

Introduzione alle cure palliative nella formazione in fisioterapia: un seminario di didattica attiva

Introducing palliative care into physiotherapy education: an active-learning seminar

Aldana Paola Ercolano

University of Padua, Padua (Italy)

Sabrina Galvan

University of Padua, Padua (Italy)

Antonio Quinci

University of Padua, Padua (Italy)

Veronica Macchi

University of Padua, Padua (Italy)

OPEN ACCESS

Double blind peer review

Citation: Ercolano, A.P., et al. (2026). Introduzione alle cure palliative nella formazione in fisioterapia: un seminario di didattica attiva *Italian Journal of Educational Research*, 36, 273-286.
<https://doi.org/10.7346/sird-012026-p273>

Copyright: © 2026 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. IJEDuR is the official journal of Italian Society of Educational Research (www.sird.it).

Received: March 14, 2026

Accepted: June 27, 2026

Published: June 30, 2026

Pensa MultiMedia / ISSN 2038-9744

DOI: 10.7346/sird-012026-p273

Abstract

Introducing palliative care into undergraduate health professions education is increasingly recognised as important, yet its presence across curricula remains uneven. This paper presents an active-learning seminar developed within a Physiotherapy degree programme and uses it as an opportunity to explore which educational dimensions of palliative care become visible when students and professionals engage with the same narrative stimulus. The online seminar was built around the documentary *Quando sei con me* and was followed by small-group discussion, brainstorming, and a final plenary debriefing. Fifty-eight participants took part, including 34 students and 24 professionals. The content generated during the group discussions and plenary session was documented through notes independently taken by two notetakers and then examined through a descriptive-exploratory thematic analysis. The findings showed several themes shared by both groups, particularly the centrality of the person and family, the importance of teamwork, and the relational and communicative dimensions of care. At the same time, meaningful differences emerged. Students paid greater attention to the care setting, the presence of family members, and ways of communicating with patients and relatives, whereas professionals more often highlighted the emotional burden of palliative care work, the sustainability of practice, and the importance of mutual support within the team. Overall, the seminar appears to offer a useful entry point for introducing palliative care within physiotherapy education, especially when embedded in broader and more structured curricular pathways.

Keywords: palliative care, active learning, physiotherapy education, interprofessional education.

Riassunto

L'introduzione delle cure palliative nella formazione universitaria delle professioni sanitarie rappresenta oggi una necessità sempre più riconosciuta, ma ancora disomogenea nei curricula. In questo contributo viene presentata un'esperienza di didattica attiva realizzata nel Corso di Laurea in Fisioterapia, assunta come occasione per esplorare quali dimensioni formative delle cure palliative emergano quando studenti e professionisti sono messi a confronto a partire dallo stesso stimolo narrativo. Il seminario, svolto online, ha previsto la visione del docufilm *Quando sei con me*, seguita da discussioni in piccoli gruppi, brainstorming e debriefing finale in plenaria. Hanno partecipato 58 persone, di cui 34 studenti e 24 professionisti. I contenuti emersi sono stati documentati mediante note raccolte in modo indipendente da due notetaker e successivamente analizzati attraverso un approccio tematico descrittivo-esplorativo. Dall'analisi sono emersi alcuni nuclei comuni ai due gruppi, in particolare la centralità della persona e della famiglia, il valore del lavoro d'équipe e il rilievo della dimensione relazionale e comunicativa della cura. Sono tuttavia apparse anche differenze significative: gli studenti hanno prestato maggiore attenzione al setting assistenziale, alla presenza dei familiari e ai modi della comunicazione, mentre i professionisti hanno messo più in evidenza il carico emotivo del lavoro palliativo, la sostenibilità della pratica e il supporto tra colleghi. I risultati suggeriscono che attività di questo tipo possano costituire un valido punto di ingresso per introdurre le cure palliative nella formazione fisioterapica, soprattutto se inserite in percorsi curriculari più ampi strutturati.

Parole chiave: cure palliative, didattica attiva, formazione in fisioterapia, educazione interprofessionale.

Credit author statement

Aldana Paola Ercolano: Conceptualization, Methodology, Investigation, Data curation, Formal analysis, Writing – original draft. Sabrina Galvan: Conceptualization, Supervision, Writing – review & editing. Antonio Quinci: Investigation, Writing – review & editing. Veronica Macchi: Supervision, Writing – review & editing.

1. Introduzione

Le Cure Palliative (CP) sono definite come “un approccio terapeutico che mira a migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie che affrontano problemi associati a malattie potenzialmente letali, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza mediante l’identificazione precoce, la corretta valutazione e il trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali” (World Health Organization, 2020). In Italia, la prevalenza di pazienti adulti con bisogni di CP è stimata tra 524.000 e 733.000, mentre circa 293.000 persone ogni anno richiedono Cure Palliative nell’ultimo periodo di vita (Peruselli et al., 2019). La Legge n. 38 del 15 marzo 2010 garantisce il diritto alle CP per i pazienti con malattie cronic-evolutive prive di terapie efficaci e, all’articolo 8, richiama esplicitamente la necessità di percorsi formativi dedicati (Italia, 2010).

La formazione in cure palliative richiede livelli differenziati di competenza: una preparazione di base per tutti i professionisti sanitari, una formazione intermedia per chi assiste abitualmente persone con malattie cronic-evolutive o a prognosi limitata, e una formazione specialistica per chi opera nei servizi dedicati o svolge attività di insegnamento e ricerca. In questo quadro, infermieri e fisioterapisti sono figure particolarmente rilevanti, sia per l’integrazione precoce dei principi palliativi nella pratica clinica, sia per il contributo specifico che possono offrire nei percorsi assistenziali complessi (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance & World Health Organization, 2020; Elsner et al., 2009; Ministero della Salute & Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, 2017; Ministero della Salute, 2018). La letteratura internazionale documenta inoltre l’inserimento di contenuti di cure palliative nei curricula universitari in diversi contesti, soprattutto nei corsi di infermieristica e, più recentemente, anche in ambito fisioterapico e nelle altre professioni sanitarie e riabilitative (Ferrell et al., 2018; Rietze et al., 2018; Vallés Martínez & García Salvador, 2013; Youssef et al., 2015; Gillan et al., 2014; Veqar, 2016).

L’inserimento di contenuti di cure palliative nei curricula, però, non esaurisce il problema formativo. La pratica palliativa si svolge infatti in contesti ad alta complessità clinica, relazionale, organizzativa ed emotiva. Alcuni studi mostrano che il benessere dei professionisti è influenzato anche dal supporto del team, dalla gestione dei conflitti e dalle condizioni di lavoro; allo stesso tempo, la letteratura sull’implementazione richiama la necessità di considerare questi interventi come il risultato di processi collettivi, e non solo individuali. Resta inoltre centrale la dimensione culturale della cura, che incide sulla possibilità di costruire una presa in carico realmente centrata sulla persona. Per questo, la formazione universitaria non può fermarsi ai contenuti disciplinari. Deve anche mettere gli studenti nelle condizioni di misurarsi, fin dall’inizio, con il lavoro d’équipe, con la fatica emotiva della pratica e con la dimensione culturale della cura (Martins Pereira et al., 2016; Rycroft-Malone et al., 2016; Meredith, 2010).

Nel contesto italiano, nel 2018 il Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca ha raccomandato l’integrazione delle Cure Palliative nei piani didattici dei Corsi di Laurea in Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Fisioterapia e Terapia Occupazionale (Ministero della Salute, 2018). Una survey nazionale ha mostrato che il 43% dei Corsi di Laurea aveva già inserito gli obiettivi formativi in Cure Palliative a partire dall’A.A. 2018/2019, mentre il 25% prevedeva di farlo entro l’anno successivo. La stessa indagine ha rilevato che il 58% dei corsi aveva già incluso tali insegnamenti nei piani di studio, sebbene in modo disomogeneo sul territorio nazionale, con una maggiore presenza nel Nord Italia. Tra le modalità didattiche più utilizzate figurano lezioni frontali, discussioni di casi e uso di filmati; seminari e discussioni di gruppo risultano invece meno frequenti e, nel Corso di Laurea in Fisioterapia, sostanzialmente assenti (De Marinis et al., 2021).

Non è sufficiente documentare se le cure palliative siano presenti o meno nei curricula universitari; è rilevante anche comprendere come vengano introdotte e quali processi formativi attivino negli studenti. In particolare, attività basate su stimolo narrativo, discussione in piccolo gruppo, confronto tra prospettive diverse e debriefing possono offrire elementi utili per osservare quali aspetti della cura vengano riconosciuti come centrali, quali domande emergano e quali aree risultino ancora poco tematizzate. In questa prospettiva, il seminario descritto viene considerato non solo come attività didattica, ma anche come occasione per esplorare i temi formativi che le cure palliative rendono visibili nella formazione universitaria.

A partire da questa impostazione, il presente contributo assume il seminario come caso di studio esplorativo e si concentra su tre domande: (1) quali dimensioni formative delle cure palliative emergono dalle discussioni attivate dal dispositivo; (2) come si differenziano gli sguardi di studenti e professionisti; (3)

quali indicazioni tali differenze offrono per progettare l'introduzione delle cure palliative nella formazione universitaria in fisioterapia. L'obiettivo non è verificare l'efficacia del seminario in senso stretto, ma descrivere quali apprendimenti, priorità discorsive e possibili implicazioni curriculari esso renda visibili.

In questa prospettiva, l'introduzione delle cure palliative nella formazione iniziale delle professioni sanitarie non può essere intesa come semplice aggiunta di contenuti clinici a un curriculum già definito. Le cure palliative chiamano infatti in causa competenze che attraversano conoscenze disciplinari, comunicazione, lavoro d'équipe, relazione con la famiglia, gestione dell'incertezza e capacità riflessiva di fronte alla sofferenza e alla fine della vita (Ministero della Salute, 2018; Kirkpatrick et al., 2023). La letteratura mostra inoltre che, pur a fronte di un riconoscimento crescente della loro rilevanza formativa, l'inserimento delle cure palliative nei curricula universitari resta disomogeneo e spesso affidato a modalità didattiche tradizionali o episodiche (De Marinis et al., 2021). In questo quadro, dispositivi basati su stimoli narrativi e audiovisivi, discussione in piccolo gruppo e debriefing possono risultare particolarmente utili, perché favoriscono riflessione guidata, assunzione di prospettiva ed elaborazione condivisa di temi complessi che nella didattica trasmissiva tendono a restare sullo sfondo (Rueb et al., 2024; Piqué-Buisan et al., 2024). Il seminario descritto in questo contributo si colloca entro questa cornice ed è stato quindi assunto non solo come esperienza didattica, ma come occasione per esplorare quali dimensioni formative delle cure palliative emergano quando studenti e professionisti sono posti di fronte allo stesso stimolo narrativo.

2. Materiali e metodi

Il contributo prende in esame un'esperienza di innovazione didattica e analizza, con un approccio qualitativo descrittivo-esplorativo, i contenuti emersi nelle discussioni di gruppo e nella plenaria finale.

Nell'A.A. 2023/2024 è stato organizzato un seminario online tramite piattaforma Zoom. Sono stati invitati via e-mail gli studenti del II e III anno del Corso di Laurea in Fisioterapia delle diverse sedi universitarie, insieme a docenti, tutor, guide di tirocinio e professionisti operanti nell'ambito delle cure palliative. Il seminario è stato riconosciuto dal Corso di Laurea come attività di tirocinio formativo. Hanno preso parte all'attività 58 persone: 34 studenti e 24 professionisti. Tra gli studenti, 7 erano uomini e 27 donne; tra i professionisti, 2 uomini e 22 donne. Di seguito si descrivono i passaggi dell'attività e i metodi impiegati.

Disegno e articolazione del seminario

Stimolo audiovisivo: docufilm "Quando sei con me"

Il seminario si è aperto con la visione del docufilm *Quando sei con me* (documentario di osservazione, durata 62 minuti, regia di Andrés Testa Herranz), girato presso l'hospice milanese Casa VIDAS. Il film documenta scene di cura quotidiana all'interno dell'hospice e rende visibili, in una prospettiva non didascalica ma osservativa, alcuni nuclei centrali delle cure palliative: la presenza dei familiari, la relazione con il paziente, l'atmosfera del contesto assistenziale, il lavoro d'équipe e l'accompagnamento nella fase finale della vita.

Il materiale audiovisivo è stato selezionato come stimolo narrativo iniziale perché capace di offrire ai partecipanti un accesso concreto e situato a temi complessi che, soprattutto nella formazione iniziale, rischiano altrimenti di restare astratti o trattati in forma esclusivamente teorica. In particolare, la scelta del docufilm è risultata coerente con l'obiettivo del seminario di far emergere, attraverso discussione e debriefing, quali dimensioni formative delle cure palliative vengano maggiormente riconosciute da studenti e professionisti quando sono esposti allo stesso oggetto narrativo. La scelta si colloca inoltre nel quadro della letteratura sulla *cinemeducation* e sull'uso di film e serie nella formazione medica, che attribuisce particolare rilievo alla discussione guidata successiva alla visione (Fondazione VIDAS, n.d.; Rueb et al., 2024; Piqué-Buisan et al., 2024).

Organizzazione del workshop in sale virtuali

Al termine della visione, i partecipanti sono stati suddivisi in sette stanze virtuali (*breakout rooms*) su Zoom: cinque gruppi di studenti e due gruppi di professionisti. Questa scelta aveva lo scopo di favorire, in una prima fase, il confronto tra pari e, successivamente, il dialogo tra prospettive diverse. Ogni gruppo ha lavorato per 30 minuti con il supporto di un facilitatore, seguendo una traccia comune che definiva domande guida, tempi e prodotto atteso. L'organizzazione delle sale è stata coerente con le indicazioni presenti in letteratura sull'*online synchronous small group learning*, che sottolineano l'importanza di consegne chiare, ruoli definiti, tempi scanditi e restituzione finale (Sneddon et al., 2021). La traccia operativa per i facilitatori è riportata in Appendice A.

Brainstorming e generazione delle domande

Per rendere gli output dei gruppi confrontabili e limitare una discussione troppo dispersiva, il lavoro è stato articolato in due fasi.

Nella prima fase, di tipo divergente, i gruppi hanno discusso a partire da prompt comuni:

– Studenti: “Cosa ti ha colpito del video?” e “Quali caratteristiche della cura in hospice emergono con più evidenza?”

– Professionisti: “Quali messaggi/elementi vorresti che colpissero uno studente?” e “Quali aspetti ritieni essenziali per comprendere il ruolo del fisioterapista nelle cure palliative?”

Nella seconda fase, i gruppi sono stati chiamati a sintetizzare e prioritizzare i contenuti emersi: ciascun gruppo di studenti ha individuato tre aspetti ritenuti prioritari e ha formulato tre domande emerse dalla visione; ciascun gruppo di professionisti ha sintetizzato i punti considerati fondamentali e le priorità formative attese. La richiesta di produrre domande, oltre a commenti e osservazioni, si richiama agli approcci di question generation utilizzati in ambito universitario per sostenere inquiry, creatività e collaborazione (Summers et al., 2024).

Plenaria e debriefing

Nella plenaria finale, i gruppi hanno presentato in forma sintetica il proprio lavoro: prima i gruppi di studenti, poi quelli dei professionisti. Questa fase ha svolto una funzione di *debriefing*, permettendo di mettere a confronto convergenze e differenze tra le prospettive emerse, di richiamare implicazioni relative alle competenze comunicative, al lavoro d'*équipe* e alla gestione della dimensione emotiva, e di collegare quanto discusso ad alcuni nodi formativi delle cure palliative. La sequenza visione – discussione in piccoli gruppi – restituzione in plenaria è coerente con modelli di *cinemeducation* che attribuiscono alla discussione guidata un ruolo centrale nell'apprendimento riflessivo e nell'assunzione di prospettiva (Rueb et al., 2024; Piqué-Buisan et al., 2024).

Documentazione delle discussioni

Non sono state effettuate registrazioni audio o video. Durante il lavoro nelle *breakout rooms* e nella successiva plenaria, due professioniste hanno raccolto appunti in modo indipendente sui contenuti presentati dai gruppi e sugli scambi emersi nella discussione. Le due rilevatrici/notetaker erano fisioterapiste impegnate a tempo pieno nelle cure palliative specialistiche, esterne sia all'Università sia all'Azienda sanitaria coinvolte nell'iniziativa, e hanno partecipato a titolo gratuito come supporto esterno alla conduzione dei gruppi. Questa scelta è stata adottata per distinguere la funzione di facilitazione da quella di documentazione.

Gli appunti sono stati raccolti in forma anonima, aggregata e non identificativa. In un secondo momento, le due versioni sono state confrontate e integrate in un unico documento di sintesi attraverso una procedura standardizzata: confronto delle schede per ciascuna room, unificazione delle parole-chiave, accordo su priorità e domande/messaggi, redazione di una sintesi finale e conservazione delle versioni originarie come traccia interna. La scheda operativa e la procedura di integrazione Notetaker 1–2 sono riportate in Appendice B. L'assegnazione preventiva dei ruoli (facilitatore, notetaker, portavoce) e la presenza di una

funzione dedicata alla tracciabilità della discussione sono coerenti con le raccomandazioni metodologiche relative alle discussioni sincrone online (Lander et al., 2023).

Analisi tematica descrittiva dei contenuti

Il documento di sintesi ottenuto dall'integrazione degli appunti delle due notetaker ha costituito il corpus testuale dell'analisi. Su questo materiale è stata condotta un'analisi tematica descrittiva, finalizzata a individuare nuclei di significato ricorrenti, elementi di convergenza e differenze tra i contributi dei gruppi di studenti e quelli dei professionisti. L'analisi è stata svolta da due ricercatrici coinvolte nella progettazione dell'attività e nella stesura del contributo. Il lavoro è proceduto attraverso letture ripetute del documento, una prima codifica dei contenuti ritenuti rilevanti e una successiva aggregazione dei codici in temi condivisi. I temi preliminari sono stati poi discussi e progressivamente ridefiniti fino al raggiungimento di un accordo interpretativo. In tutte le fasi si è cercato di mantenere trasparente il processo analitico e tracciabili le decisioni assunte. Nel contesto della ricerca educativa, questo tipo di approccio risulta utile per organizzare in modo sistematico dati testuali derivati da discussioni di gruppo e pratiche riflessive (Braun & Clarke, 2006; Nowell et al., 2017; Xu & Zammit, 2020).

Cornice didattica ed aspetti etici

L'attività è stata progettata secondo un'impostazione di didattica attiva e apprendimento collaborativo, combinando uno stimolo audiovisivo con una discussione guidata in piccoli gruppi e una successiva rielaborazione in plenaria. La costruzione del dispositivo si è basata sull'idea che l'apprendimento di contenuti complessi nelle professioni sanitarie richieda modalità capaci di sostenere partecipazione attiva, riflessione guidata, confronto tra pari e assunzione di prospettiva, in coerenza con la letteratura sull'active learning, sull'apprendimento collaborativo e sulla formazione attraverso il cinema e la narrazione audiovisiva nelle health professions education (Sneddon et al., 2021; Summers et al., 2024; Lander et al., 2023; Hew & Lo, 2018; Zhang & Cui, 2018; Freeman et al., 2014; Rueb et al., 2024; Piqué-Buisan et al., 2024). In questa prospettiva, il docufilm ha funzionato come stimolo narrativo iniziale, utile ad attivare processi osservativi ed emotivo-riflessivi; il lavoro in piccolo gruppo ha favorito la verbalizzazione, la negoziazione e la selezione dei significati; la plenaria ha offerto uno spazio di rielaborazione collettiva e di confronto tra prospettive diverse, con particolare attenzione a temi rilevanti per la formazione del fisioterapista, quali il lavoro d'équipe, la comunicazione e la presa in carico centrata sulla persona e sulla famiglia. Il dispositivo è stato inoltre progettato per favorire il confronto tra lo sguardo degli studenti e quello dei professionisti, anche in relazione ai principi dell'apprendimento interprofessionale (World Health Organization, 2010; Kirkpatrick et al., 2023).

Aspetti etici e riservatezza

L'attività descritta rientrava nelle ordinarie attività formative del corso. La partecipazione alle discussioni era volontaria. Non sono stati raccolti dati clinici né dati personali identificativi e non sono state effettuate registrazioni audio o video. I contenuti riportati nel presente contributo sono stati trattati e presentati in forma aggregata e anonima, così da ridurre il rischio di riconoscibilità dei partecipanti.

3. Risultati

Al seminario hanno partecipato complessivamente 58 persone: 34 studenti e 24 professionisti. Tra gli studenti, 7 erano uomini e 27 donne; tra i professionisti, 2 uomini e 22 donne. Gli studenti provenivano dal II e III anno dei corsi di laurea di Fisioterapia.

3.1 Temi emersi dall'analisi

Dall'analisi delle note integrate emergono tre elementi comuni ai gruppi di studenti e ai gruppi di professionisti: la centralità della persona e della famiglia nel percorso di cura, il valore del lavoro d'équipe e della presa in carico multidisciplinare, e l'importanza della dimensione relazionale e comunicativa. Accanto a questi aspetti condivisi, i due gruppi hanno però posto l'attenzione su elementi diversi.

Gli studenti si sono soffermati soprattutto sul contesto assistenziale, sulla presenza dei familiari e sul modo in cui si comunica con il paziente e con la famiglia. I professionisti, invece, hanno richiamato più spesso il carico emotivo del lavoro in cure palliative, il bisogno di supporto reciproco tra colleghi e il ruolo dell'équipe come condizione concreta per sostenere la complessità assistenziale. La Tabella 1 riassume le aree tematiche emerse e mette in evidenza, per ciascuna, gli aspetti più presenti nei due gruppi.

3.2 Temi comuni ai due gruppi

Uno degli aspetti che compare con maggiore continuità riguarda la centralità della persona e della famiglia. In entrambi i gruppi, le cure palliative non vengono lette come un insieme di interventi rivolti soltanto al paziente, ma come una presa in cura che coinvolge anche chi gli è accanto. Nelle note relative agli studenti compaiono richiami alla possibilità per i familiari di restare vicini al paziente, alla necessità di spazi che li accolgano e alla loro presenza lungo il percorso assistenziale. Nei contributi dei professionisti, lo stesso tema assume una formulazione un po' diversa: l'accento cade maggiormente sull'ascolto dei bisogni del paziente e dei familiari, sull'attenzione ai valori della persona e sulla presa in cura dell'intero nucleo. Un altro elemento comune riguarda il lavoro d'équipe. Sia gli studenti sia i professionisti riconoscono il carattere multidisciplinare delle cure palliative e l'importanza del confronto tra figure professionali diverse. Nei gruppi di studenti questo aspetto appare soprattutto legato a ciò che si osserva nel setting: il coordinamento tra professionisti, la collaborazione, la presenza di più competenze che concorrono alla presa in carico. Nei gruppi di professionisti, invece, l'équipe viene richiamata in modo più netto come condizione necessaria per rendere possibile il lavoro palliativo specialistico e per reggere la complessità clinica ed emotiva delle situazioni. Anche la dimensione relazionale e comunicativa attraversa entrambi i gruppi. Nelle note ritornano riferimenti all'ascolto, alla qualità della comunicazione, al peso delle parole e alla necessità di costruire una relazione capace di tenere insieme vicinanza, realismo e rispetto della persona. Questo punto compare sia quando si parla del rapporto con il paziente e con la famiglia, sia quando si richiama la postura professionale richiesta nella cura.

3.3 Differenze tra studenti e professionisti

Aspetti messi più in evidenza dagli studenti

Nei gruppi di studenti colpisce soprattutto l'attenzione al contesto di cura. Nelle note ricorrono osservazioni sulla riservatezza della persona, sulla possibilità di condividere spazi comuni, sulla presenza di elementi percepiti come accoglienti e su un ambiente descritto come meno impersonale di quello ospedaliero. Il setting non appare quindi come semplice sfondo, ma come parte dell'esperienza di cura.

Un altro punto molto presente riguarda la famiglia. Gli studenti richiamano più volte la possibilità per i familiari di stare accanto al paziente, di sostare nella stanza e di partecipare in modo continuativo al percorso assistenziale. La famiglia viene letta soprattutto nella sua presenza concreta e visibile nel contesto di cura, più che come categoria astratta.

Compare inoltre con una certa insistenza il tema della comunicazione. Nelle note degli studenti si trovano domande e osservazioni su come parlare con il paziente e con i familiari, su quanta informazione condividere e su come mantenere un equilibrio tra speranza e realismo. In diversi passaggi emerge l'attenzione a non usare parole percepite come ingannevoli, troppo rassicuranti o poco autentiche. Nel complesso, i gruppi di studenti sembrano avvicinarsi al tema delle cure palliative soprattutto attraverso ciò che è più immediatamente osservabile nella relazione, nel contesto e nelle forme della comunicazione.

3.4 Aspetti messi più in evidenza dai professionisti

Tra i professionisti compare con più insistenza il tema del carico emotivo del lavoro in cure palliative. Nelle note ricorrono richiami alla fatica connessa all'esperienza assistenziale, alla necessità di non sostenere da soli il peso di alcune situazioni e al bisogno di potersi confrontare con altri colleghi. Questo aspetto non viene evocato in termini generici, ma come parte ordinaria del lavoro quotidiano.

Strettamente legato a questo punto è il tema del supporto tra colleghi e della funzione dell'équipe. Nei contributi dei professionisti, il lavoro d'équipe non coincide solo con il coordinamento tra ruoli, ma viene presentato come una condizione concreta che rende possibile la cura: nelle note emergono infatti riferimenti al confronto tra colleghi, al sostegno reciproco e alla necessità di non restare isolati di fronte alle situazioni più complesse.

Nei gruppi di professionisti emerge anche il tema dell'accompagnamento nella fase finale della vita. Le note richiamano il significato del preservare la qualità della vita e della morte, dell'accompagnare il processo di perdita e del mantenere una presenza competente anche nelle fasi di maggiore fragilità. Qui l'attenzione si sposta meno sugli aspetti materiali del setting e più sulla responsabilità professionale richiesta nella cura del fine vita.

3.5 Sintesi dei risultati

Nel complesso, i risultati suggeriscono che il seminario abbia fatto emergere modi diversi di guardare allo stesso tema. Gli studenti si soffermano soprattutto su ciò che rende visibile la cura: il contesto, la presenza della famiglia, il tono della comunicazione, l'atmosfera relazionale. I professionisti, pur condividendo questi elementi, insistono maggiormente su ciò che rende sostenibile la pratica: il lavoro d'équipe, la condivisione del carico emotivo e la tenuta professionale richiesta nelle situazioni di fine vita. Più che restituire due visioni contrapposte, le discussioni mostrano due punti di osservazione diversi, che il seminario ha reso comparabili.

Area tematica	Elementi emersi nelle note	Aspetti più presenti nei gruppi di studenti	Aspetti più presenti nei gruppi di professionisti
Centralità della persona e della famiglia	Presa in cura globale, presenza dei familiari, ascolto dei bisogni del paziente e delle persone care	Presenza costante dei familiari, necessità di spazi dedicati, partecipazione della famiglia al percorso assistenziale	Ascolto dei bisogni del paziente e dei familiari, attenzione ai valori della persona, presa in cura dell'intero nucleo
Lavoro d'équipe e multidisciplinarietà	Confronto tra professionisti, coordinamento dei ruoli, presa in carico condivisa	Maggiore attenzione alla collaborazione osservabile nel setting e al coordinamento tra figure professionali	Maggiore attenzione all'équipe come condizione indispensabile per sostenere la complessità clinica ed emotiva
Dimensione relazionale e comunicativa	Ascolto, qualità della comunicazione, peso delle parole, relazione con paziente e famiglia	Attenzione al modo di comunicare, all'equilibrio tra speranza e realismo, agli effetti relazionali del contesto	Attenzione alla qualità della presenza professionale, al sostegno reciproco e alla gestione relazionale della fase finale della vita
Contesto di cura e setting assistenziale	Riservatezza, spazi comuni, ambiente accogliente, elementi non strettamente ospedalieri	Tema particolarmente evidente; il setting è letto come parte della cura	Minore attenzione agli aspetti materiali del setting, maggiore enfasi sugli aspetti organizzativi e professionali
Carico emotivo e sostenibilità del lavoro di cura	Fatica emotiva, bisogno di condivisione, rischio di isolamento, necessità di supporto	Tema meno esplicitato, ma presente nella percezione della disponibilità emotiva del personale	Tema centrale; enfasi sul supporto tra colleghi e sulla condivisione del carico emotivo
Accompagnamento nella fase finale della vita	Qualità della vita e della morte, perdita, fragilità, presenza professionale competente	Attenzione al ruolo della famiglia e del contesto nella fase terminale	Richiamo esplicito all'accompagnamento nella perdita e alla competenza professionale nelle fasi di maggiore fragilità

Tab.1: Aree tematiche emerse dall'analisi delle discussioni

Nota. Gli elementi riportati nella tabella costituiscono parafrasi analitiche derivate dalle note integrate delle due *notetaker* e non trascrizioni *verbatim*

4. Discussione

I risultati non dicono soltanto che il seminario ha favorito il confronto su temi rilevanti delle cure palliative. Mostrano, più precisamente, che un dispositivo breve, online e centrato sulla discussione può produrre materiali utili per capire dove si colloca l'attenzione dei partecipanti quando entrano in contatto con questo ambito. Nei due gruppi ricorrono la centralità della persona e della famiglia, il lavoro d'*équipe* e la dimensione relazionale della cura; cambiano però le focalizzazioni. Gli studenti si fermano più spesso su *setting*, famiglia e comunicazione, mentre i professionisti insistono su carico emotivo, supporto tra colleghi e sostenibilità della pratica. Il punto interessante, quindi, non è solo la fattibilità del seminario, ma il fatto che il dispositivo renda confrontabili livelli diversi di esperienza professionale.

L'uso di un docufilm come stimolo narrativo, seguito da una discussione strutturata, è coerente con la letteratura sulla formazione attraverso il cinema, che mette in evidenza il valore della riflessione guidata, dell'elaborazione emotiva e dell'assunzione di prospettiva nella costruzione dell'apprendimento (Rueb et al., 2024; Piqué-Buisan et al., 2024). Allo stesso modo, la combinazione tra lavoro in piccolo gruppo, confronto tra pari e restituzione in plenaria si colloca nel quadro degli approcci di apprendimento attivo, che associano metodologie partecipative e collaborative a esiti formativi più favorevoli rispetto a modalità esclusivamente trasmissive (Hew & Lo, 2018; Freeman et al., 2014; Prince, 2004).

Il punto non è quindi stabilire se il seminario "funzioni", ma capire che cosa fa affiorare quando studenti e professionisti sono messi di fronte allo stesso oggetto narrativo.

Il dato più utile, in termini di ricerca educativa, è la differenza tra ciò che studenti e professionisti mettono a fuoco guardando lo stesso materiale. Gli studenti tendono a nominare ciò che vedono subito: l'ambiente, la presenza dei familiari, il tono della comunicazione, la qualità della relazione. I professionisti leggono invece la stessa scena a partire da ciò che regge il lavoro nel tempo: il contenimento del carico emotivo, il confronto con i colleghi, la tenuta dell'*équipe* nelle situazioni complesse. Questa distanza non segnala due letture incompatibili; segnala piuttosto una progressione possibile dell'apprendimento. I dati suggeriscono infatti che un accesso iniziale di tipo osservativo e narrativo possa essere un buon punto di ingresso, purché sia seguito da attività che aiutino a rielaborare i nodi meno immediati: comunicazione difficile, lavoro interprofessionale, incertezza clinica, tutela di sé sul piano emotivo. In questo quadro, il riferimento al burnout non serve solo a descrivere una criticità del campo, ma a giustificare la necessità di includere questi aspetti nella progettazione formativa (Martins Pereira et al., 2016).

In questa prospettiva, le differenze emerse tra i due gruppi permettono di formulare anche alcune indicazioni sui fabbisogni formativi dei discenti. L'attenzione prevalente degli studenti verso *setting*, presenza della famiglia e modalità della comunicazione suggerisce infatti un accesso iniziale alle cure palliative soprattutto attraverso ciò che è immediatamente visibile nella scena di cura. Questo dato appare formativamente rilevante perché segnala, da un lato, la sensibilità degli studenti verso la dimensione relazionale e contestuale dell'assistenza; dall'altro, mette in evidenza aree che richiedono una successiva elaborazione didattica più esplicita. Tra queste rientrano la comprensione della famiglia come soggetto della presa in carico e non solo come presenza nel *setting*, lo sviluppo di competenze comunicative più avanzate, la lettura del lavoro d'*équipe* come pratica interprofessionale concreta, la preparazione alla dimensione emotiva del lavoro di cura e l'accompagnamento nella fase finale della vita come responsabilità professionale. Più che indicare una carenza, questi elementi sembrano descrivere una progressione plausibile dell'apprendimento, utile per orientare la progettazione curricolare.

La plenaria aggiunge un secondo elemento interessante. Non ha funzionato solo come restituzione finale, ma come momento in cui gli studenti hanno potuto confrontare il proprio sguardo con quello di professionisti già immersi nella pratica. Da questo punto di vista, il seminario ha reso l'interprofessionalità meno astratta: non come valore dichiarato o formula organizzativa, ma come modo concreto di leggere i problemi di cura e di distribuire il peso decisionale ed emotivo del lavoro. È qui che il dispositivo si avvicina ai principi dell'apprendimento interprofessionale, inteso come apprendere con, da e sugli altri (World Health Organization, 2010; Kirkpatrick et al., 2023; Bradway et al., 2018). Nel contesto italiano questo punto acquista ulteriore rilievo perché si colloca dentro una cornice normativa e professionale che attribuisce alle università una responsabilità esplicita nella diffusione delle competenze palliative di base (Italia, 2010; Ministero della Salute, 2018; Associazione Italiana di Fisioterapia, 2011).

Sul piano curricolare, i dati portano a una conclusione abbastanza precisa: un'attività di questo tipo

sembra funzionare meglio come soglia d'ingresso che come dispositivo esaustivo. Non serve soprattutto a trasmettere contenuti specialistici, ma a far emergere oggetti di apprendimento che spesso restano sullo sfondo nella didattica più trasmissiva: la famiglia come parte della cura, la qualità della comunicazione, il lavoro d'équipe, il costo emotivo della pratica. Proprio per questo il suo valore dipende da ciò che viene dopo. Inserito da solo rischia di restare un'esperienza intensa ma isolata; collocato invece dentro una sequenza più ampia può preparare il terreno per casi clinici, simulazione, feedback strutturato e attività mirate sulle competenze comunicative e interprofessionali.

La rilevanza di integrare le cure palliative nei curricula è sostenuta anche dall'evoluzione del bisogno di popolazione. La letteratura internazionale segnala infatti un aumento della sofferenza grave correlata alla salute nei prossimi decenni, non limitato all'oncologia ma esteso anche a condizioni croniche non oncologiche (Sleeman et al., 2019; Gómez-Batiste et al., 2012). In questo quadro, la prospettiva riabilitativa assume un ruolo crescente, come richiamato anche dai documenti recenti dell'OMS Europa sull'integrazione della riabilitazione nella presa in carico palliativa (World Health Organization Regional Office for Europe, 2023).

Infine, l'esperienza richiama anche un tema organizzativo. La trasferibilità di iniziative di questo tipo non dipende solo dalla qualità del dispositivo didattico, ma anche dalle condizioni che ne rendono possibile l'attuazione: disponibilità di facilitatori, coordinamento tra corso di laurea e servizi, tempi dedicati e spazi di governo didattico. In questo senso, la letteratura sull'implementazione aiuta a leggere questi interventi non come azioni isolate, ma come esito di un lavoro collettivo che coinvolge più attori e più livelli dell'organizzazione formativa (Rycroft-Malone et al., 2016).

5. Limiti

Il presente contributo ha natura descrittiva ed è basato su note integrate, in assenza di registrazioni audio o video. Questo comporta una possibile perdita di dettaglio e una certa selettività nella restituzione dei contenuti emersi, anche se tali aspetti sono stati in parte contenuti dalla presenza di due rilevatrici indipendenti (*notetaker*) e da una procedura standardizzata di integrazione delle note. L'assenza di trascrizioni verbatim non consente inoltre di analizzare in modo più fine le formulazioni discorsive dei partecipanti e le dinamiche conversazionali dei gruppi.

Un secondo limite riguarda la partecipazione volontaria e il riferimento a un singolo contesto universitario, che rendono prudente ogni considerazione sulla trasferibilità dell'esperienza. Infine, l'assenza di misure pre-post non permette di stimare l'impatto dell'intervento su esiti di apprendimento quali conoscenze, atteggiamenti o percezione di autoefficacia (*self-efficacy*). Per questa ragione, il contributo documenta soprattutto ciò che il seminario ha fatto emergere sul piano delle discussioni, più che i suoi effetti in senso stretto.

6. Prospettive future

Una prima linea di sviluppo riguarda una maggiore integrazione dell'intervento nel *curriculum*. I risultati suggeriscono infatti l'utilità di collocare questo tipo di esperienza all'interno di un percorso più longitudinale, in cui il primo accesso al tema, mediato da un dispositivo narrativo-riflessivo, sia seguito da attività più mirate sul piano delle competenze, come discussione di casi, simulazione, decisione condivisa e lavoro di *équipe*. In questa prospettiva, appare rilevante costruire una progressione formativa che, a partire dall'attenzione al contesto assistenziale e alla relazione, accompagni gli studenti verso aspetti più avanzati della pratica professionale (Ten Cate & Hoff, 2017).

Una seconda linea di sviluppo riguarda la valutazione degli esiti formativi. In una prospettiva di ricerca educativa, sarebbe utile affiancare alla documentazione qualitativa dell'esperienza un impianto valutativo più esplicito. Studi successivi potrebbero integrare misure pre-post relative a conoscenze, atteggiamenti, autoefficacia percepita, disponibilità al lavoro interprofessionale e qualità della riflessione prodotta dagli studenti. Questo permetterebbe di passare da una documentazione prevalentemente descrittiva dell'esperienza a una valutazione più solida del suo contributo formativo.

7. Conclusioni

Questo contributo non consente di dire se il seminario sia stato efficace in senso stretto. Consente però di mostrare che un dispositivo breve, basato su docufilm, discussione guidata e *debriefing*, può far emergere con chiarezza alcuni nuclei formativi spesso marginali nella formazione iniziale: il rapporto con la famiglia, il lavoro d'*équipe*, la comunicazione e la dimensione emotiva della cura. Da questo punto di vista, il valore del seminario non sta solo nell'aver introdotto un tema complesso, ma nell'aver prodotto un'occasione analitica per osservare come studenti e professionisti attribuiscono importanza a elementi diversi della stessa pratica.

Per la formazione delle professioni riabilitative, il dato più utile è che l'ingresso alle cure palliative non può essere pensato solo come aggiunta di contenuti. Va progettato anche come progressione didattica: prima dispositivi che aiutano a vedere e nominare la complessità della cura, poi attività che sostengono l'elaborazione di competenze più specifiche e valutabili. In questa prospettiva, il seminario descritto qui può essere considerato un primo segmento di *curriculum*. Il passo successivo, sul piano della ricerca, è verificare con strumenti più robusti quali apprendimenti produce, per chi e a quali condizioni.

Bibliografia

- Associazione Italiana di Fisioterapia. (2011). *Codice deontologico del fisioterapista*. <https://aifi.net/professione/codice-deontologico/>
- Bradway, C., Cotter, V. T., Darrah, N. J., Gibbs, V. D., Hadley, D., Kim, E. H., LaMarra, D., Packel, L., & Westcott, A. M. (2018). *An interprofessional education simulation workshop: Health professions learning palliative care communication*. *Journal of Nursing Education*, 57(8), 493–497. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180720-08>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- De Marinis, M. G., Facchinetti, G., Lommi, M., & Saiani, L. (2021). Le cure palliative nei corsi di laurea delle professioni sanitarie. *Medicina e Chirurgia – Journal of Italian Medical Education*, 86, 3826–3833.
- Elsner, F., Centeno, C., Cetto, G., De Conno, F., Ellershaw, J., Eychmüller, S., Filbet, M., Larkin, P., & Mason, S. (2009). Recommendations of the EAPC for the development of postgraduate curricula leading to certification in palliative medicine. *European Association for Palliative Care*.
- Ferrell, B., Mazanec, P., Malloy, P., & Virani, R. (2018). An innovative End-of-Life Nursing Education Consortium curriculum that prepares nursing students to provide primary palliative care. *Nurse Educator*, 43(5), 242–246. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000497>
- Fondazione VIDAS. (n.d.). Quando sei con me, il film documentario realizzato all'interno di Casa VIDAS. <https://www.vidas.it/formazione-cultura/progetto-giovani-film/>
- Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(23), 8410–8415. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111>
- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2014). End-of-life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34(3), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.009>
- Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Espinosa, J., Contel, J. C., & Ledesma, A. (2012). Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: A community-oriented, population-based, public-health approach. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6(3), 371–378. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328356aaed>
- Hew, K. F., & Lo, C. K. (2018). Flipped classroom improves student learning in health professions education: A meta-analysis. *BMC Medical Education*, 18, 38. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1144-z>
- Italia. (2010). Legge 15 marzo 2010, n. 38: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 65. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/03/19/010G0056/sg>
- Kirkpatrick, A. J., Donesky, D., & Kitko, L. A. (2023). A systematic review of interprofessional palliative care education programs. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(5), e439–e466. <https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2023.01.022>
- Lander, J., Altawil, H., Dilger, E.-M., Bruett, A. L., Fricke, L. M., Hoekstra, D., John, C., Krauth, C., Krüger, K., Schaubert, K., von Sommoggy, J., Thiele, A., & Dierks, M.-L. (2023). Synchronous online focus groups in

- health research: Application and further development of methodology based on experiences from two mixed-methods research projects. *BMC Research Notes*, 16, 18. <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06288-0>
- Martins Pereira, S., Teixeira, C. M., Carvalho, A. S., Hernández-Marrero, P., & InPallIn. (2016). Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: Results from a nationwide comparative study. *PLOS ONE*, 11(9), e0162340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162340>
- Meredith, P. (2010). A review of cultural competence and palliative care. *Palliative Medicine*, 24(3), 201–203.
- Ministero della Salute. (2018). Insegnamento delle cure palliative e della terapia del dolore: Relazione del Tavolo tecnico istituito presso la Sezione O del Tavolo tecnico sanitario.
- Ministero della Salute, & Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. (2017). Tavolo misto per l'individuazione dei criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di cui all'articolo 8, comma 1, della Legge 15 marzo 2010, n. 38. Ministero della Salute.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Peruselli, C., Manfredini, L., Piccione, T., Moroni, L., & Orsi, L. (2019). Il bisogno di cure palliative. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 21(1), 67–74. <https://doi.org/10.1726/3133.31154>
- Piqué-Buisan, J., Sorribes, E., & Cambra-Badii, I. (2024). Exploring the impact of using cinema and TV series in medical education: A systematic review. *Medicina Clínica Práctica*, 7(2), 100421. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2023.100421>
- Prince, M. (2004). Does active learning work? A review of the research. *Journal of Engineering Education*, 93(3), 223–231. <https://doi.org/10.1002/j.2168-9830.2004.tb00809.x>
- Rietze, L. L., Tschanz, C. L., & Richardson, H. R. L. (2018). Evaluating an initiative to promote entry-level competence in palliative and end-of-life care for registered nurses in Canada. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 20(6), 568–574. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000502>
- Rueb, M., Rehfuess, E. A., Siebeck, M., & Pfadenhauer, L. M. (2024). Cinemeducation: A mixed methods study on learning through reflective thinking, perspective taking and emotional narratives. *Medical Education*, 58(1), 63–92. <https://doi.org/10.1111/medu.15166>
- Rycroft-Malone, J., Burton, C. R., Wilkinson, J., Harvey, G., McCormack, B., Baker, R., Dopson, S., Graham, I., Staniszewska, S., Thompson, C., Ariss, S., Melville-Richards, L., & Williams, L. (2016). Collective action for implementation: A realist evaluation of organisational collaboration in healthcare. *Implementation Science*, 11, 17. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0380-z>
- Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883–e892. [https://doi.org/10.1016/S2214109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214109X(19)30172-X)
- Sneddon, S., Stapleton, G., & Huser, C. (2021). Twelve tips for online synchronous small group learning in medical education. *MedEdPublish*, 10(1), 76. <https://doi.org/10.15694/mep.2021.000076.1>
- Summers, M., Fernandez, J., Handy-Hart, C.-J., Kulle, S., & Flanagan, K. (2024). Undergraduate students develop questioning, creativity, and collaboration skills by using the Question Formulation Technique. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 15(2). <https://doi.org/10.5206/cjsotlracea.2024.2.15519>
- Ten Cate, O., & Hoff, R. G. (2017). From case-based to entrustment-based discussions. *The Clinical Teacher*, 14(6), 385–389. <https://doi.org/10.1111/tct.12710>
- Vallés Martínez, P., & García Salvador, I. (2013). Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Medicina Paliativa*, 20(3), 111–114. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.-2013.03.003>
- Veqar, Z. (2016). Inclusion of palliative care in Indian undergraduate physiotherapy curriculum—course guidelines and content. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 220–225. <https://doi.org/10.4103/23475625.180193>
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. <https://iris.who.int/handle/10665/70185>
- World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173>
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, & World Health Organization. (2020). Global atlas of palliative care (2nd ed.). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3
- Xu, W., & Zammit, K. (2020). Applying thematic analysis to education: A hybrid approach to interpreting data in

- practitioner research. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920918810. <https://doi.org/10.1177/1609406920918810>
- Youssef, H. A. M., Mansour, M. A. M., Al-Zahrani, S. S. M., Ayasreh, I. R. A., & Abd El-Karim, R. A. K. (2015). Prioritizing palliative care: Assess undergraduate nursing curriculum, knowledge and attitude among nurses caring end-of-life patients. *European Journal of Academic Essays*, 2(2), 90–101.
- Zhang, J., & Cui, Q. (2018). Collaborative learning in higher nursing education: A systematic review. *Journal of Professional Nursing*, 34(5), 378–388. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.07.007>

Appendice A

Traccia per facilitatori e notetaker (breakout rooms – 30 minuti)

Elemento	Indicazioni operative
Obiettivo della stanza	Studenti: produrre 3 aspetti chiave + 3 domande. Professionisti: produrre 3 messaggi/punti chiave e implicazioni per il ruolo del fisioterapista/lavoro d'équipe.
Ruoli	Facilitatore: guida la discussione e gestisce i tempi. Notetaker: annota parole-chiave/sintesi e prepara l'output. Portavoce: presenta in plenaria.
Regole	Ascolto reciproco; interventi brevi; rispetto dei turni; in brainstorming evitare giudizi.
Domande guida (studenti)	1) Cosa ti ha colpito? 2) Quali caratteristiche della cura in hospice emergono? 3) Quali domande ti ha generato la visione (ruolo/relazione/équipe)?
Domande guida (professionisti)	1) Cosa vorresti che avesse colpito gli studenti? 2) Quali punti imprescindibili? 3) Implicazioni per ruolo del fisioterapista e lavoro d'équipe?
0–5 min	Giro rapido "cosa mi ha colpito" (1 frase a testa).
5–20 min	Brainstorming divergente: raccogliere osservazioni/temi; il notetaker annota parole-chiave.
20–27 min	Raggruppare e scegliere le priorità (max 3).
27–30 min	Studenti: formulare 3 domande non sì/no e scegliere portavoce. Professionisti: definire 3 messaggi chiave e scegliere portavoce.
Output	3 priorità + 3 domande (studenti) / 3 messaggi (professionisti) + 1 frase di motivazione per ciascun punto.

Appendice B

Scheda operativa per i notetaker (presa appunti e integrazione)

Compilare la scheda durante il lavoro nelle stanze virtuali e nella successiva plenaria per ciascun gruppo; completare poi una versione integrata confrontando Notetaker 1 e Notetaker 2.

Campo	Contenuto da annotare
ID room e tipologia	Room n. __ (Studenti/Professionisti)
Parole-chiave/temi emersi	Elenco di parole-chiave (es. famiglia, setting, comunicazione, équipe, emozioni, ruolo del fisioterapista).
Priorità del gruppo (max 3)	Priorità 1: ...; Priorità 2: ...; Priorità 3: ...
Domande (studenti) / Messaggi (professionisti)	Studenti: 3 domande finali. Professionisti: 3 messaggi/punti chiave.
Esempio/nota esplicativa	1 frase di esempio o chiarimento per ciascuna priorità.
Osservazioni (opzionale)	Breve nota su convergenze/differenze o punti salienti emersi.

Procedura di integrazione Notetaker 1–2:

- (1) confronto delle due schede per room;
- (2) unificazione delle parole-chiave;
- (3) accordo sulle 3 priorità e sulle 3 domande/messaggi;
- (4) produzione della sintesi finale riportata nella Tabella 1;
- (5) archiviazione delle due versioni originali come traccia interna