

La comunicazione della patologia fetale. Il punto di vista della donna, del medico e dell'équipe

M. SIGNORELLI¹, I. BOGHI², C. GROLI¹, E. BERETTA²

RIASSUNTO: La comunicazione della patologia fetale. Il punto di vista della donna, del medico e dell'équipe.

M. SIGNORELLI, I. BOGHI, C. GROLI, E. BERETTA

La comunicazione della patologia fetale riveste una serie di significati con implicazioni psicologiche e sociali importanti che richiedono al medico capacità comunicativa, attitudine alla comprensione della paziente e delle dinamiche istituzionali.

La donna: la patologia ostetrica è una crisi dentro la crisi. Nella patologia ostetrica le aspettative di vivere la nuova condizione di madre e di sentirsi più compiutamente famiglia vengono frustrate e tradite. In seguito alla diagnosi di patologia, alla perdita del bambino immaginario può seguire la perdita del bambino reale. Nel caso in cui la coppia decida di proseguire la gravidanza, il sentimento di lutto può prolungarsi per tutta la vita.

Il medico: dal momento della prima diagnosi per la donna inizia l'elaborazione del lutto. Anche il medico che comunica la diagnosi vive questo momento con disagio. Inoltre, il medico sente il disagio dell'incertezza: l'incertezza può essere accolta e ascoltata. Raramente in questa situazione è possibile comunicare in modo efficace le informazioni necessarie. È importante comunicare gradualmente e dedicare un secondo incontro alle richieste di spiegazioni.

L'équipe: è importante che gli operatori possano condividere questa esperienza all'interno dell'équipe. L'équipe che si occupa di diagnosi prenatale dovrebbe essere composta da persone che hanno scelto liberamente di occuparsi di questo aspetto della medicina. L'équipe diviene un contenitore per le emozioni estreme delle pazienti e degli operatori.

SUMMARY: The fetal pathology communication. The woman, the clinician and the equipe point of view.

M. SIGNORELLI, I. BOGHI, C. GROLI, E. BERETTA

The communication of a fetal pathology involves a range of meanings with important psychological and social implications that require the clinician to have communicative skills, the ability to understand the patient, as well as the knowledge of institutional dynamics.

The woman. The obstetric pathology represents a crisis within the crisis. When an obstetric pathology occurs, the woman's expectations to experience the new condition of mother and a more complete concept of family are frustrated and betrayed. Subsequent to the diagnosis of the pathology, the loss of the imaginary child could be followed by the loss of the actual one. In case the couple decides to carry on with the pregnancy, the feeling of mourning can last all life long.

The physician. For the woman, the elaboration of the mourning starts at the moment of the first diagnosis. This moment is lived with uneasiness even by the physician who communicates the diagnosis. Besides, the physician perceives the discomfort of the uncertainty, but the uncertainty can be taken in and listened to. In such situations, it is not very often possible to communicate in an effective way the necessary information. It is important to give gradual information and dedicate a second counselling meeting to the explanation requests.

The team. It is important for the operators to share this experience within the team. The prenatal diagnosis team should be composed of people that freely chose to deal with this particular aspect of medicine. The team becomes a container for the patients' and operators' extreme emotions.

KEY WORDS: Interruzione di gravidanza - Reazione psicologica.
Termination of pregnancy - Psychological reaction.

Premessa

L'attenzione ad un'efficace modalità comunicativa è ormai richiesta come parte integrante della professionalità del medico.

La fase comunicativa assume la stessa rilevanza della fase diagnostica e di quella terapeutica, qualificando l'atto medico nel suo complesso; è, infatti, l'espressione della sensibilità del medico e della sua capacità di rappor-

tarsi anche con l'aspetto esistenziale ed emotivo del paziente. L'immaginario collettivo è quello di pensare ad un incontro tra il professionista e il paziente, in cui il primo analizza e cura il problema del secondo. Questo tipo di rapporto non è un ascolto, una riflessione, perché non si crea alcuna interazione. L'utente pensa a sé stesso solo in qualità di organo e l'operatore considera il paziente solo in qualità di patologia. In una prospettiva che prevede il contatto fra cura e malattia, medico e paziente, è fondamentale accogliere il concetto che mente e corpo vivono in un mutuo interscambio, si influenzano a vicenda e sono in rapporto con il mondo circostante.

Comunicare una patologia fetale in seguito ad un'indagine eseguita nella prima metà di gravidanza riveste una serie di significati dalle implicazioni psicologiche così importanti da richiedere al medico una capacità comunicativa e un'attitudine alla comprensione delle dinamiche emotive del paziente ancora più cruciali (Beretta et al., 2000b).

Lo spirito con cui una donna si avvicina ad un accertamento sulla salute del feto è individuale. A volte la donna aspetta l'esito dell'esame per cominciare a investire affettivamente sul feto, come se potesse allora percepirlo esente da ogni rischio. Nella situazione più auspicabile, tuttavia, l'esame diagnostico viene vissuto come parte di un processo di adattamento più complesso, che viene affrontato in modo obiettivo per quello che di positivo può apportare, ma anche in modo conscio dei suoi limiti e del possibile esito indesiderato.

Per queste ragioni sarebbe auspicabile che fosse affrontato un counseling pre-esame, per preparare la donna ad ogni possibile esito (Beretta, 2000a).

Il medico della diagnosi prenatale spesso incontra la donna a cui è già stato posto il sospetto di patologia fetale. L'intervallo tra l'ecografia di I e di II livello è vissuto dalla donna in modo soggettivo: alcune hanno la speranza che la diagnosi non sia confermata, altre elaborano la fase dello shock e appaiono più preparate ad accogliere l'eventuale conferma, altre prolungano la fase di ansia e fantasie catastrofiche fino al controllo di secondo livello durante il quale le troviamo in una fase di negatività precipitosa determinata dal crollo delle fantasie costruite fino a quel momento sul feto. Il counselling pre-esame e la modalità di invio sono determinanti in questo senso (Beretta et al., 2004).

L'ecografia di secondo livello viene vissuta dalla donna come un momento di paura, che cala solo nel caso in cui il sospetto diagnostico non viene confermato.

La donna

“Nella scelta tra la tragedia di un disabile, un danno provocato, una ferita, un bimbo invalido e la tragedia di un aborto in una gravidanza voluta, una donna

diventa responsabile per la tragedia della sua scelta” (Rothman, 1986).

La gravidanza modifica l'identità della donna, è l'esordio di un processo intrapsichico e interrelazionale: il percorso della genitorialità.

Dal momento in cui la gravidanza ha inizio, per la donna comincia un'evoluzione che la porta man mano a intensificare il legame con il feto, che rappresenta da un lato una presenza su cui proiettare il proprio mondo interiore, dall'altro, nella fasi avanzate della gravidanza, l'interlocutore di una relazione reale e virtuale: reale nell'attualità, virtuale per quanto riguarda il bambino che verrà.

Dal momento in cui avviene la comunicazione della diagnosi di patologia del feto, per la donna inizia un lungo e difficile processo di adattamento ad una nuova ed inaspettata situazione, nella quale uno degli elementi importanti è il lutto per la perdita del suo bambino ideale. Il bambino ideale è il bambino legato alle fantasie e ai sogni dei genitori, è il bambino fortemente voluto che rispecchia i desideri della coppia.

Alla perdita del bambino immaginario può seguire la perdita del bambino reale nel caso in cui la coppia decida per l'interruzione volontaria di gravidanza (cfr. L. 194/78); nel caso in cui la coppia decida di proseguire la gravidanza, il sentimento di lutto verrà ripetuto in modo continuo per tutta la vita del bambino che viene al mondo: ogni esperienza che quel bambino vivrà in modo diverso dagli altri risveglierà nella coppia il sentimento di perdita del bambino ideale. Qualsiasi sarà la sua scelta, la donna la vivrà in un primo tempo come la peggiore possibile. Inizialmente sperimenterà un atteggiamento bipolare che la vedrà combattuta tra il desiderio di accettare il bambino in ogni caso e la consapevolezza di non poter sopportare le conseguenze di quella gravidanza, di rifiutare quel bambino che fino a quel momento aveva idealizzato (Britt et al., 2002).

In entrambi i casi agiscono fattori di tipo pulsionale, narcisistico, identitario, socioculturale e familiare.

La donna può vivere la patologia del feto come una ferita narcisistica perché va a colpire qualcosa che fino a quel momento aveva avvertito come parte di sé. Essendo il feto percepito dalla madre in questa fase come oggetto-sé, ossia un oggetto vissuto come una estensione di se stessi e sul quale si ha completo controllo, la perdita dell'oggetto diventa perdita di una parte di sé facendo scaturire nella donna vissuti depressivi.

Se invece pensiamo alla gravidanza con un'ottica di tipo relazionale, la perdita del feto è la perdita di un altro da sé desiderato, in cui il dolore è complicato dalla mancanza di memoria: il rapporto col feto non ha una memoria, non ha episodi di condivisione che invece rimangono quando viene persa una persona cara e riempiono il vuoto lasciato da essa.

Dal punto di vista pulsionale, la gravidanza può es-

sere considerata un processo istintivo. Molti Autori hanno parlato del bisogno intenso, viscerale, della madre di avere un contatto fisico con il bambino. Il bisogno della madre di proteggere, accudire, nutrire il suo bambino può essere frustrato e negato dalla gravidanza e dalla nascita patologica.

Se invece si prende in considerazione il fattore identitario, la gravidanza rappresenta un momento maturativo, una preparazione alla genitorialità che aiuta a stabilire un senso di identità più adulto, radicato, in una riconciliazione con la propria esperienza infantile.

La patologia ostetrica è una crisi dentro la crisi. Nella patologia ostetrica le aspettative di vivere orgogliosamente la nuova condizione di madre e, per la coppia, di sentirsi più compiutamente famiglia, vengono frustrate e tradite. La comunicazione di una patologia fetale comporta delle conseguenze nel vissuto materno sia immediato, che nel medio e lungo periodo.

Il riconoscimento di questa sofferenza e la necessità di un sostegno alla donna nell'elaborazione del lutto per la perdita di un bambino che nascerà già morto sono volti a ricondurre questa esperienza all'interno di una dimensione esistenziale della donna, evitando così di ridurla alla dimensione di patologia fisica. Fattori quali l'empatia, l'ascolto attivo e il sostegno rappresentano la condizione necessaria per aiutare la donna a prevenire disturbi psichici e prepararla ad affrontare l'eventuale progetto di una nuova gravidanza (Bellotti et al., 1993).

Il medico

Quando la coppia arriva al Servizio di Diagnosi Prenatale, prima di comunicare il responso diagnostico, si ritiene importante chiedere alla coppia cosa sa già, di quali informazioni è già in possesso circa il sospetto di anomalia fetale. Questo è per gli operatori il punto di aggancio alla comunicazione della diagnosi, ossia, partendo dalle conoscenze che i genitori possiedono, cercando di spiegare con un linguaggio comprensibile la diagnosi emersa dall'esame ecografico.

Nel momento in cui viene comunicata la diagnosi il medico assume un ruolo di grande responsabilità. Le donne riferiscono che le parole usate in quel momento, il linguaggio non verbale del medico, il suo atteggiamento, il tono della voce rimangono scolpite nella memoria. La diagnosi è vissuta come una sentenza definitiva che segna un limite netto tra la vita della donna vissuta fino a quel momento e quella che seguirà (Statham, 1995).

Dopo una comunicazione dolorosa, la prima reazione è quella di shock che si esprime con dolore acuto, confusione, comportamento irrazionale ma anche con incredulità e apatia. Questa fase in genere predo-

mina nelle due settimane successive all'evento doloroso. Il primo colloquio con la donna è quindi determinato da questa condizione, che non può esaurirsi in pochi minuti. Il medico ha allora il compito di comprendere e contenere lo stato emotivo della donna. È molto difficile che in questa situazione sia possibile comunicare informazioni. È pertanto fondamentale che il medico comprenda questo limite e non si lasci trascinare dalla tentazione di superare il suo disagio coprendo la coppia di tutte le informazioni in suo possesso. In questo momento non solo la donna non sarà in grado di riceverle ma avrà la sensazione di non poter trovare lo spazio e la disponibilità del medico per poter esprimere ciò che in quel momento sta provando. È quindi auspicabile che durante il primo incontro la diagnosi venga espressa in modo sintetico e con il linguaggio che sia il più chiaro possibile, con un atteggiamento comprensivo e empatico. È importante che il medico mantenga un ruolo professionale nei confronti della donna che ha il bisogno di poter instaurare un rapporto di fiducia verso il suo interlocutore. In questo momento la coppia ha soprattutto bisogno di tempo.

È importante suddividere le informazioni e dedicare un secondo incontro alle richieste di spiegazioni e chiarimenti che vengono espresse solo dopo il superamento della prima fase caratterizzata da un'anestesia sensoriale.

Spesso il primo impulso, la prima richiesta, nel caso la donna decida di interrompere la gravidanza, è quello di fare tutto il più presto possibile, per cercare di dimenticare e di superare questa esperienza. È importante che il medico sappia far capire alla donna l'importanza di affrontare l'aborto dopo aver riflettuto su ciò che sta succedendo: solo la piena coscienza delle sue decisioni le permetterà di porre le basi per un'elaborazione e un superamento dell'accaduto. Cercare di non vivere la perdita del bambino reale e desiderato utilizzando meccanismi difensivi come la rimozione massiccia, la negazione e l'annullamento, rilegando tutto alla dimensione del sogno, non faciliterà in futuro l'elaborazione del lutto, con il risultato di vivere in un incubo continuo.

Dal momento della prima diagnosi per la donna inizia un processo di elaborazione del lutto che procederà per stadi successivi. Sarà compito del medico riconoscere i sentimenti che emergono e sarà compito dello psicologo supportare la donna nel riorganizzare il suo mondo interiore con una nuova definizione del suo investimento affettivo sul feto, su se stessa e sulla coppia.

Anche il medico che comunica la diagnosi vive questo momento con disagio. Le ragioni sono molteplici.

Nel caso in cui il colloquio si concluda con la decisione di interrompere la gravidanza, il medico potrebbe avvertire il contrasto tra l'interpretazione del suo

ruolo come difensore della salute e della vita in ogni caso, e la consapevolezza da un lato dell'impotenza a curare e dall'altro dell'azione d'interrompere la vita. Allo stesso modo il medico potrà avvertire un disagio di fronte alle domande legittime dei genitori circa la qualità di vita del bambino, gli verrà richiesta una valutazione in merito all'invalidità, come se il medico fosse in grado di decidere quali handicap possano rendere la vita meno di valore per le persone che di volta in volta incontrano.

Inoltre, il medico sente il disagio dell'incertezza. Ogni qualvolta si trovi nella situazione di non poter definire esattamente una diagnosi o di non poter formulare con sufficiente sicurezza una prognosi, il medico avverte un senso di inadeguatezza, accentuato dalle inevitabili richieste di certezze dei genitori. In questo caso è indispensabile che il medico sia in grado di accogliere l'ansia dei genitori spiegando con onestà la situazione. La condivisione dell'incertezza, paradossalmente, avrà un effetto rassicurante, in quanto alla coppia verrà indirettamente comunicata la possibilità di tollerarla: non va temuta e risolta nel più breve tempo possibile, ma può essere accolta e ascoltata.

Un'ulteriore fonte di disagio per il medico nasce dalla formulazione stessa della legge 194. La legge prevede che sia il medico ad accertarsi dell'esistenza dei requisiti che permettano l'applicazione della stessa e, in virtù di questo, accolga o meno la richiesta della paziente. Per quanto il medico non si debba prendere realmente carico della responsabilità morale ed emotiva dell'interruzione di gravidanza, è innegabile che nel firmare il certificato che accoglie la richiesta di interruzione, venga avvertito il peso di questa supposta e non voluta onnipotenza decisionale sulla vita e sulla morte che la legge gli conferirebbe.

Vi sono poi anche quelle situazioni in cui il tipo e la gravità dell'anomalia fetale è avvertita in modo diverso dalla madre e dal medico. In questi casi è bene sempre tenere conto che il ruolo del medico previsto dalla legge stessa non è quello di dare un giudizio sulla gravità della patologia fetale o quanto questa possa influire sulla qualità della vita del bambino virtuale, ma il compito del medico è quello di capire se la donna ha le risorse per poter proseguire una gravidanza patologica, accettando e accogliendo un bambino con handicap. Spesso il ginecologo non ha gli strumenti e la formazione professionale per capire questo e quindi si può avvalere della consulenza di uno psicologo o psichiatra, così come dichiarato nell'articolo di legge. Lo psicologo, oltre a ricoprire un ruolo di supporto e accompagnamento psicologico della coppia, può essere coinvolto nella valutazione della richiesta della donna. L'intervento psicologico non è una certificazione, perché questa è compito e responsabilità del ginecologo, ma è un parere, che è discrezione del ginecologo chiedere o meno.

La percezione di essere coinvolti, in forma più o meno attiva, in questo percorso è qualcosa con cui è difficile confrontarsi in primo luogo come persona con le proprie convinzioni, la propria sensibilità, le proprie debolezze. L'attenersi rigorosamente alle prescrizioni della legge, la convinzione di muoversi all'interno del terreno del diritto alla scelta, la supposizione che quella coppia nel proseguire la gravidanza e nell'eventuale espletamento del parto avrebbe un grave disagio psichico, non risparmia l'operatore dal trovarsi inadeguato davanti alla sofferenza di un paziente per un intervento che non si colloca all'interno di un percorso terapeutico.

La sensazione di conflitto e inadeguatezza del medico finisce per avere un peso nella modalità di comunicazione e nel rapporto con la donna. L'équipe medica spesso si interroga se la scelta della coppia non sia stata in qualche modo, e anche inconsapevolmente, condizionata dal counselling effettuato o dall'incapacità dell'équipe di ascoltare e comunicare efficacemente con la donna, col pericolo di dividerne il senso di colpa.

In campo medico, è un luogo comune affermare che, il modo con cui viene data una brutta notizia a un paziente, sarà comunque percepito come quello sbagliato. In realtà cinquant'anni di studi di psicologia clinica hanno dimostrato che non è così e sono stati definiti degli strumenti per compiere questa parte fondamentale del nostro lavoro nel modo meno dannoso possibile. Questi strumenti sono stati schematizzati in un decalogo (Rice, 1986) che dovrebbe essere tenuto in considerazione da tutte le persone che lavorano nel campo delle gravidanze con problemi.

- Ascolto: inteso come capacità attiva di sentire ciò che l'altro dice di sé molti pazienti lamentano l'esperienza di non essere ascoltati.

- Riconoscere ed esprimere i sentimenti: dare alla paziente l'opportunità di esprimere i suoi vissuti, da qui l'importanza di un setting accogliente, delimitato nel tempo e nello spazio, privo di interruzioni affinché la donna riconosca in esso uno spazio mentale e fisico dove si possa sentire libera di esprimere i suoi sentimenti sapendo di essere ascoltata.

- Evitare di giudicare: è importante che l'operatore non comunichi alla paziente giudizi di valore in quanto eticamente scorretto e soprattutto controproducente al benessere psichico della donna, dinanzi ad una scelta che, qualunque possa essere, è comunque drammatica.

- Dare onestamente ed apertamente informazioni circa le cause, le opzioni e il potenziale per il futuro: alla donna non bisogna celare la realtà, è bene evitare atteggiamenti paternalistici o vicarianti le funzioni genitoriali. È bene quindi comunicare con chiarezza e linguaggio semplice le informazioni mediche e assicurarsi che vengano comprese, per esempio attraverso la tecnica del *feed-back*. Può capitare che la donna chieda con-

siglio al medico. In questo caso sarebbe bene che egli si astenesse dal darlo, in quanto non consentirebbe alla donna di compiere una scelta consapevole e autodeterminata con gravi ripercussioni poi sull'elaborazione psichica dell'esperienza (sensi di colpa, rabbia, rimpianti...). Se la donna chiede consiglio probabilmente sta comunicando al medico un disagio, un conflitto interiore, o la mancanza di strumenti di comprensione sufficienti per approdare a una scelta personale. In questo caso è bene non sostituirsi alla donna ma offrirle un sostegno.

- Non incoraggiare una donna con commenti non idonei ("vedrà che tutto passerà, supererà la situazione, è giovane farà un altro figlio, c'è di peggio nella vita, meglio ora che dopo..."). Evitare quelle frasi "riempitivate" che esprimo il disagio dell'operatore e la sua intolleranza del silenzio. La donna le percepisce con una svalutazione di sé, del suo dolore e del valore della sua creatura.

- Permettere alla donna di vedere lo schermo ecografico, se lo desidera.

- Non scoraggiare una donna dal voler abortire se così ha deciso.

L'équipe

È importante che gli operatori possano condividere questa esperienza all'interno di un gruppo di persone: l'équipe, un gruppo integrato per convinzioni e percorsi formativi, nel cui ambito gli operatori possono esprimere ed elaborare le proprie difficoltà, trovando interlocutori che condividono un'istanza emotiva che

potrebbe altrimenti divenire un disagio quotidiano.

L'équipe che si occupa di diagnosi prenatale dovrebbe pertanto essere composta da persone che hanno scelto liberamente di occuparsi di un aspetto molto particolare della pratica medica, che a volte si scontra con l'immagine ideale che ogni medico ha del proprio ruolo. In questo senso è importante valorizzare il concetto stesso di équipe inteso come contesto di interscambio di emozioni, sentimenti, frustrazioni al fine di costruire un senso comune attraverso il confronto, l'elaborazione e la crescita professionale. L'équipe diviene allora un contenitore per le emozioni estreme delle pazienti e degli operatori. La donna così potrebbe percepire di interloquire con un soggetto costituito da più elementi, integrato nelle sue caratteristiche e sviluppato attorno a un percorso formativo comune (Geerincx-Vercammen et al., 2003).

Può accadere che gli operatori abbiano diversi vissuti e convinzioni rispetto alle reazioni emotive e alle scelte delle donne. Questo anima discussioni, a volte francamente conflittuali, che possono diventare una risorsa, se vengono utilizzati strumenti d'integrazione delle diverse sensibilità. Un'équipe integrata al suo interno meglio rispecchia le parti frammentate della mente traumatizzata della paziente. In quest'ottica il ruolo dello psicologo diviene fondamentale anche per i membri dell'équipe. Il suo compito consiste nel mantenere aperto uno spazio comune di integrazione ed elaborazione, in cui ogni operatore possa attingere le risorse necessarie per poter continuare a funzionare come parte di quel contenitore che deve resistere anche agli attacchi della paziente, che a volte si manifestano anche in forma francamente aggressiva o manipolatoria.

Bibliografia

1. BELLOTTI GG, BELLANI ML, TROTTI E. *La psicologia medica nella diagnosi e nel trattamento delle malformazioni congenite: l'intervento di counselling e di supporto alla coppia e al personale*. Boll. Ospedale di Varese.; 38-42, 1993.
2. BERETTA E. *La comunicazione in ecografia ostetrica. Parte I: Aspetti psicologici dell'ecografia di screening*. Econews anno 6° n.1/2 giugno, 2000.
3. BERETTA E, TADDEI F, TIRABOSCHI A, GROLI C. *La comunicazione in ecografia ostetrica. Parte II: Aspetti psicologici dell'ecografia di secondo livello*. Econews anno 6° n.3/4 dicembre 2000.
4. BERETTA E, CERRI V, SCALCHI F, TADDEI F, MULTINEDDU P, GROLI C. *La comunicazione in ecografia ostetrica. Parte III la nostra esperienza*. Econews anno 10° n.1/2 giugno 2004.
5. BRITT DW, RISINGER ST, MANS MK, EVANS MI. *Devastation and relief: conflicting meanings of detected anomalies*. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;20:1-5.
6. GEERINCK-VERCAMMEN CR, KANHAI HH. *Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment*. Prenat Diagn 2003; 23:543-8.
7. GIOVANNINI D, RICCI BITTI PE, SARKIELLI G, SPILTINI G. *Psicologia e salute*. Zanichelli, 1982.
8. RICE N. *Psychological reaction to prenatal diagnosis and loss. Reproductive risks and prenatal diagnosis*. 1995; 277-282.
9. ROTHMAN BK. *The tentative pregnancy*. New York, Viking Press, 1986.
10. STATHAM H. *Professional understanding and parents' experience of termination*. Prenatal Diagnosis and screening 1995; 42:697-702.



ACCESSO

Utente

Password

- Profilo utente
- Registrazione

RIVISTA

- Presentazione
- Media Planner
- Ultimo numero
- Archivio numeri precedenti
- Ricerca
- Abbonamento
- Forthcoming Events

INFO

- Informazioni per gli autori
- Sito web della società scientifica

Gentile Lettore,

il Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia

è consultabile anche on-line

Al sito si accede direttamente all'indirizzo

www.giog.it

oppure attraverso il link della nostra casa editrice

www.gruppocic.it

nella sezione "Giornali, Riviste, Newsletter"

La ricerca bibliografica si effettua tramite: titolo, autore, anno di pubblicazione, abstract e tipologia di articolo (case report, clinical case, ecc.)

*Nell'archivio sono presenti tutti i numeri del **2003, 2004, 2005, 2006 e 2007.***

L'Editore