#)

[Istologie](#)

[Terapie](#)

[Tipi Colonscopie](#)

Operazioni

[Colonscopie](#)

Amministrazione

[Utenti](#)

[Sequenze](#)

[Sistema](#)



Colonscopia Immissione

Dati Paziente

ID	10
Cognome	CARLI
Nome	LUIGIA
Data di Nascita	09/10/0174

Dati Colonscopia

Data Colonscopia*

Tipo Colonscopia*

Medico*

- Preparazione***
- ECCELLENTE (BOSTON 9)
 - BUONA (BOSTON 7-8)
 - SUFFICIENTE (BOSTON 6)
 - INADEGUATA (BOSTON < 6)

- Regione Raggiunta***
- CIECO
 - ASCENDENTE
 - FLESSURA EPATICA
 - TRASVERSO
 - FLESSURA SPLENICA
 - DISCENDENTE
 - SIGMA
 - RETTO

Esame Incompleto

- Complicanza Immediata***
- NESSUNA
 - DA SEDAZIONE
 - VASO VAGALI
 - SANGUINAMENTO
 - PERFORAZIONE
 - ALTRO

- Complicanza Tardiva***
- NESSUNA
 - SANGUINAMENTO
 - PERFORAZIONE

Note

Conferma

Reimposta

Esci



Dimensione Lesione*

- <= 5
- >= 6 and <= 9
- >= 10 and <= 19
- >= 20 and <= 29
- >= 30

Trattamento*

- NON ESEGUITO, DA RIPROGRAMMARE
- NON ESEGUITO PER RIFIUTO TERAPIA
- NON ESEGUITO, INVIATO AD ESD
- NON ESEGUITO, INVIATO A CHIRURGIA PER INVASIVITA
- NON ESEGUITO, INVIATO A CHIRURGIA PER COMPLESSITA ENDOSCOPICA
- NON ESEGUITO PER SCARSA TOILETTE
- NON ESEGUITO PER TERAPIA CON ANTIAGGREGANTI/ANTICOAGULANTI
- NON ESEGUITO PER POLIPI MULTIPLI
- NON ESEGUITO PER COMPLESSITA
- LESIONE NON RECUPERATA
- BIOPSIA DIAGNOSTICA
- RIMOZIONE CON PINZA A FREDDO/CALDO
- POLIPECTOMIA CON ANSA A FREDDO/CALDO
- EMR
- ESD
- IBRIDA (ESD/EMR)

Tecnica

Seleziona

Istologia

Seleziona

Terapia

Seleziona

Note



25	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) INFILTRAZIONE NEOPLASTICA DI VASI NO	K	Visualizza
26	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) BUDDING TUMORALE BASSO GRADO	K	Visualizza
27	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) BUDDING TUMORALE ALTO GRADO	K	Visualizza
28	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) BUDDING TUMORALE BASSO GRADO	K	Visualizza
29	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) MARGINE DI RESEZIONE ENDOSCOPICA < 1 mm	K	Visualizza
30	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) MARGINE DI RESEZIONE ENDOSCOPICA >= 1 mm	K	Visualizza
31	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI HAGGITT 1	K	Visualizza
32	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI HAGGITT 2	K	Visualizza
33	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI HAGGITT 3	K	Visualizza
34	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI HAGGITT 4	K	Visualizza
35	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI KIKUCHI SM 1	K	Visualizza
36	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI KIKUCHI SM 2	K	Visualizza
37	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LIVELLO DI KIKUCHI SM 3	K	Visualizza
38	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LESIONE ASPORTATA EN BLOC SI	K	Visualizza
39	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) LESIONE ASPORTATA EN BLOC NO	K	Visualizza
40	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) ALTO RISCHIO	K	Visualizza
41	ADENOMA CANCERIZZATO (pT1) BASSO RISCHIO	K	Visualizza
42	ADENOCARCINOMA	K	Visualizza
43	TUMORE NEUROENDOCRINO BASSO GRADO	K	Visualizza
44	TUMORE NEUROENDOCRINO ALTO GRADO	K	Visualizza
45	LIPOMA	PNN	Visualizza
46	LEIOMIOMA	PNN	Visualizza
47	SCHWANNOMA	PNN	Visualizza
48	LINFOMA	K	Visualizza

48 items found, displaying all items.1
Export options: Excel | PDF

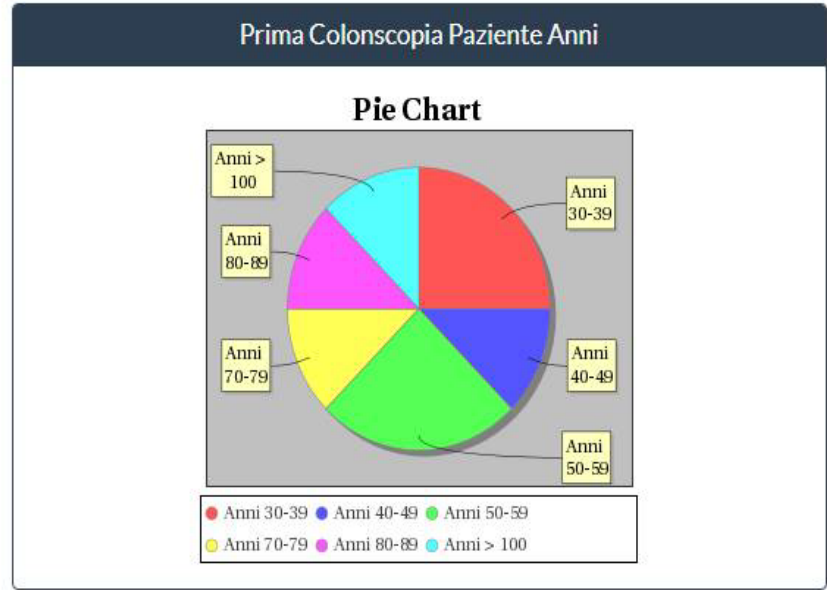
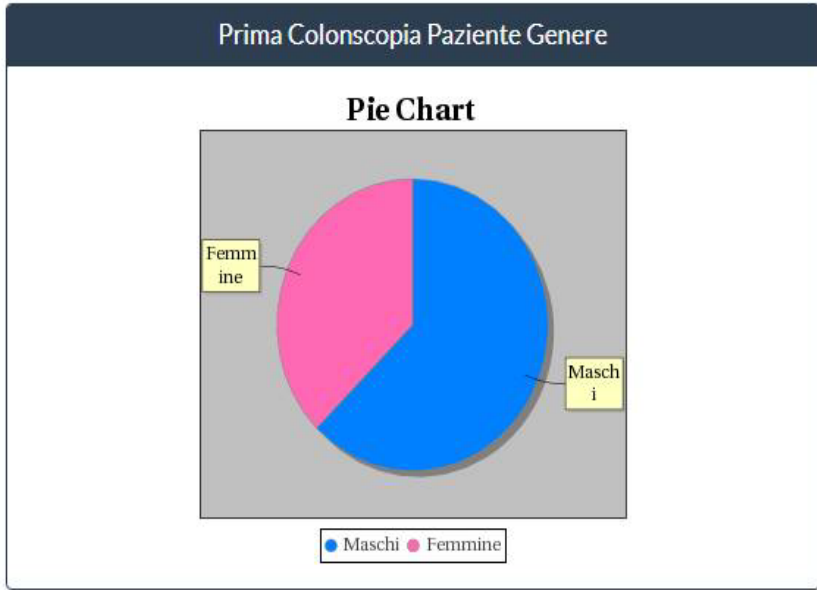


Colonscopia Statistica

Parametri

Visualizza/Nascondi

Selezione



GECO

Software per la «GEstione delle COlonscopie»

SOFTWARE

- ☐ Valutazione II° - III° livello
- ☐ Familiarità per cancro del colon retto

MODULI

1.

Colonscopia

+

Follow-up

2.

Report

III° Livello

3.

Ambulatorio

Familiarità

DCA U30 20.01.2017



Utilità del software GECO



1. Facilità d'uso
2. Uniformità «linguaggio» e classificazioni fra gli operatori
3. VRQ real time del Centro (CIR – ADR – VPP lesioni – esiti ecc.)
4. Implementazione : parametri aggiuntivi
5. Effetto «contaminazione»
6. Ricerca
7. Non è integrato (per ora) ad altre fonti dati



Take home messages

- ✓ La revisione del percorso qualitativo per ogni procedura e/o comportamento clinico deve diventare parte integrante del nostro modo di operare quotidiano.
- ✓ Bisogna dotarsi di «strumenti informatici» per la valutazione qualitativa delle procedure eseguite nelle nostre UU.OO / Servizi.
- ✓ Per il «check and act» finalizzato alla valutazione della qualità del «nostro percorso» non è strettamente necessario «incontrare» un ingegnere.



Programma di Screening del Tumore del Colon Retto

GRAZIE



Coordinatrice Programmi Screening Aziendali
Dott.ssa Anna Tellina

Responsabile Programma Screening Colon Retto
Dott. Stefano Brighi

Collaboratori

Dott.ssa Nadia Altavilla

Dott.ssa Giovanna Margagnoni

Inf. Prof. Anna De Angelis