

Competenze infermieristiche specialistiche in Psichiatria. L'esperienza della Ausl di Bologna

Un sistema sanitario universale, il diritto alla cura garantito, l'accessibilità alle strutture e l'equità indipendentemente dalle condizioni sociali ed economiche di provenienza rappresentano un obiettivo assoluto che uno Stato di diritto può garantire ai suoi cittadini. Su questi principi che traggono origine dal dettato costituzionale è nato nel 1978 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una riforma fondamentale per il nostro paese che ha dato concretezza ad un diritto, quello alla salute. A quasi quarant'anni di distanza, in un clima sociale, culturale ed economico molto differente, si ripropone la necessità di utilizzare nuovi modelli di integrazione socio-sanitari, modelli che però richiamino concetti ancora attuali e validati dalla ricerca scientifica anche nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, superando l'ottica degli interventi spontanei e autodeterminati dei servizi. Appare evidente, e oramai ampiamente condiviso, come in una società complessa emergano bisogni complessi e nuovi. Uno Stato o una regione che si identifica nei valori della solidarietà sociale e della salute garantita possono far fronte a ciò solo attraverso nuove risposte ai nuovi bisogni. Integrazione ed interazione di tutti gli attori di un sistema di vita generano il bisogno di risposte assistenziali complesse e di reti flessibili e costruttive nel rapporto fra cittadino e servizi e fra servizi stessi: questo non può che essere basato sulla valorizzazione delle persone, sempre e comunque, riconoscendone e implementandone le abilità, superando lo stigma dell'invalidità e di fatto sostituendo un Welfare di tipo assistenziale con un Welfare di comunità¹; in esso l'habitat sociale, l'integrazione, la casa, la formazione, il lavoro, le relazioni interpersonali, che altro non rappresentano se non i diritti di cittadinanza, divengono i fattori determinanti sociali della salute. Si fa riferimento in particolare ai modelli assien-

ziali del Case management, del Budget di Salute e all'evoluzione del ruolo degli operatori nell'organizzazione del lavoro. L'interesse per la loro figura nasce dal fatto che ad essi non è più richiesto solo un contributo da "prestatori d'opera", ma di mettere in campo anche capacità culturali, intellettuali e professionali qualificate, tali da favorire un comportamento innovativo e maggiormente flessibile e rispondente verso le esigenze degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali. In questo

Integrazione ed interazione di tutti gli attori di un sistema di vita generano il bisogno di risposte assistenziali complesse

contesto le competenze degli individui all'interno delle organizzazioni, diventano uno dei principali fattori competitivi, influenzando in modo diretto e determinante le prestazioni aziendali. Nel clima di cambiamento anche il Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP) di Bologna,

nel quale gli scriventi prestano servizio come infermieri, sono in atto innumerevoli progetti per i quali, di conseguenza, si rende necessario approntare un assetto organizzativo in tutte le sue componenti.

Così come vi è stato un grande cambiamento sociale, sanitario e politico nella storia sanitaria e psichiatrica, così vi è stato un importante cambiamento culturale della figura dell'infermiere. L'assistenza infermieristica rimane essenzialmente una professione d'aiuto, con obiettivo di supportare, assistere, prendersi cura della persona malata attraverso un approccio olistico² che considera essenziale comprendere cosa significhi per il paziente la sua condizione di malattia, ed i bisogni di assistenza debbono essere interpretati dall'infermiere in un continuo rimando tra la situazione, la storia del singolo caso e le conoscenze dell'evidenza scientifica.

L'Infermieristica ha individuato nell'Autonomia della persona un assunto scientifico dell'assistenza (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) in questa prospettiva i pazienti sono attori dotati di

risorse e conservano la necessità di crescere e di evolversi come individui nonostante la patologia.

In questo modo tutte le componenti soggettive che caratterizzano e differenziano un soggetto da un altro, pur con la stessa condizione patologica, assumono grande rilevanza nell'impostare un percorso di cura. Ciò ha comportato il passaggio da un'assistenza disease centred a un'illness centred, cioè da modelli lineari di lavoro a processi flessibili e adattati, da un'assistenza orientata alle prestazioni a un patient centred care, dall'uso prevalente della consuetudine all'utilizzo delle evidenze scientifiche³. Il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone dunque all'infermiere il possesso di un articolato bagaglio tecnico, metodologico e relazionale da utilizzare in ambito clinico e organizzativo. L'infermiere è chiamato perciò a sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare l'agire professionale a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza, per fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle conoscenze prodotte dalla ricerca, mediate ed integrate dalla propria esperienza.

Assistenza in psichiatria e le competenze infermieristiche

La persona che soffre di un disturbo psichico, porta con sé problematiche e bisogni multidimensionali che non riguardano solo la sfera psicologica ma anche sociale, culturale, educativa, lavorativa e familiare; di conseguenza, il ruolo dell'infermiere che opera nel campo della salute mentale si trova spesso ad essere agito in diverse aree sia della vita della persona sofferente sia di intervento di altri professionisti della salute.

La peculiarità dell'agire in psichiatria, infatti, porta in sé il delicato ambito degli sconfinamenti delle competenze professionali, che non possono ormai essere esonerati da un'attenta riflessione.

Gli sconfinamenti giungono nella nostra pratica quotidiana allorché, per attivare un piano di assistenza personalizzato, divenga necessario mettere in campo conoscenze ed abilità che non sono intrinseche solo al ruolo professionale ma anche sia all'integrazione tra professionisti sia alla sfera dello sviluppo umano personale del professionista stesso.

Per meglio comprendere ciò che intendiamo per l'importanza dello sviluppo umano e personale del professionista portiamo un semplice esempio: il Sig. Mario vive da tempo ritirato in casa a causa di un disturbo depressivo maggiore, ma ha sempre continuato, nel corso degli anni, a coltivare la sua passione per la scultura; nella formulazione di un piano di assistenza personalizzato con il Sig. Mario emergono diversi bisogni relativi all'area della socialità ed un eventuale reinserimento sociale. Nella progettazione delle possibili opportunità da creare nel piano personalizzato, la presenza di un infermiere (magari con formazione case manager) che possieda o meno attitudini personali relative all'area artistica, incide certamente sull'appropriatezza, sull'efficacia, sulla prontezza, qualità e completezza della risposta assistenziale.

Ben lungi dal voler pensare ad un infermiere come ad una cellula totipotente all'interno di un servizio di salute mentale, la riflessione vuole dare luce alla complessità della presa in carico ed alla molteplicità delle variabili che intervengono, e che possono influenzare una pianificazione assistenziale avente al centro la persona ed i suoi bisogni, e porre l'attenzione allo sconfinamento quale attitudine dell'infermiere ad attingere a qualità personali ed individuali per meglio



Foto di Ettore Gargiulo

assistere le persone nel multiverso dei bisogni umani. Per quanto attiene l'integrazione fra professionisti, è infatti possibile che un medico, un educatore, un assistente sociale, od un infermiere, si trovino a svolgere in talune organizzazioni, per prassi e consuetudini, attività al confine di competenza fra le professioni sanitarie, le così dette "zone grigie", determinando confusione e malessere professionale.

Risulta ormai evidente che l'accavallamento delle competenze e delle attività tra le figure professionali ha determinato nel corso degli anni un distorto impiego delle potenzialità delle risorse umane e che tutto ciò ostacola il percorso di autonomizzazione delle professioni sanitarie a discapito di una vera integrazione.

Da queste consapevolezze, ormai da tempo consolidate negli infermieri che si trovano ogni giorno ad operare nelle "zone grigie", nasce il desiderio di identificare con chiarezza le proprie competenze distintive, così da potersi descrivere/raccontare alle altre figure professionali, identificare con chiarezza le proprie responsabilità e i propri limiti e le proprie autonomie, valutare il proprio bisogno formativo, rafforzare la propria identità professionale.

L'esperienza grazie al DSM-DP Bologna

Un percorso finalizzato ad individuare le competenze dei professionisti infermieri operanti in psichiatria è stato reso concreto tramite l'AUSSL di Bologna, che si è dimostrata sensibile al tema "competenze di base – competenze esperte – competenze avanzate" ed ha fornito mandato ad un team di infermieri volontari e motivati per discutere in un tavolo di lavoro sulle competenze avanzate dell'infermiere in psichiatria.

La sensibilità e l'investimento del Dipartimento di Salute Mentale dell'azienda USL di Bologna si è mostrato anche nella attenzione alla composizione del tavolo di lavoro. Infatti, il gruppo di volontari che partecipa al tavolo è stato composto da un campione di professionisti afferenti all'area di assistenza territoriale in salute mentale ed operanti attivamente nella zona di copertura assistenziale della città di Bologna e di tutte le sue provincie, che rappresentano aree molto diverse per estensione e per caratteristiche territoriali (città, montagna, pianura), così da avere la maggiore eterogeneità possibile all'interno della stessa cornice assistenziale.

Il gruppo iniziale è stato suddiviso in 4 sottogruppi, ognuno col mandato di indagare le competenze poste in campo dal professionista infermiere nella presa in carico del paziente programmabile afferente al CSM, in urgenza presso il CSM, nel percorso di ricovero in SPDC e REMS e per il paziente che afferisce all'area delle tossicodipendenze (S.ER.t).

Il sottogruppo (che qui scrive) composto da C.P.S.I. Andrea Gargiulo (con funzioni di coordinamento dei lavori), C.P.S.I. Pazzaglia Annalisa, C.P.S.I. Silvia Agostini, C.P.S.I. Roberta Gheduzzi, C.P.S.I. Lauredana Argondiz-

zo, C.P.S.I. Piscinnè Teresa, C.P.S.I. Girone Cecilia, accetta con coscienza ed impegno la sfida che pone il mandato: "individuare le competenze avanzate dell'infermiere, in un servizio territoriale di salute mentale, utilizzabili nella relazione con un paziente programmabile e senza riferirsi all'organizzazione auspicata od effettiva dei servizi esistenti". In attesa di integrare le definizioni e i concetti guida alla quale ci si è riferiti e attenuti, le competenze individuate e la loro gradazione e le modalità di ricerca e di lavoro utilizzate, con gli altri gruppi, decidiamo di condividere il processo utilizzato, che ha portato ottimi risultati, con l'intera popolazione professionale, nella speranza che questo sia di stimolo ad una discussione costruttiva collettiva.

Il seguente elaborato identifica le competenze avanzate che l'infermiere, in un servizio territoriale di salute mentale, mette in campo in ogni fase del processo assistenziale, dall'accoglienza del cittadino fino alla dimissione, in ogni momento della relazione e in ogni fase della presa in carico di un paziente programmabile, senza mai riferirsi all'organizzazione, sia auspicata sia effettiva, dei servizi esistenti.

La cornice teorica all'interno della quale il lavoro è stato pensato è rappresentata dal D.M. 739/94 (Profilo dell'infermiere), dal Patto Infermiere-Cittadino, dal Codice Deontologico e da molteplici fonti bibliografiche. Una prima fase del lavoro è stata dedicata alla revisione, lettura e discussione delle varie definizioni di competenza professionale presenti in letteratura, contestualizzandole nello specifico dell'area indagata; inoltre si è preso spunto dal Documento approvato dal Comitato Centrale della FNC Ispasvi con delibera n. 79 del 25/4/15 "evoluzione delle competenze infermieristiche" che individua la competenza come interazione di capacità, conoscenza ed esperienza finalizzata; utilizzando come filtro questi tre "core", presenti in molte definizioni di competenze, giungiamo alla costruzione di una definizione condivisa e considerata completa intendendo la competenza avanzata come il saper affrontare situazioni complesse nuove, non solo utilizzando le proprie esperienze pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando, anche in termini multi professionali, nuove strategie operative ed agendo in autonomia.

Con il documento dell'IPASVI condividiamo sulla necessità, per non incorrere in confusioni terminologiche, di distinguere tra il concetto di capacità e quello di abilità. Per ciò intendiamo per:

- "capacità" l'essere in grado, avere la possibilità con facilità di effettuare o fare qualcosa, avendo/contenendo nozioni, informazioni e azioni utili allo scopo
- "abilità" la capacità di applicare le conoscenze per portare a termine compiti e risolvere problemi; le abilità sono descritte come cognitive (uso del pensiero logico, intuitivo e creativo) e pratiche (che implicano l'abilità manuale e l'uso di metodi, materiali, strumenti).



Foto di Ettore Gargiulo

Abbiamo deciso di partire analizzando le competenze che l'infermiere mette in campo, che possono essere considerate trasversali a tutte le aree di azione infermieristica (accesso/accoglienza e presa in carico), riconoscendone l'importanza come elementi fondanti la relazione terapeutica e permeanti l'agire infermieristico.

Le competenze, considerate trasversali, individuate, che sono state oggetto di approfondimento del gruppo di lavoro, sono:

- conoscenza delle psicopatologie
- capacità di ascolto
- setting
- empatia avanzata
- sospensione del giudizio
- gestione delle emozioni (del professionista e del paziente)
- relazione d'aiuto
- presa in carico infermieristica
- lavoro di rete

In linea con la definizione di competenza, abbiamo condiviso, per ogni area tematica, le capacità e le abilità necessarie e possedute dall'infermiere e le relative conoscenze di base, inserendo successivamente, come ulteriore filtro, il valore aggiunto dell'esperienza, necessario per giungere ad affinare le relative competenze esperte.

Per competenze esperte, si intendono le competenze che il professionista pone in essere quando, inquadrata una situazione complessa, riconosce analogie e differenze con esperienze simili, ed adotta soluzioni già sperimentate con successo.

Al fine di identificare opportunamente le competenze avanzate, è stato necessario fare tutti i passaggi ed utilizzare tutti i filtri, producendo di fatto una gradazione utile nella autovalutazione delle competenze possedute; infatti il lavoro prodotto rappresenta, per ogni

competenza avanzata individuata, anche i precedenti passaggi sulla linea delle conoscenze/abilità/capacità – competenze di base – competenze esperte.

Ciò che rende le competenze avanzate individuate non un puro esercizio di tecnicismo, ma un concreto e condiviso processo di crescita professionale e di migliore risposta alle persone con disagio psichico, è stato l'aver come linea guida il mantenere l'attenzione e la barra dei ragionamenti sul momento di vita del paziente, tenendo agganciato il progetto di assistenza ai principi di empowerment⁴ in un ottica di recovery⁵ e di supporto alla famiglia.

Come filo conduttore è fiorita l'idea che la capacità di riflettere sul proprio operato (realizzando se l'azione assistenziale compiuta corrisponda all'obiettivo preposto), debba essere considerata un requisito dell'essere infermiere, e dovrebbe rappresentare quel robusto e confortante mantello sotto al quale le nostre competenze, ed in particolare le nostre competenze avanzate, possano essere debitamente custodite ed applicate.

Giungiamo quindi in maniera agile all'incontro con l'autoconsapevolezza professionale come luogo interiore al professionista, in cui il progetto assistenziale viene elaborato, modificato ed infine concluso e di come l'infermiere, professionista che si occupa di bisogni delle persone, diventi in area psichiatrica una figura simbolo di come la professionalità e gli aspetti di ricchezza individuale debbano essere mischiati con attenta consapevolezza.

Costruiamo insieme il nostro futuro

Assumendo la visione dell'agire infermieristico come una visione volta alla recovery, la caratteristica del ruolo propriamente operativo dell'infermiere è il dover operare all'interno di una cornice dettata da forte variabilità ed in ambiti di "policontestualità", infatti

l'infermiere si trova spesso a supportare più persone diverse tra loro per tipologia di sofferenza, per caratteristiche individuali, per momenti diversi di vita in cui la malattia si presenta e per molteplici ambienti e dinamiche che si evidenziano nella personalizzazione della presa in carico.

Questa multifattorialità è espressa in un continuo rapporto con altri professionisti operanti in salute mentale ma anche operanti in altre aree socio sanitarie.

Non a caso la figura dell'infermiere è l'unica figura professionale sempre presente in ogni servizio del DSM e, quando si rapporta al di fuori del dipartimento, ha spesso come interfaccia altri colleghi infermieri. Per cultura disciplinare l'infermiere ha una visione dell'uomo come persona e non come "oggetto diagnostico" poiché è sempre impegnato sui due fronti di disagio, da un lato è accanto alla persona che lotta con l'esperienza della malattia e dall'altro interagisce a favore dell'assistito con l'ambiente sociale e familiare in cui l'assistito è immerso.

Nell'ambito della salute mentale l'infermiere è chiamato a ragionare in termini di salute nella sua triplice dimensione, biologica, psicologica e sociale, passando da una gestione assistenziale complessiva che attraversa la presa in carico di tutti gli aspetti trasversali della dimensione umana.

In un contesto di rapido cambiamento del ruolo infermieristico in salute mentale e nella ricerca di un'identità e di un nuovo modo di essere infermieri, si sono determinate delle difficoltà interne alla professione rispetto alle altre figure professionali e verso la società, e questo periodo di transizione ha creato carenze conoscitive circa le competenze specifiche ed avanzate dell'infermiere contribuendo, purtroppo, allo sviluppo di un processo di auto-stigmatizzazione, sottoponendo ad un rischio di ripercussioni negative le attività assistenziali ed andandosi a sommare allo stigma sociale e familiare inflitto all'utente, con il risultato possibile di creare un'influenza negativa sulla qualità di vita della persona che soffre di disagio psichico.

La peculiarità dell'agire in psichiatria è che, non essendo nella conservazione o nel ripristino dello stato di benessere della persona, un unico fattore dominante l'infermiere ha la necessità di intervenire su molteplici contesti di possibile miglioramento o di possibile rischio per la salute, e questo porta con sé il delicato ambito degli sconfinamenti delle competenze professionali in aree di non tradizionale pertinenza infermieristica, le così dette "zone grigie".

Da queste consapevolezza, ormai da tempo consolidate negli infermieri che si trovano ogni giorno ad operare nelle "zone grigie", nasce il desiderio di identificare con chiarezza le proprie competenze distintive, così da potersi descrivere/raccontare alle altre figure professionali, identificare con chiarezza le proprie responsabilità, i propri limiti e le proprie autonomie, valutare il proprio bisogno formativo e rafforzare quindi

la propria identità professionale.

Il percorso che ci porta verso l'individuazione delle competenze ha, come già accennato, una grande potenzialità e opportunità, in quanto è solo attraverso una autonoma, condivisa e contestualizzata (almeno in ambito regionale) identificazione delle competenze che si può sviluppare un piano formativo adeguato alle necessità dei professionisti infermieri operanti in ambito psichiatrico raggiungendo un obiettivo strategico per la nostra crescita professionale e, soprattutto, favorire un comportamento innovativo, professionale e validato da letteratura per una presa in carico complessa e appropriata della persona affetta da disagio mentale.

Riteniamo che l'infermiere oggi abbia bisogno di competenze che gli permettano un contatto con la realtà più profonda ed autentica del paziente, rendendosi così parte integrante del processo terapeutico, imparando ad essere affidabile come base indispensabile al proprio mandato di cura.

Siamo inoltre, convinti che, solo attraverso l'individuazione e il riconoscimento delle competenze infermieristiche si possa rafforzare l'attuale, debole identità professionale, e stabilire i propri ambiti di responsabilità per tradurli anche in termini di riconoscimento. E' un lavoro vivo che non ha ancora trovato un completamento ma che ci ha fornito una crescita come professionisti e che auspichiamo possa essere spunto di riflessione e motivo di crescita professionale anche per altri colleghi infermieri.

Per questo motivo vi chiediamo di condividere saperi e conoscenze con valenza formativa e lasciamo l'indirizzo mail: competenzeinfermieri@gmail.com come contenitore dove ci auspichiamo di raccogliere suggerimenti, critiche costruttive, consigli e proposte anche di collaborazione, perché la crescita professionale è un percorso comune.

NOTE

1 - RIGHETTI ANGELO, *Budget di Salute e il Welfare di comunità*, www.cpaonline.it/carica/.../righetti_budget_salute_welfare_comunita

2 - Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel negli anni Ottanta, sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization).

3 - GAROFALO CINZIA, *La relazione infermiere-paziente: dal modello "disease centred" al modello "patient centred"*, in "lo infermiere" n. 4/2007 pp. 38-41.

4 - *Empowerment: "Per Empowerment s'intende che il nostro fine dovrebbe essere quello di aumentare le possibilità per le persone di controllare le proprie vite"* (Rappaport, 1981). Secondo Fitzsimmons e Fuller (2002) e Stromwall e Hurdle (2003), i presupposti e gli obiettivi dell'empowerment riguardo ai pazienti consistono nell'alimentare:

- la crescita personale (senso di controllo e auto efficienza, miglioramento dell'autostima, autoconsapevolezza e accettazione di sé;

- lo sviluppo delle attività;

- una migliore comprensione e un migliore utilizzo del proprio ruolo sociale.

5 - Recovery: "nel campo della salute mentale, R. si riferisce a un processo attivo, dinamico e altamente individuale, attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita, e sviluppa uno specifico insieme di strategie rivolte non solo al fronteggiamento dei sintomi, ma anche alle minacce secondarie della disabilità, che comprendono stigma, discriminazione ed esclusione sociale. (Izabel Marin 2005).



Laura Berti
Infermiera

Trapianti, la storia di Nicholas Green. Un inchino di fronte al dolore

Oggi ho letto una storia che molti non conoscono.

E' una storia vera, una di quelle storie che nasce con un viaggio e finisce con un evento tragico, che nonostante tutto verrà ricordato per la generosità di due genitori. Siamo nel 1994, è il 29 settembre.

C'è una Y10 che percorre la autostrada A3, meglio conosciuta come la Salerno - Reggio Calabria, sulla macchina c'è una famiglia statunitense che sta andando verso il mare per trascorrere le sue vacanze in Sicilia. A bordo della macchina il papà Reginald e la mamma Margaret viaggiano con i loro figli, Nicholas di 7 anni ed Eleanor di 4. La Y10 purtroppo è molto simile a quella di un gioielliere della zona in cui stanno transitando i coniugi Green. Nei pressi dell'uscita Serre, vicino a Vibo Valentia, alcuni rapinatori decisero di rapinare quella Y10 convinti di fare un colpo notevole. La rapina degenerò in omicidio e ad essere colpito fu proprio Nicholas. Il bambino venne trasportato al Policlinico di Messina, ricoverato nel reparto di Neurochirurgia dove morirà alcuni giorni dopo.

Reginald e Margaret colpiti da una tragedia simile, autorizzarono la donazione degli organi del piccolo Nicholas. Grazie a questa scelta, sette italiani poterono beneficiare degli organi di quel bambino; di questi ci furono 4 adolescenti e un adulto, mentre altre due persone riceventi poterono tornare a vedere grazie al trapianto delle cornee ricevute da Nicholas.

E' sempre il 1994, siamo in Italia e due genitori statunitensi diedero una lezione di vita, di altruismo e di amore a un Paese intero perchè donare gli organi non era una procedura comune nel nostro Paese. La scelta di Margaret e Reginald fece notizia e grazie a loro ci fu un picco di donazioni di organi in tutta Italia.

Dopo la scelta di donare gli organi di Nicolas venne conferita ai genitori la medaglia d'oro al merito civile motivandola con "Cittadini statunitensi, in Italia per una vacanza, con generoso slancio ed altissimo senso di solidarietà disponevano che gli organi del proprio figliolo, vittima di un barbaro agguato sull'autostrada Salerno - Reggio Calabria, venissero donati a giovani italiani in attesa di trapianto. Nobile esempio di umanità, di amore

e di grande civiltà. Messina, 1° ottobre 1994."

Margaret e Reginald Green vennero ricevuti dall'allora Presidente Scalfaro al Quirinale e al Campidoglio dal Sindaco Rutelli.

Per l'Omicidio di Nicholas nel 1995 vennero indagati e poi rinviati a giudizio Michele Inanello e Francesco Mesiano. Nel 1998 dopo vari processi dove si videro assolvere, si giunse alla condanna definitiva in Corte di Assise (poi

confermata dalla Cassazione) all'ergastolo per Inanello e a 20 anni di reclusione per Masiano. I due imputati, pur ammettendo vari reati si professarono sempre innocenti per tale delitto e la Procura di Vibo Valentia svolse un'ulteriore inchiesta sulla base della loro dichiarazione di innocenza che giunse poi all'archiviazione del caso.

Questa tragedia che colpì queste due persone straordinarie, le rese anche sostenitrici della donazione degli organi facendo sì che in futuro promossero numerose attività rivolte alle donazioni. Reginald Green scriverà due libri: "The Nicholas Effect", dove parla della storia della sua famiglia, e "The Gift

that Heals", che parla delle storie di persone normali e professionisti ad ogni tappa di un trapianto.

I trapianti si pensa che siano stati realizzati in epoca moderna, per un certo senso è vero, ma per certi aspetti la loro storia si colloca in epoca molto più remota di quanto si pensi.

La facoltà di allungare la vita o di restituire la giovinezza o la salute tramite la sostituzione dei tessuti o organi malati con quelli sani, ottenuti da esemplari della stessa specie o di specie diverse ha sempre alimentato la fantasia popolare. Ne troviamo citazioni addirittura nella mitologia, in rappresentazioni artistiche e in varie leggende del passato.

La tradizione fissa la nascita dei trapianti approssimativamente nel terzo secolo d.C., raccontando di come i santi Damiano e Cosma compirono il miracolo sostituendo la gamba di un loro sacrestano, che era in cancrena, con quella di un uomo deceduto poco tempo prima. Scientificamente la storia dei trapianti di organo nasce nel 1902, quanto il chirurgo Alexis Carrel realizzò la tecnica per unire due vasi sanguigni. Grazie questa tecnica vennero



Il piccolo Nicholas Green