

PHD DR. TIZIANA LAVALLE

La teoria in pratica

come esplorare la resilienza in tre ospedali italiani

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il concetto di resilienza è stato utilizzato da molti autori per proporre significati diversi e per renderlo fruibile in molti contesti, soprattutto dopo la pandemia Sars-Cov-2, ma gli approcci non rendono sempre comprensibile come si generi il rapporto tra il significato di resilienza e la sua pratica. L'infermieristica non fa eccezione a questa osservazione. In concreto, stiamo cercando un modello per comprendere i come e i perché della resilienza e se sia un elemento precursore della costruzione del capitale sociale. Per raggiungere questo obiettivo, sono state discusse tre questioni semantiche dal punto di vista infermieristico: il significato del concetto di resilienza e di capitale sociale; la differenza pratica tra resistenza e resilienza; infine, l'esistenza o meno di un legame semiologico tra resilienza e capitale sociale.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio descrittivo. Il campione è composto da giovani infermieri neoassunti presso in tre ospedali della Regione Emilia Romagna dal 1° luglio 2022 al 30 giugno 2023, che hanno volontariamente accettato di partecipare allo studio. Per esplorare la loro conoscenza della resilienza e del capitale sociale, è stata presentata una mappa concettuale e sono state chieste ai partecipanti, tramite un questionario on line, definizioni da loro scelte. Le definizioni sono state inserite nel software T-lab® per analizzare le frequenze tra i termini e nel software SISA® per l'analisi statistica con test "t di Student".

Per un periodo di sei mesi, ogni infermiera ha compilato un "nurse journey" descrivendo le proprie esperienze di lavoro con i pazienti, i colleghi di assistenza e i membri dell'organizzazione. La presenza della resilienza e del capitale sociale è stata misurata analizzando l'associazione di parole chiave ai concetti della mappa concettuale.

RISULTATI

Gli infermieri, (n=1340) nati in diverse regioni italiane, hanno mostrato differenze nelle risposte tra provenienti dal Nord e dal Sud dell'Italia. Le differenze erano statisticamente significative nella definizione di resilienza ($p = 0,01$ e $t = 2,0066$) e nella definizione di capitale sociale ($p = 0,05$ e $t = 2,0096$). Le parole più frequentemente raccolte nei registri giornalieri sono state "fiducia" e "coping".

DISCUSSIONE

Lo studio condotto ha prodotto tre risultati: (1) i giovani infermieri hanno modificato la loro comprensione dei concetti di resilienza, definita come capacità di "far fronte", e di capitale sociale, definito come "responsabilità reciproca basata sulla fiducia"; (2) i partecipanti hanno identificato la resilienza sia come risultato individuale che come risultato di un gruppo; (3) la "fiducia" è stata identificata come il precursore della costruzione della reciprocità, del capitale sociale nel gruppo professionale.

PAROLE CHIAVE

Resilienza, resistenza, fattori protettivi, capitale sociale, assistenza infermieristica.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The concept of resilience has been used by many authors to come up with different meanings and to make it usable in many contexts, especially after the Sars-Cov-2 pandemic, but the approaches do not always make it understandable how the relationship between the meaning of resilience and its practice is generated.

Nursing is no exception to this observation. Specifically, we are looking for a model to understand the hows and whys of resilience and whether it is a precursor to building social capital. In order to achieve this, three semantic issues are discussed from a nursing perspective: the meaning of the concept of resilience and social capital; the practical difference between resilience and resilience; and finally, whether or not there is a semiological link between resilience and social capital.

METHODS AND MATERIALS

This is a descriptive study. The sample consists of young nurses newly recruited at three hospitals in the Emilia Romagna Region from 1 July 2022 to 30 June 2023, who voluntarily agreed to participate in the study. To explore their knowledge of resilience and social capital, a conceptual map was presented and participants were asked, via an online questionnaire, for definitions they had chosen.

The definitions were entered into T-lab® software to analyse frequencies between terms and into SISA® software for statistical anal-

ysis with Student's t-tests. Over a period of six months, each nurse completed a "nurse journey" describing their experiences of working with patients, caring colleagues and members of the organisation.

The presence of resilience and social capital was measured by analysing the association of key words with the concepts in the concept map.

RESULTS

The nurses, (n=1340) born in different Italian regions, showed differences in the responses between those from Northern and Southern Italy. The differences were statistically significant in the definition of resilience ($p = 0.01$ and $t = 2.0066$) and in the definition of social capital ($p = 0.05$ and $t = 2.0096$). The most frequently collected words in the daily logs were 'trust' and 'coping'.

DISCUSSION

The study conducted produced three findings: (1) young nurses changed their understanding of the concepts of resilience, defined as the ability to "cope", and social capital, defined as "mutual responsibility based on trust"; (2) participants identified resilience both as an individual and as a group outcome; (3) "trust" was identified as the precursor to building reciprocity, social capital in the professional group.

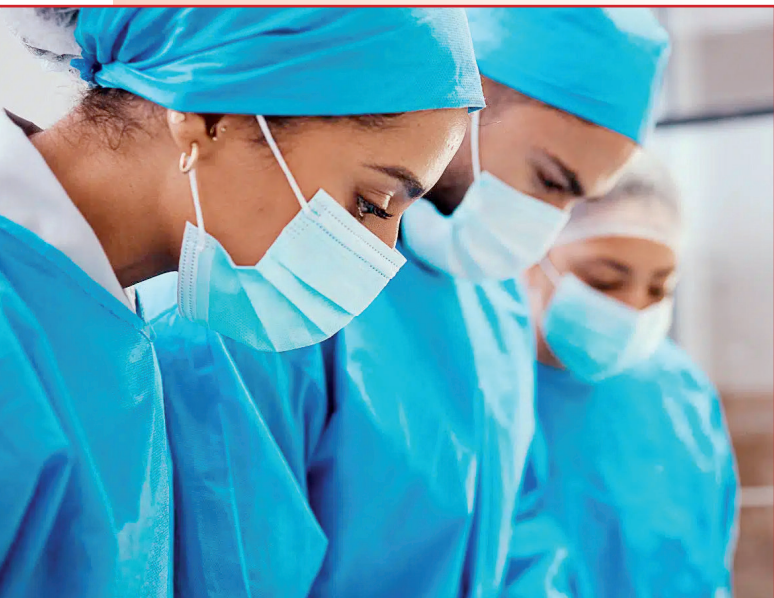
KEY WORDS

Resilience, resistance, protective factors, social capital, nursing.



■ INTRODUZIONE

La resilienza è un concetto polisemico, pertanto, non sorprende che nella disciplina infermieristica, sebbene molti autori abbiano esplorato il concetto di resilienza, non vi sia una convergenza nel suo significato e nella sua modellizzazione. Nella loro pratica quotidiana, gli infermieri insistono sul fatto che ogni paziente dovrebbe utilizzare le proprie risorse per affrontare la malattia, in particolare nel caso di pazienti con malattie croniche, ma resilienza viene spesso confusa con la resistenza. Esistono molte definizioni di resilienza e l'accezione più comunemente utilizzata in ambito infermieristico è quella di "capacità di far fronte allo stress" [2, 1].



Questa idea di resilienza è molto vicina all'idea condivisa di adattamento, che consiste nella capacità di modificare il proprio comportamento in condizioni di stress.

Nel nostro studio, la resilienza è stata descritta come "capacità di adattamento dei caregiver ai problemi di salute e alle cure dei genitori" [3, 4] e per estensione "capacità di adattamento del personale di assistenza alle condizioni mutevoli o critiche". In entrambi i casi l'adattamento non è visto come elemento negativo, ma indica la capacità umana di discernere gli elementi del contesto, valutarne i vincoli e scegliere le migliori opzioni di comportamento, linguaggio, assistenza, accompagnamento ecc. creando così condizioni

che facilitino le relazioni interumane e organizzative: l'applicazione nel contesto assistenziale del concetto di empatia e discernimento di Edith Stein¹.

Tusaie, Ewen, Molina e altri hanno dimostrato la rilevanza della resilienza per l'assistenza infermieristica e la pratica infermieristica, ma la maggior parte dei contesti in cui la resilienza è stata studiata non erano ambienti organizzativi [1, 5, 6]. La resilienza è fondamentalmente un processo di superamento delle avversità.

Aumenta la capacità dei pazienti o delle famiglie di far fronte alla malattia [4, 7] attingendo alle proprie risorse psicologiche e fisiche per affrontare i cambiamenti dello stato di salute e del livello di dipendenza. La resilienza è anche legata alla salute mentale [8] e al quadro spirituale [9]. È definita come un concetto dinamico ed è possibile misurarla utilizzando diversi strumenti [10-13]. È dimostrato che la resilienza è una capacità personale che influenza ed è influenzata dal contesto. La persona resiliente è positiva, dotata di senso dell'umorismo, speranzosa e realistica. Questa persona ha competenze specifiche nella gestione delle transizioni, nelle transizioni delle condizioni di vita, delle condizioni di salute e delle condizioni economiche o sociali [14, 15].

La resilienza sviluppa atteggiamenti positivi: integrazione, controllo e adattamento. Se la resilienza è assente, ansia, depressione o pensieri suicidi prendono il sopravvento [16].

Il concetto di "resilienza" è spesso collegato a quelli di resistenza, robustezza, durezza, tenacità o coriaceità.

È importante rilevare le differenze tra questi concetti perché sono importanti per la costruzione della comunità infermieristica e dell'assistenza come prodotto professionale. Nel dizionario Cambridge (2016), la "resilienza" è definita come "la qualità di essere in grado di tornare rapidamente a un buono stato precedente" e la "coriaceità" è definita come una capacità "[...] abbastanza forte da affrontare condizioni avverse o situazioni difficili". Nel Merriam-Webster Dictionary (2016), la robustezza è definita come "[...] capace di vivere in condizioni difficili come un inverno freddo o la siccità".

La tenacità e la resistenza sono descritte come sinonimo di resilienza, ma la tenacia è un "tratto della personalità" [45, 46]. In breve, la tena-

cia può aiutare le persone a far fronte a diversi stress [47-49, 54]. Tuttavia, la differenza principale tra resilienza e resistenza è che la resilienza è un risultato, mentre la tenacia, la coriaceità e la durezza sono comportamenti e la resistenza un'attitudine.

Tra tutti, si è scelto di confrontare in particolare resilienza e resistenza.

La ricerca ha tre obiettivi: 1) circoscrivere l'uso dei concetti di resilienza e capitale sociale tra i giovani infermieri italiani che lavorano in tre grandi ospedali della Regione Emilia-Romagna. 2) Strumentalizzare la differenza tra resilienza e resistenza. 3) Esplorare il legame semiologico tra resilienza e capitale sociale nella pratica infermieristica.

L'ipotesi formulata è che vi siano differenze nella concezione del capitale sociale e della resilienza tra gli infermieri del sud e del nord Italia, legate alle opzioni di sperimentare resilienza e capitale sociale nella vita quotidiana delle comunità locali frequentate.

È stata scelta la Resilience Assessment Scale (RSA) di Werner e Smith [24] come mappa concettuale di riferimento, perché è stata utilizzata in uno studio internazionale cross-culturale che ha esplorato l'intero arco della vita dei partecipanti ed ha tracciato lo sviluppo della resilienza individuale in condizioni ad alto rischio come le

famiglie con problemi di salute mentale. Il modello di resilienza di Werner e Smith (op.cit) spiega i concetti chiave della resilienza, la categoria di appartenenza e le definizioni.

Questa classificazione serve come punto di riferimento per identificare se la resilienza è modellata dagli individui stessi, dalla famiglia e dalla comunità. In termini pratici, la nostra metodologia utilizza gli attributi della resilienza convalidati in letteratura da Walker et al [32] nel campo dell'infermieristica e da Luthar [21, 22, 30, 55], Masten [36, 38] e Werner e Smith [24, 25].

■ Metodologia

Il campione è composto da giovani infermieri neoassunti presso in tre ospedali della Regione Emilia-Romagna dal 1° luglio 2022 al 30 giugno 2023, che hanno volontariamente accettato di partecipare allo studio.

Hanno aderito 1340 infermieri tra i 21 e i 31 anni, Per indagare la resilienza e il capitale sociale, è stato predisposto un modulo di intervista semistrutturata on line composta da una sezione anagrafica e professionale (sesso, età, anzianità lavorativa, titoli acquisiti, provenienza per nascita, provenienza principale degli ultimi 5 anni, esperienze di comunità precedenti quali volontariato, gruppi parrocchiali, gruppi sportivi, altro); una seconda sezione con la mappa

Attributi	Categorie	Definizioni
Ripresa/reintegrazione	Competenze personali	So di riuscire
	Competenze personali	Trovo sempre una soluzione
	Competenze personali	Ho un piano realistico per l'avvenire
Elevate aspettative/autodeterminazione	Competenze personali	Credo nelle mie capacità
	Competenze personali	il mio avvenire è promettente
	Struttura personale	Lavoro meglio quando raggiungo gli obiettivi
Relazioni positive/sostegno sociale	Coerenza familiare	Nella mia famiglia ci sono legami solidi
	Sostegno sociale	Ho degli amici/membri della mia famiglia che mi sostengono
	Sostegno sociale	Ho qualcuno che può aiutarmi
Flessibilità	Competenza sociale	Faccio facilmente nuove amicizie
	Competenza sociale	Mi piace stare in mezzo agli altri
	Competenza sociale	Per me è importante essere flessibile
Senso dello humor	Competenza sociale	Per me è importante far ridere gli altri
	Competenza sociale	Rido facilmente
Autostima/autoefficacia	Competenze personali	Credo in me stesso e questo mi aiuta a superare le difficoltà
	Competenze personali	Sono soddisfatto di me stesso
	Competenze personali	Spero nella mia opinione e nelle mie decisioni

Tab. 1 - Mappa concettuale della resilienza, Werner et Smith (op. cit), trad. Lavallo, 2016

Esperienze / Provenienza	Nord	Centro	Sud
Volontariato sociale	182	111	84
Associazioni culturali	75	41	33
Associazioni sportive	384	251	270
Nessuna esperienza precedente	51 pari al 11,5%	21 pari al 7,44%	124 pari al 20,161

Tab. 2 - distribuzione delle esperienze di vita associativa o di comunità

concettuale della resilienza, e uno spazio di testo nel quale i partecipanti dovevano scrivere la loro definizione; una terza sezione nella quale sono state chieste le loro definizioni di resilienza e capitale sociale.

La quarta sezione era costituita da uno spazio testo editabile liberamente, un “ nurse journey ”, nel quale, se disponibili, registrare le proprie esperienze di lavoro con i pazienti, descrivendo i colleghi di assistenza e i membri dell’organizzazione.

Le registrazioni sono state elaborate con il software T-lab® per analizzare le frequenze tra i termini utilizzati e con l’applicazione SISA® per le analisi statistiche. Tutti i partecipanti hanno annotato le loro relazioni quotidiane con pazienti e colleghi per periodi variabili da 1 settimana (n. 104 partecipanti) a tre mesi (n. 237). La piattaforma è stata chiusa il 31/12/2023.

Alcuni dati

L’età media del campione era di 24,85 anni, il più giovane aveva 21 anni e il più “ anziano ” 31 anni. Il tempo medio trascorso tra la laurea e la

prima occupazione era di 1,8 anni: 116 infermieri hanno dichiarato meno di 12 mesi, e 31 infermieri superiore a 36 mesi. Le provenienze per nascita erano così distribuite:

- 21% (n=282) Centro Italia (Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo e Molise);
- 33% (n= 443) Nord Italia (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia-Romagna). Assenti da Valle D’Aosta e Trentino Alto Adige.
- 46% (n= 615) provenienti da Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Basilicata.

La provenienza degli ultimi 5 anni, legata probabilmente alla frequenza universitaria, era diversa :

- Nord Italia 55% (n=737), Centro Italia, 23% (n= 308), Sud Italia 22% (n=295).

Le esperienze comunitarie, di volontariato, associative o sportive erano così distribuite (possibili più scelte):

Tutti i partecipanti hanno proposto almeno una definizione per ogni attributo della mappa concettuale della resilienza.

L’applicazione del T-lab® non ha mostrato differenze statisticamente significative tra le defini-

RSA	NORD-OVEST (*) NORD EST		CENTRO SUD	
Ripresa/reintegrazione	Investimento	Soluzioni	Soluzioni Possibile	Futuro possibile
Elevate aspettative/ autodeterminazione	Riuscita	Abilità pragmatiche	Aspettativa di futuro possibile	Aspettativa di realizzazione
Relazioni positive/aiuto sociale	Supporto	Cooperazione	Aiuto familiare	Affetti
Flessibilità	Adattamento	Disponibilità al cambiamento	Adattamento	Ricerca dell’equilibrio
Senso Umoristico	Spirito critico	Giocosità	Ottimismo	Sarcasmo
Autostima/Autoefficacia	Sicurezza	Fiducia in sé	Sicurezza	Sostegno degli altri
Capitale Sociale	Fiducia	Responsabilizzazione reciproca	Resistenza	Contare in un gruppo
Resilienza	Adattarsi	Far fronte con fiducia	Resistenza ai problemi	Aspettare che passi la notte/l’onda

Tab. 3 - Definizioni date dal campione come prima definizione.



zioni di “ripresa/reindirizzamento”, “relazione positiva”, “flessibilità” e “senso dell’umore”, analizzando le parole chiave utilizzate nel Modello RSA. Le definizioni date di “resilienza” e “capitale sociale” sono state analizzate per valutare la coerenza con gli attributi della mappa concettuale e l’esistenza di legami tra le definizioni libere di resilienza e capitale sociale. I risultati sono riportati nella Tabella 3.

(*) Nord Ovest: Piemonte, Lombardia, Liguria. Nord Est: Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna. Sono state raggruppate per le differenti aggregazioni delle risposte, non per altri motivi.

Gli infermieri hanno utilizzato diverse parole per definire la resilienza e il capitale sociale e hanno fornito più di una spiegazione per ogni concetto. La parola “resistenza” è stata utilizzata da tutti gli infermieri dell’Italia meridionale nella prima o seconda definizione di resilienza.

L’attesa di un futuro migliore, “aspettare che passi la notte” è stata utilizzata come definizione dalla maggioranza degli infermieri del Sud. Gli infermieri del Nord hanno utilizzato “far fronte” e “adattarsi”.

Tali differenze, secondo la letteratura, sono da attribuirsi alle esperienze vissute nelle comunità

di vita negli anni nei quali di determinano i valori e le caratteristiche fondamentali del proprio senso sociale o di ruolo sociale. Anche le differenze di esperienza nelle comunità di pari o quasi pari, associazioni di volontariato, associazioni sportive, possono essere l’origine delle differenze evidenziate. Distanze nei significati erano meno evidenti per le altre definizioni, tra cui: ripresa, relazioni positive, flessibilità e senso umoristico. L’analisi testuale mostra che la provenienza regionale genera differenze significative nell’interpretazione della resilienza e del capitale sociale tra infermieri del Nord e del Centro-Sud: definizione di resilienza ($p = 0,01$ e $t = 2,0066$) e di capitale sociale ($p = 0,05$ e $t = 2,0096$).

Definizioni	(%)
Resistenza	53,82
Aspettare	14,93
Fare Fronte	12,50
Reazione	10,42
Adattamento	8,1
Altro	0,15
Tot	100

Tab 4 - Distribuzione delle prime parole chiave di resilienza utilizzate dagli infermieri.

Il capitale sociale è stato definito con i termini “resistenza” e “potenza” soprattutto dagli infermieri del Centro-Sud. Gli infermieri del Nord hanno definito in prevalenza il capitale sociale con le parole “fiducia, responsabilità, trasparenza, crescita, partecipazione”.

Definizioni	%
Resistenza	23,26
Potenza	14,95
Crescita	5,21
Fiducia	34,86
Responsabilità	4,86
Trasparenza	8,0
Partecipazione	8,86
Tot	100%

Tab. 5 - Distribuzione delle prime definizioni di “capitale sociale” fornito dagli infermieri.

Queste diverse parole utilizzate per definire la “resilienza” e il “capitale sociale” ricordano gli insegnamenti di Putnam (1993), secondo cui il capitale sociale è associato a “reti di valori, norme e fiducia che facilitano il coordinamento e la

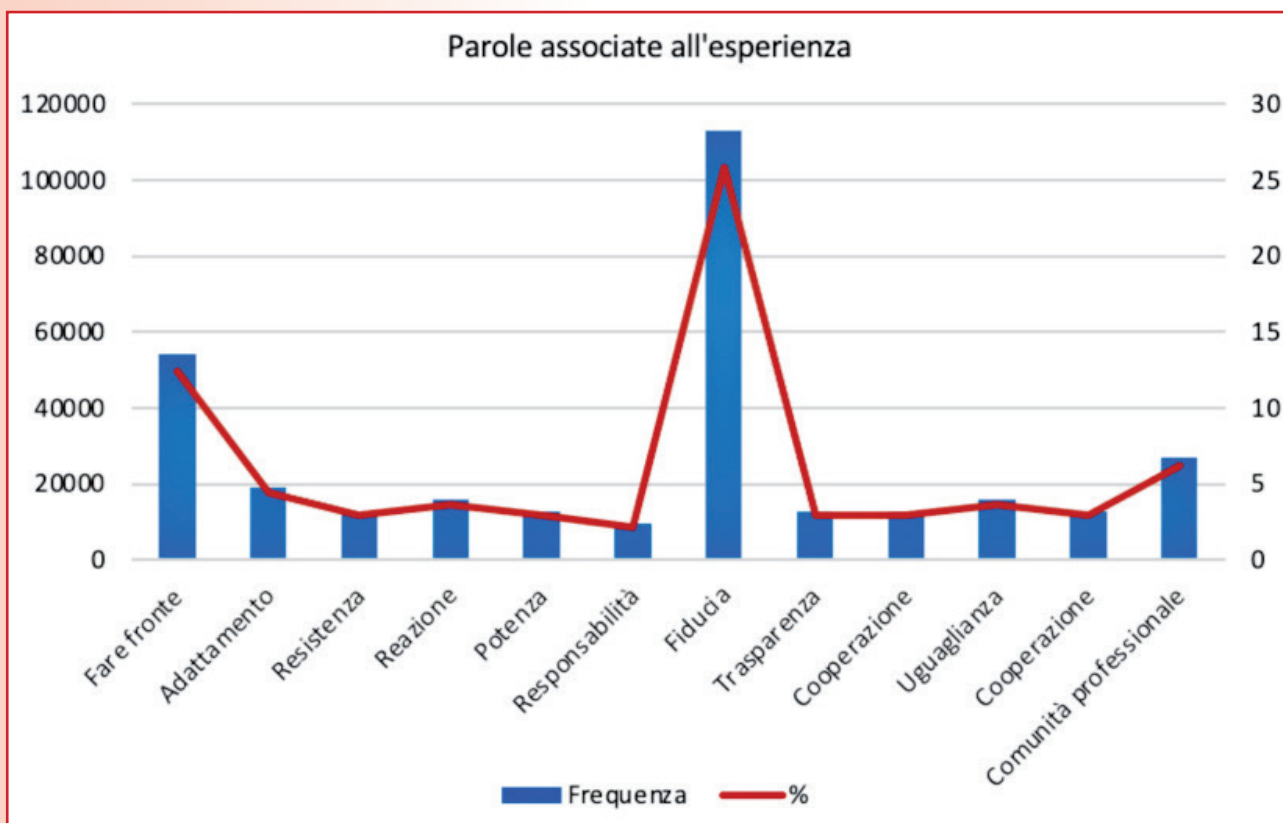
cooperazione in relazioni di reciprocità o di mutuo beneficio”.

Putnam (op.cit) aggiunge che il concetto di capitale sociale dipende principalmente dagli sforzi della comunità e che il suo sviluppo è un complemento alla tradizionale amministrazione pubblica.

Una comunità i cui individui sono resilienti è una comunità con un alto grado di capitale sociale. In altre parole, c’è un alto grado di fiducia, derivante dal sostegno reciproco, dalla facilitazione dell’azione collettiva e dalla partecipazione civica, in spazi comunitari impregnati di reciprocità. Una comunità resiliente è quella che incarna il capitale sociale.

Nei sei mesi di accesso alla piattaforma del “nurse journey”, gli/le infermieri/e hanno composto un diario della loro esperienza lavorativa. I diari sono stati analizzati con T-lab® e sono state estratte le parole più utilizzate per descrivere le relazioni con i pazienti, i colleghi o l’organizzazione generale.

Le registrazioni contenevano 436.422 parole utili. I risultati sono presentati nel grafico. 1.



Graf. 1 - Distribuzione di frequenza dei significati associati a resilienza e capitale sociale utilizzati durante le registrazioni semestrali per il totale degli infermieri.

Il grafico mostra le parole utilizzate dagli infermieri, per descrivere l'esperienza lavorativa e che sono coerenti con quelle utilizzate per definire il capitale sociale e la resilienza al primo, secondo o terzo posto. Risulta evidente che la "fiducia" è al primo posto, seguita dalle "capacità di coping, di far fronte alle situazioni" e dalla "comunità professionale", intesa come "fare le cose insieme".

■ DISCUSSIONE

Nel linguaggio infermieristico abituale, la resilienza è intesa come capacità di "far fronte". Per perfezionarne la comprensione, Callista Roy (filosofa dell'assistenza infermieristica, 64,65) aveva introdotto un modello di progettazione dell'assistenza basato sull'adattamento dei pazienti alle loro condizioni di salute.

Questa capacità di adattamento è una sorta di resilienza necessaria. Ha proposto un paradigma olistico incentrato sul paziente: la "Teoria dell'adattamento dei sistemi aperti", che si basa sullo sviluppo della resilienza nella vita quotidiana del paziente.

Concretamente, questa pratica infermieristica fa appello all'autoconsapevolezza dei pazienti e delle famiglie per consentire loro di adattarsi alle situazioni di crisi.

Questa consapevolezza di sé è stata descritta dalla tassonomia internazionale NANDA [42, 43] come "promozione della resilienza" (codice 8340), che significa "aiutare gli individui, le famiglie e le comunità a rafforzare i fattori protettivi che possono utilizzare per far fronte agli stress familiari, sociali e ambientali".

Inoltre, la Classificazione Internazionale per la Pratica Infermieristica (ICNP) ha introdotto una diagnosi di riferimento: "coping" (codice 10005208), definito come: "attitudine a gestire lo stress e ad avere una sensazione di controllo e di maggior comfort psicologico" e "adattamento" (codice 10001741), definito come "capacità di gestire nuove situazioni" [44, 50-53].

L'analisi dei risultati rivela significative differenze regionali quando si tratta di spiegare l'uso quotidiano dei concetti legati alla resilienza, alla capacità di recupero individuale e collettivo e al capitale sociale. Riprendendo la lezione storica di Putnam (1993) che descrive il Nord Italia come un tessuto sociale orizzontale plasmato dalle cooperative sociali e dalla molteplicità delle associazioni, mentre il tessuto sociale del Sud Italia ha storicamente obbedito a poteri di ogni tipo, troppo spesso verticali, i legami semantici inventariati in questo studio, dimostrano che i concetti di fiducia, resilienza, reciprocità e capitale sociale costituiscono uno zoccolo duro o un plesso culturale facilmente acquisibile dagli infermieri, facendone esperienza o nella propria comunità familiare, amicale, di vita quotidiana, o attraverso la comunità professionale.

Anche la resilienza diventa un risultato collettivo/sociale ed è importante nella costruzione del capitale sociale e ad esso è associata.

Il capitale sociale aumenta tutti i punti di forza della comunità, in riferimento all'equazione canonica di Putnam (1993): "Società forte, economia forte, società forte, Stato forte" [63, p176]. Ledogar e Fleming [56] riconoscono il capitale sociale come un bene o una risorsa per la resilienza, facilitando l'essere nella società, essere individuo come essere parte di una comunità,





poiché supporta, orienta, sostiene la generazione di reti di relazioni, di reciprocità, di condivisione di norme e valori sociali.

Lo studio, infine, ha prodotto tre risultati concreti: (1) i giovani infermieri hanno modificato la loro comprensione dei concetti di resilienza, definita come capacità di “far fronte”, e di capitale sociale, definito come “responsabilità reciproca basata sulla fiducia”; (2) i partecipanti hanno identificato la resilienza sia come risultato individuale che come risultato di un gruppo; (3) la “fiducia” è stata identificata come il precursore della costruzione della reciprocità, del capitale sociale nel gruppo professionale.

Una premessa piena di speranza per il futuro della professione e della comunità nazionale.

■ BIBLIOGRAFIA MINIMA

1. Hart P, Brannan J, Chesmay M. Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 2014, 22:720-734. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x.
2. Tusaie K, Dyer J. Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 2004. 18:3-8.
3. Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. *Research in Gerontological Nursing*, 2015, 8:29-38. doi:10.3928/19404921-20141111-01.
4. Molina Y. Resilience among patient across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2014, 18:93-101.
5. McDonald G, Jackson D, Wilkes, Vickers M. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*, 2013, 45:134-143. doi:10.5172/conu.2013.45.1.134.
6. Stephens TM, Nursing Student resilience: a concept clarification. *Nursing Forum*, 2013, 48:125-133. doi:10.1111/nuf.12015.
7. West C. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 21:3532-3545. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04271.x.
8. Davidov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 2010, 30:479-495. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.003.
9. Greene RR, Galambos C, Lee Y. Resilience theory. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 2004, 8:75-91. doi:10.1300/J137v08n04_05.
10. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvingr JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience. What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods of Psychiatric Research*, 2003, 14:29-42. doi:10.1002/mpr.143.

11. Jew CL, Green KE, Kroger J. Development and validation of a measure of resilience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 1999, 32:748-746.
12. Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, Nakaya M. Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports*, 2003, 93:1217-1222. doi:10.1188/14.CJON.93-101.
13. Sinclair, VG, Walltson KA. The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, 2004, 11:94-101. doi:10.1177/1073191103258144.
14. Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1996, 10:276-282. doi:10.1016/S0883-9417(96)80036-7.
15. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2011, 21:152-169. doi:10.1017/S0959259810000420
16. Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, 2013, 48:17-25. doi:10.1111/nuf.12007.
17. Richardson GE, Neiger B, Jensen S, Kumpfer K. The resiliency model. *Health Education*, 1990, 21:33-39
18. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002 Mar; 2002, 58(3):307-21
19. Luthar SS. Vulnerability and resilience: A study of high risk adolescents. *Child Development*. 1991;62:600-616.
20. Luthar SS, Ziegler E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1991, 61(1):7-22.
21. Luthar SS, Chicchetti D. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000;71(3):543-562.
22. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Wiley; 2006:740-795.
23. Heavy-Runner I, Marshal IK. *Miracle survivors: Promoting resilience in Indian students*. *Tribal College Journal*. 2003;14(4):14-19.
24. Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill; 1982.
25. Werner E.E, Smith RS. *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience and Recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2001
26. Rutter M. Resilience re-considered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff JP, Meisels SJ. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Vol. 2. New York: Cambridge University Press; 2000: 651-682.
- 27 Rutter M. Environmentally mediated risks for psychopathology: Research strategies and findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(1):3-18.
28. Johnson JL, Wiechelt SA. Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use and Misuse*, 2004, 39:657 - 670.
29. Botturi D, Curcio Rubertini B, Lavallo T, Desmarteau RH. Investing in Social Capital in Emilia-Romagna Region of Italy as a Strategy Making Public Health Work, pp 197-220 in Johnson CD, *Social Capital. Global perspective, Management strategies and Effectiveness*. Nova Sciences
30. Publisher, NY, 2015 Luthar SS. Resilience: A construct of value? Paper presented at the 104th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario August 1996
31. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, Martinsen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central prospective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2003, 12(2):65 - 76
32. Walker L, Avant KC. *Strategies for Theory Construction in Nursing*, 4th edn. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ. 2005
33. Flach FF. Resilience: How to bounce back

- when the going gets rough. New York: Hatherleigh Press.1997
34. Benard B. Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory, 1991
 35. Ryan RM,. Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *American Psychologist*, 2000, 55:68 - 78
 36. Masten AS. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In Wang MC, Gordon EW (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* NY: Kluwer (Academic Plenum). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994:3 - 25
 37. Wright MO, Masten AS, Narayan AJ. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd ed), New York, 2013:15-37
 38. Masten AS. Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, January/February 2014, Volume 85, Number 1:6-20. DOI: 10.1111/cdev.12205
 39. Lavalle T, Omosobi Damilola C, Desmarteau HR. The dynamic of social capital and health. *Acta Biomed for Health Professions* 2015; Vol. 86, S. 3: 223-232
 40. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*, 2014, 61:211-219. doi:10.1111/inr.12099.
 41. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nursing Forum*, 2015. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644366> (accessed 20 February 2015).
 42. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. Wiley Blackwell, Oxford, 2015
 43. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification* (NIC), 6th edn. Elsevier, St. Louis, MI, 2013
 44. International Council of Nurses ICNP_ definition. 2015. Available at: <http://www.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/>(accessed 01 April 2015).
 45. van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 2013, 34:122-127. doi:10.1016/j.gerinurse.2012.12.011.
 46. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 2014, 59:20 - 28
 47. Paterson B. Metasynthesis. In *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (Beck, C.T., ed.), Routledge, New York, 2013:331-345.
 48. Caldeira S, Carvalho E, Vieira M. Spiritual distress -proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2013, 24:77-84. doi:10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x.
 49. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, 2007, 42:73-82. doi:10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x.
 50. Feringa MM, Goossen WTF, Coenen A. Submitting terms to the International Classification for Nursing Practice (ICNP_). *International Nursing Review*, 2002, 49:154-160. doi:10.1046/j.1466-7657.2002.00127.x.
 51. Garcia-Dia MJ. Concept analysis: resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2013, 27:264-270. doi:10.1016/j.apnu.2013.07.003.
 52. Lin F, Rong J, Lee T. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2013, 6:323-333. doi:10.2147/JMDH.S46830.
 53. Rodgers BL. Concept analysis: an evolutionary view. In *Concept Development in Rodgers BL, Knafl KA. Nursing: Foundations, Techniques, and applications* (), Saunders, Philadelphia, PA, 2000:77-102.
 54. Ahern NR. Adolescent resilience: an evolu-

- tionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 2006, 21:175-185. doi:10.1016/j.pedn.2005.07.009.
55. Luthar SS, Doernberger CH, Zigler E. Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study on inner-city adolescents. *Development and Psychopathology* 1993;5:703-717
 56. Ledogar RJ, Fleming J. Social Capital and Resilience: A Review of Concepts and Selected Literature Relevant to Aboriginal Youth Resilience Research. *Pimatisiwin*. 2008; 6(2):25-4
 57. Portes A. Social Capital: its origins and applications in modern sociology *Annual Review of Sociology*, 1998, 24:1-24.
 58. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital, *American Journal of Sociology*, Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure, The University of Chicago Press, 1988:95-120 <http://www.jstor.org/stable/2780243>. Accessed: 04-08-2016 13:37 UTC
 59. Norman SM, Avolio BJ, Luthans F. The impact of positivity and transparency on trust in leaders and their perceived effectiveness. *The Leadership Quarterly* 21 2010:350-364
 60. Desmarteau RH. Modéliser le capital social: pertinences et limites. *Recueil de textes. Cahiers du CRISES (Centre de recherche sur les innovations dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats)*. Université du Québec à Montréal, 2000
 61. Fukuyama, F. Social capital, civil society and development. *Third World Quarterly*, Vol 22, No1, 2001, 7 -20.
 62. Putnam, R. D. (1993), What makes democracy work?. *Nat Civic Rev*, 82: 101-107. doi:10.1002/ncr.4100820204
 63. Putnam, R.D, 1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton: Princeton University Press, Published in Italian with Leonardi, R, Nanetti, R.(1993) as *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano: Mondadori.
 64. Roy, C. and McLeod, D. (1981) The theory of the person as an adaptive system. In George, J. (Ed.). *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
 65. Roy, C. and Adrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model (2nd ed)*. In McEwen, M. and Wills, E. (Ed.). *Theoretical basis for nursing*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

■ ENDNOTES

- 1 Per approfondire le conoscenze su Edith Stein, divenuta Santa Teresa Benedetta della Croce, filosofa, e il suo contributo alla Fenomenologia, si leggano:
 - Maskulak, Marian, ed. 2016. *Edith Stein: Selected Writings*. New York: Paulist Press.
 - Lebech, Mette (2015). *The Philosophy of Edith Stein: From Phenomenology to Metaphysics*. Peter Lang.
 - Lebech, Mette (Winter 2011). "Why Do We Need the Philosophy of Edith Stein?" (PDF). *Communio*. **38**: 682-727. [Archived](#) (PDF) from the original on 1 July 2016.
 - Calcagno, Antonio (2007). *The Philosophy of Edith Stein*. Duquesne University Press.
 - Berkman, Joyce A., ed. (2006). *Contemplating Edith Stein*. University of Notre Dame Press.
 - MacIntyre, Alasdair C. (2006). *Edith Stein: A Philosophical Prologue, 1913-1922*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
 - Borden, Sarah R. (2003). *Edith Stein (Outstanding Christian Thinkers)*. Continuum.
 - Sawicki, Marianne (1997). *Body, Text and Science: The Literacy of Investigative Practices and the Phenomenology of Edith Stein*. Dordrecht: Kluwer.
 - Posselt, Teresia Renata (1952). *Edith Stein: The Life of a Philosopher and Carmelite*. Sheed and Ward.