



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

A.A. 2022/2023

Campus Universitario di Savona

IL SETTING E LE CARATTERISTICHE DELL'ESERCIZIO: FATTORI CONTESTUALI NEL TRATTAMENTO DELL'OSTEOARTRITE. UNO STUDIO QUALITATIVO

Candidato:

Dott.ssa FT Lucrezia Cocilio

Relatore:

Dott. FT, PhD Simone Battista

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
2. MATERIALI E METODI.....	3
2.1 Disegno di studio	3
2.2 Partecipanti e reclutamento	3
2.3 Modalità di conduzione dell'intervista.....	3
2.4 Analisi dei dati.....	5
3. RISULTATI.....	8
3.1 Tema 3: Ambiente attrezzato e ampio...ma raccolto – il setting ideale.....	10
3.2 Tema 4: KISS (keep it straight and simple) – come favorire l'aderenza all'esercizio... 	13
4. Discussione.....	16
5. Conclusioni	17
6. Bibliografia	18

ABSTRACT

Introduzione Per il trattamento dell'osteoartrite (OA), l'esercizio è considerato un intervento di prima linea da diverse linee guida internazionali. Tuttavia, l'efficacia di tale trattamento sembra da ricondursi in gran parte anche ai fattori contestuali, i quali possano essere sfruttati per il loro effetto terapeutico o per promuovere l'aderenza delle persone all'esercizio stesso.

Obiettivi Elaborare una scaletta di domande utile a indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio e a trarre informazioni preliminari su fattori quali il setting e le caratteristiche dell'esercizio come mezzi da impiegare nella gestione della persona con OA di anca e/o ginocchio.

Metodi È stato condotto un *qualitative interview study* basato su interviste semi-strutturate. Si sono generati diversi temi tramite l'analisi delle interviste eseguita secondo i principi della *Reflexive Thematic Analysis* (RTA) di Braun e Clark.

Partecipanti Cinque persone con diagnosi di OA di anca e/o ginocchio che hanno eseguito esercizio specifico sono state reclutate tramite *convenience sampling*.

Risultati È stata formulata una scaletta di domande aggiornata e si sono generati due temi: (3) *Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale*; (4) *KISS (keep it straight and simple) – come favorire l'aderenza all'esercizio*. Successivamente tali temi sono stati argomentati anche tramite il supporto di alcune citazioni degli intervistati.

Conclusioni Dall'analisi delle interviste è risultato che il setting ideale dove svolgere una seduta di esercizio debba essere un ambiente ampio, attrezzato ma raccolto. Mentre le caratteristiche più ricorrenti dell'esercizio sono la semplicità di esecuzione e comprensione ma allo stesso tempo la personalizzazione dello stesso.

1. INTRODUZIONE

L'osteoartrite (OA) è una patologia infiammatoria che interessa l'intera articolazione [1–3]. Ha un impatto socioeconomico significativo, dal momento che il 2,2% di tutti gli anni vissuti con disabilità dalla popolazione mondiale è dovuto all'OA stessa [4, 5]. Pertanto, l'OA sta diventando una delle principali cause di compromissione della qualità della vita nella popolazione generale [6, 7]. Di conseguenza, i paesi ad alto reddito investono fino al 2,5% del loro prodotto interno lordo nella cura dell'OA, principalmente in risposta alla crescente domanda di protesi articolari, un incremento che diventerà insostenibile se non si invertirà questa tendenza [6].

Per il trattamento dell'OA, l'esercizio è considerato un intervento di prima linea da diverse linee guida internazionali [8–10]. L'esercizio ha un effetto locale positivo sull'articolazione, migliorando la forza muscolare e l'equilibrio, la capacità di carico articolare e la percezione della rigidità [11, 12]. In aggiunta, esso influisce positivamente sul peso corporeo, sul metabolismo lipidico, sull'iperglicemia, sull'umore e sull'infiammazione sistemica [12–14]. Tuttavia, in un recente studio controllato randomizzato (RCT) [15], sembra che la riduzione dell'intensità del dolore ottenuta attraverso l'esercizio sia da ricondursi principalmente all'effetto placebo piuttosto che a un effetto specifico. Dunque, seppur l'esercizio rimanga un trattamento fondamentale nella gestione dell'OA per tutti i benefici sopraelencati, sarebbe interessante comprendere come rafforzare la risposta placebo, ed evitare quella nocebo, nella pratica clinica [16]. Inoltre, siccome le persone affette da OA hanno difficoltà a soddisfare i livelli di esercizio raccomandati [17–19], sarebbe importante studiare metodi efficaci per far sì che migliori la loro aderenza, in particolare a lungo termine [20].

A tal proposito, i fattori contestuali possono essere sfruttati per il loro effetto terapeutico, attraverso la risposta placebo, e come mezzo per promuovere l'aderenza dei pazienti all'esercizio [21, 22]. Un grande numero di studi ha dimostrato come questi ultimi abbiano reali benefici che spesso sono clinicamente significativi, specialmente in condizioni cronicamente dolorose e stressanti [23–27]. I fattori contestuali sono “tutti i fattori che non fanno parte di un intervento di miglioramento della qualità in sé” [28] ma che influenzano la salute delle persone. Questi possono essere classificati in cinque dimensioni specifiche: 1) Caratteristiche del clinico, 2) Caratteristiche del paziente, 3) Relazione tra clinico e paziente, 4) Caratteristiche del trattamento e 5) Contesto sanitario [16, 25]. Per quanto riguarda le caratteristiche del trattamento sembra che sia importante, per ottimizzarne gli effetti, ricorrere alla tipologia di esercizio più rilevante per l'individuo, in base ai suoi sintomi e menomazioni specifiche, valori, circostanze e bisogni [29]. Allo stesso modo anche il contesto sanitario in cui vengono svolti gli esercizi ricopre un ruolo significativo nel processo di guarigione.

In particolare, l'ambiente può essere declinato in nove diverse categorie di progettazione tra cui: le caratteristiche audio, le caratteristiche visive, la sicurezza e l'accessibilità al luogo stesso, la sostenibilità, la strumentazione, gli spazi dedicati al paziente, allo staff e quelli dedicati eventualmente ai familiari [30]. Il fatto che le persone etichettino o meno tali fattori contestuali come "positivi" o "negativi" dipende dalle loro aspettative, preferenze e convinzioni che possono essere indagate attraverso la ricerca qualitativa.

Alla luce di quanto precede, questo studio nasce con la volontà di effettuare delle interviste pilota a persone affette da OA di anca e/o ginocchio, al fine di costruire una scaletta di domande chiara e completa, utile a indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio. L'intenzione è quella di somministrare in futuro tale scaletta a dei focus group di persone con OA che abbiano svolto sedute di esercizio. In aggiunta, verranno anche riportati i contenuti emersi dalle interviste al fine di iniziare ad aver una visione generale sui fattori contestuali rilevanti che entrano in gioco durante l'esercizio per l'artrosi. Lo studio è stato condotto insieme alla collega LC per favorire una buona gestione delle interviste e dell'analisi dei dati; una volta generati i temi si è deciso che questi saranno divisi e argomentati separatamente.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Disegno di studio

È stato condotto un *qualitative interview study*. Abbiamo optato per uno studio qualitativo in quanto consente di esplorare le esperienze delle persone (in questo caso, persone affette da OA di anca e/o ginocchio) e i loro punti di vista su un argomento. È stato condotto nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki e riportato seguendo i criteri consolidati per la segnalazione della ricerca qualitativa (CORE-Q). L'approvazione etica è stata ottenuta dal Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo (CERA), Università di Genova (data di approvazione: 15/06/2020; CERA2020.07).

2.2 Partecipanti e reclutamento

I partecipanti allo studio sono persone con diagnosi di OA di anca e/o ginocchio che hanno eseguito almeno una volta esercizio terapeutico specifico per tale condizione. L'esercizio poteva essere svolto con un qualsiasi professionista laureato, in sessione individuale o di gruppo. Si ricorda l'obiettivo dello studio di indagare i fattori contestuali che possano promuovere la partecipazione e l'aderenza dei pazienti ai programmi di esercizio. Questo è importante per migliorare la qualità della vita e per ritardare o prevenire l'intervento chirurgico di protesi: per questo i partecipanti che sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per l'artrosi, devono aver eseguito almeno una seduta di esercizio prima di tale intervento. Il reclutamento dei soggetti è avvenuto attraverso *convenience sampling*, tramite il passaparola con i colleghi dei due sperimentatori, AP e LC; si è cercato di coinvolgere persone da diverse parti dell'Italia e di fasce di età differenti. Dopo aver dato la loro disponibilità, i partecipanti sono stati contattati telefonicamente a scopo conoscitivo, informativo sullo studio e per decidere la data dell'intervista. Inoltre, è stato chiesto un nome fittizio con cui volevano essere chiamati durante l'intervista, per garantire l'anonimato. Infine, alla mail indicata telefonicamente, è stato inviato a ciascun partecipante un documento da compilare con alcune informazioni personali; si è chiesto di riportare nel giorno dell'intervista eventuali dubbi sulla compilazione del documento.

2.3 Modalità di conduzione dell'intervista

Prima dell'inizio delle interviste, è stata elaborata da SB, dottore di ricerca in Neuroscienze e Scienze Mediche e assistente alla didattica al Master in Riabilitazione dei Disturbi Muscoloscheletrici (mRDM) dell'Università di Genova, AP e LC una scaletta di domande da sottoporre ai partecipanti, preceduta da un'introduzione, utile a chiarire i fini dello studio, e alcune indicazioni per la risposta alle domande. Nella *Tabella 1* si può vedere la scaletta iniziale.

Il copione dell'intervista è stato testato inviandolo a due persone con diagnosi di OA di anca e/o ginocchio e che avevano svolto sedute di esercizio per tale problematica, con la richiesta di indicare eventuali parti poco comprensibili, possibili suggerimenti e per assicurarsi che le domande incluse fossero rilevanti per la popolazione studiata. Entrambi non hanno avuto nulla da segnalare. Ogni intervistato aveva diritto di rispondere liberamente e solo alle domande che desiderava. Si è inoltre garantito l'anonimato dei dati personali. Visto l'obiettivo dello studio di elaborare una scaletta di domande chiara e fruibile per un futuro focus group, tra un'intervista e l'altra vi è stato un confronto tra AP, LC e SB al fine di aggiornare la scaletta per renderla sempre più adatta a tale scopo. In *Risultati* verrà riportata l'evoluzione di tale scaletta. Le interviste sono state effettuate a maggio e giugno 2023 da remoto tramite Skype, piattaforma più familiare alla maggior parte dei soggetti, e sono durate circa un'ora ciascuna. Sono state registrate, trascritte alla lettera e sono state condotte da AP, con la presenza del partecipante e di LC. Non sono state effettuate interviste di follow-up.

Tabella 1 Struttura intervista iniziale e dimensioni investigate

Domande	Tipo di domande	Dimensione
1. Potreste descrivere con 3 parole / aggettivi che ruolo ha l'esercizio nell'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
2. Quali sono i punti di forza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
3. Quali sono i punti di debolezza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
4. Quali aspettative avevate nell'esercizio nella gestione dell'artrosi? Quali sono state attese e disattese?	Domanda specifica	Fattori contestuali paziente dipendenti
5. Quali caratteristiche vorreste che avesse il professionista (es. fisioterapista) che vi propone l'esercizio per l'artrosi?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.1 Dovrebbe apparire in un modo particolare?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.2 Come vorreste che fossero il rapporto e la comunicazione col professionista?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
6. Quali caratteristiche vorreste che avesse l'esercizio che vi viene proposto?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.1 Tempistiche e modalità	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.2 Qual è la modalità per voi più chiara con cui il fisioterapista vi spiega e corregge gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.3 Come valuti il comprendere ciò che si fa ed i tempi di raggiungimento degli obiettivi dell'esercizio fisico?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti

7. Pensate a dove avete svolto gli esercizi: quali caratteristiche vorreste che avesse l'ambiente dove fate esercizio per l'artrosi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti
7.1 Tenendo a mente ogni dettaglio e sensazione che vi viene in mente, quale potrebbe essere il vostro ambiente ideale per fare gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti
8. Alla luce delle considerazioni effettuate, quale o quali suggerimenti daresti a un professionista che intende proporre attività di esercizio fisico per OA?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
9. Ci sono altri fattori che potrebbe incentivarvi o demotivarvi a fare esercizio per l'artrosi che non abbiamo toccato e che vorreste aggiungere?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
10. Qualcuno vuole aggiungere qualche altro elemento del contesto che vi ha colpito particolarmente durante il percorso di trattamento di esercizio che non è stato toccato?	Domanda conclusiva	Conclusione

2.4 Analisi dei dati

È stata condotta un'analisi descrittiva del campione di partecipanti, utilizzando i dati raccolti attraverso il documento compilato dai soggetti prima di ciascuna intervista. La *Tabella 2* riporta i dati demografici e clinici nel dettaglio per ciascun partecipante. L'analisi delle trascrizioni delle interviste è stata eseguita secondo i principi della *Reflexive Thematic Analysis (RTA)* di Braun e Clark [31]. Tra i principali approcci di analisi tematica [32], tra cui “*coding reliability TA*”, “*codebook approaches to TA*” e “*reflexive approach to TA*”, abbiamo adottato quest'ultimo (RTA). La RTA è un approccio interpretativo all'analisi qualitativa dei dati "che facilita l'identificazione e l'analisi di modelli o temi in un dato set di dati" [32].

Inoltre, la RTA è caratterizzata dal ruolo attivo e creativo dei ricercatori nell'interpretazione di codici e temi e nell'identificazione di quelli più rilevanti per la domanda di ricerca [31]. Pertanto, il punto di vista dei ricercatori è considerato una risorsa a cui attingere piuttosto che un bias [31]. Poiché l'analisi ha coinvolto due ricercatori, l'approccio è stato il più collaborativo e riflessivo possibile, con l'intenzione di ottenere interpretazioni più ricche [31]. È fondamentale però dichiarare i nostri presupposti teorici come ricercatori, poiché su di essi abbiamo costruito la nostra riflessività.

Abbiamo adottato un quadro qualitativo esperienziale perché vogliamo illustrare l'importanza dei fattori contestuali nell'esercizio, partendo dall'esperienza di persone affette da OA di anca e/o ginocchio; ciò aiuta ad enfatizzare la significatività di tale esperienza così come l'hanno vissuta [33]. Dal punto di vista della concezione epistemologica, il nostro studio ha adottato un approccio costruzionista [33]. La RTA è stata condotta con un approccio prevalentemente induttivo [33].

I codici generati dall'analisi delle interviste sono stati prodotti in base al contenuto dei dati [31]. Pertanto, i dati non sono stati codificati secondo un quadro di codifica preesistente (ovvero come avviene nel codebook dell'approccio deduttivo) [33]. La codifica dei dati è stata per lo più semantica in quanto si concentrava principalmente sui significati espliciti o superficiali dei dati [31]. Tuttavia, abbiamo cercato di andare oltre questi livelli descrittivi dei dati quando possibile. Chiariti i presupposti teorici e la scelta di utilizzare la RTA, i sei step della RTA [31] sono stati seguiti da AP e LC per creare i codici e i temi. Di seguito, nella *Tabella 3*, si riportano i sei step della RTA declinati nel nostro studio. SB ha addestrato tutti gli autori nella conduzione dello studio qualitativo.

Tabella 2 Dati demografici e clinici dei partecipanti

PAZIENTE	ETÀ	GENERE	BMI	DIAGNOSI OA	PROTESI
P1	79	F	33.73	Anche	Anche
P2	75	M	31.96	Anche	Anca dx
P3	57	F	31.18	Anca dx e Ginocchio sx	/
P4	66	F	33.06	Ginocchia e Anca dx	Ginocchio sx
P5	60	F	18.29	Anca dx	/

Tabella 3 6 Steps della RTA

Fasi	Processo	Coinvolgimento degli Autori	Azioni degli Autori
1) Familiarizzazione con i dati	Tutti gli autori hanno letto e riletto più volte le trascrizioni delle interviste. Questo processo è fondamentale per entrare in contatto con i dati e prendere nota di eventuali impressioni e approfondimenti.	Tutti gli autori si sono impegnati in questa fase e si sono incontrati per riflettere sulle loro prime intuizioni.	<ul style="list-style-type: none"> - Documentare i pensieri teorici e riflessivi: note sul campo documentate da LC ("Memo" e diario) durante e dopo ogni intervista per promuovere la riflessività. - Tenere traccia di tutte le note del campo dati, delle trascrizioni e del diario riflessivo. - Estendere l'impegno con i dati e triangolare diverse modalità di raccolta dei dati per aumentare la probabilità che i risultati e le interpretazioni della ricerca siano ritenuti credibili: AP e LC leggono e rileggono i dati (trascrizioni delle interviste, appunti e diario riflessivo).
2) Codifica	Due autori hanno sistematicamente codificato i dati in questa fase attraverso un processo aperto,	AP e LC hanno sistematicamente codificato i dati. Hanno adottato la codifica semantica dei dati.	<ul style="list-style-type: none"> - Resoconto tra pari: i "memo" sono stati condivisi durante gli incontri di ricerca per i pensieri riflessivi. - Percorso di revisione della generazione dei codici: AP e LC hanno codificato elementi attraverso l'intero set di dati

	in evoluzione e organico.		per identificare aspetti interessanti all'interno di essi che potessero costituire la base dei temi. - Documentazione di tutte le riunioni e resoconti tra pari per aiutare i ricercatori a esaminare come si evolvono i loro pensieri e le loro idee man mano che si coinvolgono più profondamente nei dati.
3) Generazione di temi iniziali	I ricercatori hanno generato temi iniziali dai codici, raggruppando codici simili o correlati.	AP e LC hanno generato temi iniziali separatamente, raggruppando insieme codici simili.	- Creazione di diagrammi per dare un senso alle connessioni tematiche: AP e LC hanno generato temi iniziali attraverso l'analisi tematica induttiva.
4) Rivedere e perfezionare i temi	I ricercatori hanno revisionato i temi iniziali, rielaborandoli o scartandone alcuni fino a trovare una serie finale di temi che si adattassero ai dati.	Gli autori hanno riesaminato la codifica e i temi iniziali dapprima separatamente e poi in maniera congiunta e sono così arrivati a generare quattro temi che si adattassero maggiormente ai dati. AP e LC hanno rivisto i temi concordati rispetto ai codici e all'intero set di dati.	- Temi esaminati dagli autori: il team di ricerca si è riunito frequentemente per perfezionare i temi e mostrare chiaramente come ogni tema sia stato generato dai dati.
5) Definire e nominare i temi	La "storia" di ciascun tema è stata sviluppata mettendo a punto i nomi dei temi e la loro definizione.	Entrambi gli autori hanno ultimato i temi e le definizioni finali per porre le basi della relazione scritta.	- Resoconto e consenso del team sui temi: il gruppo di ricerca si è riunito fino al raggiungimento dei temi finali. - Documentazione della denominazione dei temi.
6) Produrre la relazione	Ciascuno degli autori ha prodotto la propria relazione finale e l'ha perfezionata se necessario.	AP e LC hanno selezionato ciascuna le citazioni illustrative dalle interviste adatte all'argomentazione dei propri temi.	- Produzione della relazione utilizzando citazioni dirette dei partecipanti. - Relazione sulle ragioni delle scelte teoriche, metodologiche e analitiche durante l'intero studio.

3. RISULTATI

Il primo obiettivo dello studio era di testare le domande della scaletta durante le interviste pilota in modo da ottenere, attraverso l'aggiunta o la riformulazione di alcune di esse, una scaletta definitiva chiara e completa. Quest'ultima, riportata in *Tabella 4*, è stata elaborata al fine di essere in futuro somministrata a dei focus group di persone con OA, per indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio. Il prodotto finale è stato raggiunto attraverso il confronto tra AP, LC e SB, successivo ad ognuna delle interviste stesse.

Tabella 4 Struttura intervista finale e dimensioni investigate

Domande	Tipo di domande	Dimensione
1. Potreste descrivere con 3 parole / aggettivi che ruolo ha l'esercizio nell'artrosi? *	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
2. Quali sono i punti di forza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
3. Quali sono i punti di debolezza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
4. Quali aspettative avevate nell'esercizio nella gestione dell'artrosi? Quali sono state attese e quali disattese?	Domanda specifica	Fattori contestuali paziente dipendenti
5. Descrivete il fisioterapista ideale che vi proponga l'esercizio per l'artrosi.	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.1 Dovrebbe apparire in un modo particolare?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.2 Come vorreste che fossero il rapporto e la comunicazione col professionista?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
6. Quali caratteristiche vorreste che avesse l'esercizio che vi viene proposto?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.1 Tempistiche e modalità	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.2 Qual è la modalità per voi più chiara con cui il fisioterapista vi spiega e corregge gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.3 Siete soddisfatti delle tempistiche di raggiungimento degli obiettivi preposti?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.4 Trovate utile che venga spiegato perché si fa un esercizio?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
7. Pensate a dove avete svolto gli esercizi: quali caratteristiche vorreste che avesse l'ambiente dove fate esercizio per l'artrosi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti

7.1 Tenendo a mente ogni dettaglio e sensazione che vi viene in mente, quale potrebbe essere il vostro ambiente ideale per fare gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti
8. Sulla base della vostra esperienza di persona con artrosi, quale o quali suggerimenti daresti a un professionista che intende proporre l'esercizio per OA?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
9. Ci sono altri fattori che potrebbe incentivarvi o demotivarvi a fare esercizio per l'artrosi che non abbiamo toccato e che vorreste aggiungere?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
10. Qualcuno vuole aggiungere qualche altro elemento del contesto che vi ha colpito particolarmente durante l'esercizio che non è stato toccato?	Domanda conclusiva	Conclusione

*risposta da dare tramite wooclap

Cinque persone affette da OA di anca e/o ginocchio provenienti da varie regioni del nord Italia hanno acconsentito a partecipare alle interviste. Al termine di esse, ciascuno dei due sperimentatori ha generato codici e temi secondo i principi della *Reflexive Thematic Analysis* di Braun e Clark. Successivamente al confronto si è giunti alla generazione di quattro temi finali: (1) Professionista “sportivo” – il professionista esteriormente ideale; (2) Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale; (3) Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale; (4) KISS (keep it straight and simple) – come favorire l'aderenza all'esercizio; le citazioni più rilevanti sono state riportate nelle successive sottosezioni tematiche. Per indicare quale partecipante ha fatto ciascuna dichiarazione, abbiamo riportato il loro ID, sesso ed età (secondo la *Tabella 2*) alla fine di ogni citazione. Di seguito verranno discussi ed esplorati i diversi temi scaturiti dalla sintesi dei relativi codici. In particolare, in questo lavoro ci si occuperà di approfondire i temi riferiti ai fattori contestuali riguardanti il setting e le caratteristiche dell'esercizio.

3.1 Tema 3: Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale

I partecipanti hanno espresso le loro preferenze trovando un punto d'incontro nel descrivere il loro setting ideale come un ambiente attrezzato e ampio ma raccolto, come si può vedere in *Tabella 7* attraverso il processo di codifica di questo tema.

Innanzitutto, le persone tendono a preferire un ambiente accogliente e spazioso dove potersi muovere agevolmente durante lo svolgimento degli esercizi.

“[Mi è piaciuto che] dove sono andata per la riabilitazione c’era un locale molto accogliente e poi era bello arioso, grande”. (P1, donna, 79)

In questo caso l’aspetto sensoriale gioca un ruolo importante nel far percepire ai partecipanti delle sensazioni positive che gli permettano quindi di sentirsi a loro agio e di affrontare le difficoltà e la fatica dovute all’esercizio più facilmente. Un ambiente con luce naturale, temperatura adeguata e una buona musica di sottofondo sono tra le caratteristiche più desiderate.

“Mi aspetto che [l’ambiente] non sia così asettico come un ospedale, un ambiente caldo, luminoso e confortevole”. (P2, uomo, 75)

*“Allora [mi immagino] una musica, di genere attuale, della radio, commerciale insomma e di sottofondo non troppo invadente, luce normale e anche temperatura non troppo calda”.
(P5, donna, 60)*

Per quanto riguarda invece ciò con cui è arredato lo spazio in cui i partecipanti hanno preso parte alle sedute, ciò che sembra interessargli maggiormente è la presenza di attrezzature di qualità e moderne, in alcuni casi anche con il supporto della tecnologia.

*“La palestra con tutti i macchinari, la tecnologia eccetera, è molto soddisfacente e stimolante”.
(P3, donna, 57)*

Comunque, quanto detto sopra non esclude che il setting terapeutico possa essere condiviso con un'altra persona, anzi c'è chi lo trova piacevole poiché può rappresentare un'occasione utile a scambiarsi qualche parola riguardante la propria esperienza.

“Anche in compagnia andava bene, perché c'era questa fisioterapista che era per me e per un'altra. Eravamo in due e ci guardava tutte e due. Mi sentivo a mio agio ed ero contenta di poter chiacchierare con qualcuno nelle pause”. (P1, donna, 79)

D'altro canto, c'è chi teme che fare l'esercizio in gruppo non aggiunga nulla alla propria seduta ma che addirittura possa essere un elemento distrattivo sia per sé che per il professionista.

“...Preferisco ambienti raccolti... perché l'attività di gruppo diventa un po' dispersiva... Non dico che me l'aspetto tipo un ambiente para ospedaliero però desidero quel tipo di attenzione e riservatezza”. (P2, uomo, 75)

Infine, alcuni partecipanti hanno anche riscontrato che fosse molto confortevole che la seduta venisse svolta in un ambiente domestico. Qualora ci si trovasse nella casa del professionista, di norma vi era anche una attrezzatura adeguata ma, in entrambi i casi, la preferenza era data dall'esclusività del rapporto con il professionista e dalla tranquillità del luogo stesso.

“Ho fatto pilates per un periodo abbastanza lungo in due distinte palestre... Dopo si è attrezzata in casa propria e quindi ho bypassato tutto questo; quindi, diciamo che ovviamente casa sua era più confortevole. Perché era un ambiente più amichevole”. (P2, uomo, 75)

“Il mio ambiente ideale è un ambiente tranquillo e riservato dove possa essere in singolo con il fisioterapista, io mi trovavo benissimo quando facevamo gli esercizi a casa mia, lo preferivo ad andare a fare in un ambiente esterno”. (P4, donna, 66)

Tabella 7 Tema 3: Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale

Tema: Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale	
Codici generati dai ricercatori	Esempi di frasi tratte dalle interviste
Ampi spazi	“[Mi è piaciuto che] dove sono andata per la riabilitazione c’era un locale molto accogliente e poi era bello arioso, grande”. (P1, donna, 79)
Ambiente sensorialmente gradevole	“Mi aspetto che [l’ambiente] non sia così asettico come un ospedale, un ambiente caldo, luminoso e confortevole”. (P2, uomo, 75)
	“Allora [mi immagino] una musica, di genere attuale, della radio, commerciale insomma e di sottofondo non troppo invadente, luce normale e anche temperatura non troppo calda”. (P5, donna, 60)
Attrezzature con feedback	“La palestra con tutti i macchinari, la tecnologia eccetera, è molto soddisfacente e stimolante”. (P3, donna, 57)
	“Per quanto riguarda il contesto ti potrei dire il centro dove l’ho fatto; quindi, il tipo di apparecchiature con cui viene svolto l’allenamento, che ti assicura anche un controllo puntuale e preciso di quello che stai facendo e se stai sbagliando ti viene segnalato subito, lo trovo fondamentale”. (P5, donna, 60)
In due, ben seguiti e a proprio agio	“Anche in compagnia andava bene, perché c’era questa fisioterapista che era per me e per un’altra. Eravamo in due e ci guardava tutte e due. Mi sentivo a mio agio ed ero contenta di poter chiacchierare con qualcuno nelle pause”. (P1, donna, 79)
Ambiente raccolto e riservato	“...Preferisco ambienti raccolti... perché l’attività di gruppo diventa un po’ dispersiva... Non dico che me l’aspetto tipo un ambiente para ospedaliero però desidero quel tipo di attenzione e riservatezza”. (P2, uomo, 75)
Tranquillità di casa propria o del professionista	“Ho fatto pilates per un periodo abbastanza lungo in due distinte palestre... Dopo si è attrezzata in casa propria e quindi ho bypassato tutto questo; quindi, diciamo che ovviamente casa sua era più confortevole. Perché era un ambiente più amichevole”. (P2, uomo, 75)
	“Il mio ambiente ideale è un ambiente tranquillo e riservato dove possa essere in singolo con il fisioterapista, io mi trovavo benissimo quando facevamo gli esercizi a casa mia, lo preferivo ad andare a fare in un ambiente esterno”. (P4, donna, 66)

3.2 Tema 4: KISS (keep it straight and simple) – come favorire l’aderenza all’esercizio

Attraverso i contenuti emersi dalle interviste, codificati e raccolti sotto un unico tema come si può vedere in *Tabella 8*, si è cercato di comprendere quali siano le caratteristiche che l’esercizio debba presentare per favorirne l’aderenza allo stesso. Innanzitutto, gli esercizi devono essere alla portata di chi li sta eseguendo ma allo stesso tempo stimolare le persone affinché abbiano voglia di continuare e si rendano conto dell’importanza di essi.

“Vorrei degli esercizi semplici da capire ed eseguire, che mi sembrino utili al raggiungimento dei miei obiettivi e magari anche un po’ divertenti”. (P4, donna, 66)

*“Mi motiva il fatto di aumentare la difficoltà perché vuol dire che sto aumentando l’allenamento, quello è fondamentale. È stimolante il fatto di migliorare, ti fa venire voglia di continuare”.
(P5, donna, 60)*

Contrariamente, infatti, se la difficoltà degli esercizi viene sovrastimata per la persona che si ha di fronte, questo potrebbe essere un elemento che va a diminuire la motivazione nell’eseguirli.

*“Mi demotiva la mia persona quando non arrivo a fare quello che mi viene chiesto”.
(P3, donna, 57)*

Sempre per renderne più facile l’esecuzione è fondamentale che l’esercizio venga compreso nella sua interezza. Per ottenere ciò sembra molto utile ricorrere anche alla dimostrazione pratica, il che implica che il professionista si metta in gioco simulandone lo svolgimento.

*“La cosa che trovavo più chiara è che durante la spiegazione [il fisioterapista] me lo facesse anche vedere in modo che mi risultasse subito comprensibile quale fosse il movimento da eseguire”.
(P4, donna, 66)*

“Nel momento in cui io sto sbagliando, che mi corregga immediatamente anche facendomi vedere come deve essere fatto correttamente, cioè facendomi vedere lui la modalità corretta di svolgimento dell’esercizio”. (P5, donna, 60)

Un'altra modalità, piuttosto apprezzata dai partecipanti, attraverso cui il professionista può contribuire attivamente all'esercizio è quella di utilizzare le proprie mani. Il tatto è un elemento fondamentale delle interazioni interpersonali e dai professionisti viene utilizzato per fornire o ricevere informazioni, per dare assistenza o anche semplicemente come conforto.

“Alcune manovre associate a dei movimenti ed esercizi mi hanno aiutato nella riattivazione del mio ginocchio e ad aver meno dolore... Con gli attrezzi senti che fai del lavoro ma non è come lavorare con il fisioterapista che ti può aiutare anche manualmente durante gli esercizi”. (P4, donna, 66)

Per quanto riguarda la strutturazione della seduta è di principale importanza la personalizzazione del trattamento. Tenere in considerazione gli obiettivi e le preferenze adottando un modello incentrato sulla persona stessa sembra influenzare i risultati apportati dall'esecuzione degli esercizi.

“Dev'essere un ambiente tranquillo dove c'è una persona chiaramente dedicata a me, che abbia elaborato un'attività fatta ad hoc per la mia problematica e che controlli il fatto che l'esercizio che sto facendo sia corretto”. (P5, donna, 60)

Infine, pare che la durata di all'incirca un'ora o poco più metta d'accordo tutti i partecipanti su quanto dovrebbe prolungarsi una seduta di esercizi.

“Però per me un'ora / un'ora e mezza è l'ideale”. (P3, donna, 57)

“Allora la seduta direi che un'ora o un'ora e un quarto è perfetto”. (P5, donna, 60)

Tabella 8 Tema 4: KISS (keep it straight and simple) – come favorire l’aderenza all’esercizio

Tema: KISS (keep it straight and simple) – come favorire l’aderenza all’esercizio	
Codici generati dai ricercatori	Esempi di frasi estratte dalle interviste
Esercizi semplici ma stimolanti	“Vorrei degli esercizi semplici da capire ed eseguire, che mi sembrino utili al raggiungimento dei miei obiettivi e magari anche un po’ divertenti”. (P4, donna, 66)
	“Mi motiva il fatto di aumentare la difficoltà perché vuol dire che sto aumentando l'allenamento, quello è fondamentale. È stimolante il fatto di migliorare, ti fa venire voglia di continuare”. (P5, donna, 60)
Fatica e difficoltà, punti deboli dell’esercizio	“Non ho mai considerato punti di debolezza, a parte la fatica del farli [gli esercizi] ... Ovviamente non era un appuntamento che agognavano, insomma”. (P2, uomo, 75)
	“Mi demotiva la mia persona quando non arrivo a fare quello che mi viene chiesto”. (P3, donna, 57)
Dimostrazione pratica	“La cosa che trovavo più chiara è che durante la spiegazione [il fisioterapista] me lo facesse anche vedere in modo che mi risultasse subito comprensibile quale fosse il movimento da eseguire”. (P4, donna, 66)
	“Nel momento in cui io sto sbagliando, che mi corregga immediatamente anche facendomi vedere come deve essere fatto correttamente, cioè facendomi vedere lui la modalità corretta di svolgimento dell’esercizio”. (P5, donna, 60)
Tocco terapeutico	“Quando facevo l'esercizio, la cosa che mi sollevava di più era quando mi sollevavano la gamba”. (P1, donna, 79)
	“Alcune manovre associate a dei movimenti ed esercizi mi hanno aiutato nella riattivazione del mio ginocchio e ad aver meno dolore... Con gli attrezzi senti che fai del lavoro ma non è come lavorare con il fisioterapista che ti può aiutare anche manualmente durante gli esercizi”. (P4, donna, 66)
Trattamento personalizzato	“L’ambiente che preferirei sarebbe un ambiente raccolto dove avere il fisioterapista tutto per me perché non mi piaceva l’idea di ricevere indicazioni che erano rivolte a più persone. L’ideale per me è il rapporto individuale con il fisioterapista”. (P4, donna, 66)
	“Dev’essere un ambiente tranquillo dove c’è una persona chiaramente dedicata a me, che abbia elaborato un’attività fatta ad hoc per la mia problematica e che controlli il fatto che l’esercizio che sto facendo sia corretto”. (P5, donna, 60)
Durata della seduta	“Però per me un’ora / un’ora e mezza è l’ideale”. (P3, donna, 57)
	“Allora la seduta direi che un'ora o un’ora e un quarto è perfetto”. (P5, donna, 60)

4. DISCUSSIONE

La qualità nel processo di cura non dipende esclusivamente dall'appropriatezza del trattamento ma anche da tutta una serie di aspetti relazionali e funzionali [34], che possono essere riassunti sotto il nome di fattori contestuali. A partire dai contenuti delle interviste, si è cercato quindi di investigare quali fattori contestuali rivestissero un ruolo importante durante lo svolgimento di una sessione di esercizio per persone con OA di anca e/o ginocchio. In questo studio, nello specifico, ci si è concentrati sul setting e sulle caratteristiche dell'esercizio stesso.

Secondo l'opinione degli intervistati, il setting ideale per svolgere una seduta di esercizio dovrebbe essere innanzitutto un'ambiente ampio e attrezzato con una buona strumentazione che possa, ove necessario, aggiungere qualità all'esecuzione degli esercizi. Come già riportato in letteratura, gli aspetti strutturali e l'arredamento interno del contesto sanitario possono influenzare la percezione della persona riguardo il proprio processo di cura [35, 36]. Inoltre, è stato provato come anche i vari elementi sensoriali possano modulare gli outcome di trattamento [37, 38]. In accordo con tali articoli, le persone hanno espresso la loro preferenza per un luogo illuminato con luce naturale, una musica di sottofondo rilassante e non invadente ed una temperatura adeguata. Invece, per quanto riguarda la possibilità di svolgere esercizio in sessione individuale o di gruppo si sono riscontrate opinioni differenti. Alcuni hanno dichiarato infatti di apprezzare la compagnia durante la seduta poiché ciò poteva essere motivo di condivisione riguardo la propria esperienza; c'è chi invece ha ritenuto che essere in più persone fosse solamente un elemento distrattivo sia per sé che il professionista. Tale preferenza è stata condivisa anche da chi come luogo ideale per eseguire gli esercizi ha riportato un ambiente domiciliare, sia che fosse casa propria o del professionista, l'importante era la riservatezza. Non è possibile risolvere tale dibattito nemmeno con il supporto della letteratura attuale [39, 40], dal momento che non è risultata esserci alcuna evidenza della superiorità di una modalità, individuale o di gruppo, rispetto all'altra negli outcome di dolore o disabilità. Ne consegue che potrebbero essere le preferenze del singolo a suggerire come proporre il trattamento.

Dalle interviste è emerso inoltre che le caratteristiche dell'esercizio più determinanti al fine di favorire l'aderenza delle persone allo stesso sono quelle che lo rendono semplice, accessibile e chiaro per tutti. Proporre esercizi semplici però non equivale a proporre di banali, anzi le persone riportano come sia proprio lo stimolo a migliorarsi e a cercare di raggiungere i propri obiettivi il motivo principale che li spinge a continuare. Allo stesso tempo però è fondamentale riuscire a calibrarne la difficoltà in maniera ottimale oppure si rischierebbe di ottenere l'effetto contrario. Un'altra caratteristica dell'esercizio spesso ricorrente nelle opinioni degli intervistati è quella della partecipazione attiva del professionista, che essa avvenga tramite una dimostrazione pratica o con il loro tocco terapeutico.

La simulazione di un esercizio è la modalità più immediata e allo stesso tempo istruttiva che si possa adottare, attraverso l'osservazione infatti il processo di apprendimento è notevolmente incrementato ed inoltre è provato che in riabilitazione muscoloscheletrica, l'utilizzo dell'osservazione attiva del movimento di altre persone migliora il dolore e la disabilità dei pazienti [41, 42]. In un contesto clinico, i professionisti utilizzano il tocco per diversi fini tra cui dare assistenza o conforto, eseguire un intervento terapeutico, percepire o fornire informazioni [43]. Infine, le persone hanno ritenuto rilevante che la seduta di esercizio che gli veniva proposta fosse strutturata su misura per loro, sulla base della loro problematica, delle loro preferenze e dei loro obiettivi. In accordo con la letteratura, infatti, personalizzare il trattamento, tenere conto delle opinioni e adottare un sistema cucito su misura per la persona sembra influenzare positivamente i risultati del trattamento [44].

Alcune limitazioni di questo studio necessitano di essere discusse. In primo luogo, la ridotta dimensione del campione utilizzata per la conduzione delle interviste limita la trasferibilità dei risultati [45]. Inoltre, la maggior parte dei partecipanti sono donne e residenti in simili aree geografiche, ovvero nel nord d'Italia. Al contrario, tra i punti di forza vi è la variabilità piuttosto marcata delle articolazioni interessate da OA e del livello culturale degli intervistati; il che ha permesso di poter raccogliere punti di vista eterogenei sull'importanza che i diversi fattori contestuali rivestivano per loro. È anche importante sottolineare come punto di forza il fatto che questo sia il primo studio ad indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio nella condizione specifica dell'OA di anca e/o ginocchio. In ogni caso, i risultati ottenuti necessitano di essere generalizzati attraverso lo svolgimento di ulteriori studi con differenti approcci. A tal proposito, uno dei due scopi dello studio, infatti, è stato quello di formulare una scaletta chiara e completa di domande da poter sottoporre in futuro a dei focus group.

5. CONCLUSIONI

Questo studio qualitativo mette in evidenza alcuni dei fattori contestuali che giocano un ruolo importante sia per il loro effetto terapeutico sia come mezzo per promuovere l'aderenza delle persone con OA di anca e/o ginocchio all'esercizio. In particolare, il setting ideale è stato descritto come un ambiente ampio, accogliente, attrezzato ma allo stesso tempo raccolto in modo tale da permettere alla persona di essere sempre ben seguita durante la seduta. Gli esercizi in sé invece devono essere semplici da eseguire e da comprendere, grazie anche alla partecipazione attiva del professionista, e ideati su misura per la persona. In entrambi i casi, questi risultati sottolineano l'importanza di incentrare il trattamento sulle persone venendo guidati da processi decisionali condivisi con loro stesse, in maniera tale da aumentare l'aderenza all'esercizio e la capacità di tali persone di prendersi cura della propria salute, con effetti positivi sugli outcome e sulla ricaduta socioeconomica dell'OA.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019;393:1745–59.
2. Brandt KD, Radin EL, Dieppe PA, Van De Putte L. Yet more evidence that osteoarthritis is not a cartilage disease. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:1261–4.
3. Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, Conaghan PG, Cooper C, Goldring MB, et al. Osteoarthritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2.
4. Long H, Liu Q, Yin H, Wang K, Diao N, Zhang Y, et al. Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019. *Arthritis and Rheumatology*. 2022;74:1172–83.
5. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72:149–62.
6. Hunter DJ, Schofield D, Callander E. The individual and socioeconomic impact of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10:437–41.
7. Jackson J, Iyer R, Mellor J, Wei W. The Burden of Pain Associated with Osteoarthritis in the Hip or Knee from the Patient's Perspective: A Multinational Cross-Sectional Study. *Adv Ther*. 2020;37:3985–99.
8. Osteoarthritis: Care and Management in Adults. 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25340227/>. Accessed 2 Apr 2023.
9. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1125–35.
10. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. *JAMA*. 2021;325:568–78.
11. Zeng CY, Zhang ZR, Tang ZM, Hua FZ. Benefits and Mechanisms of Exercise Training for Knee Osteoarthritis. *Front Physiol*. 2021;12.
12. Raposo F, Ramos M, Lúcia Cruz A. Effects of exercise on knee osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2021;19:399–435.

13. Messier SP, Mihalko SL, Legault C, Miller GD, Nicklas BJ, DeVita P, et al. Effects of intensive diet and exercise on knee joint loads, inflammation, and clinical outcomes among overweight and obese adults with knee osteoarthritis: the IDEA randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310:1263–73.
14. Messier SP, Newman JJ, Scarlett MJ, Mihalko SL, Miller GD, Nicklas BJ, et al. Changes in Body Weight and Knee Pain in Adults With Knee Osteoarthritis Three-and-a-Half Years After Completing Diet and Exercise Interventions: Follow-Up Study for a Single-Blind, Single-Center, Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74:607–16.
15. Messier SP, Mihalko SL, Beavers DP, Nicklas BJ, Devita P, Carr JJ, et al. Effect of High-Intensity Strength Training on Knee Pain and Knee Joint Compressive Forces Among Adults With Knee Osteoarthritis: The START Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;325:646–57.
16. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*. 2016;24:65–74.
17. Dunlop DD, Song J, Semanik PA, Chang RW, Sharma L, Bathon JM, et al. Objective physical activity measurement in the osteoarthritis initiative: Are guidelines being met? *Arthritis Rheum*. 2011;63:3372–82.
18. de Groot IB, Bussmann JB, Stam HJ, Verhaar JAN. Actual everyday physical activity in patients with end-stage hip or knee osteoarthritis compared with healthy controls. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16:436–42.
19. Dunlop DD, Song J, Semanik PA, Sharma L, Chang RW. Physical activity levels and functional performance in the osteoarthritis initiative: a graded relationship. *Arthritis Rheum*. 2011;63:127–36.
20. Cinthuja P, Krishnamoorthy N, Shivapatham G. Effective interventions to improve long-term physiotherapy exercise adherence among patients with lower limb osteoarthritis. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23.
21. Marks R. Knee osteoarthritis and exercise adherence: a review. *Curr Aging Sci*. 2012;5:72–83.
22. Ezzat AM, Macpherson K, Leese J, Li LC. The effects of interventions to increase exercise adherence in people with arthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2015;13:1–18.
23. Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:1716–23.
24. Crow R GH et al. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technol Assess*. 1999.

25. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2001;357:757–62.
26. Doherty M, Dieppe P. The “placebo” response in osteoarthritis and its implications for clinical practice. *Osteoarthritis Cartilage*. 2009;17:1255–62.
27. Timothy Walsh B, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA*. 2002;287:1840–7.
28. Øvretveit J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Qual Saf*. 2011;20 Suppl 1 Suppl_1.
29. Skou ST, Pedersen BK, Abbott JH, Patterson B, Barton C. Physical Activity and Exercise Therapy Benefit More Than Just Symptoms and Impairments in People With Hip and Knee Osteoarthritis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018;48:439–47.
30. Ulrich RS, Berry LL, Quan X, Parish JT. A conceptual framework for the domain of evidence-based design. *HERD*. 2010;4:95–114.
31. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis : a practical guide*. 2021.
32. Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res*. 2021;21:37–47.
33. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant*. 2022;56:1391–412.
34. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3.
35. Cesario SK. Designing health care environments: Part I. Basic concepts, principles, and issues related to evidence-based design. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40:280–8.
36. Laursen J, Danielsen A, Rosenberg J. Effects of environmental design on patient outcome: a systematic review. *HERD*. 2014;7:108–19.
37. Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S. Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. *J Altern Complement Med*. 2004;10 Suppl 1:71–83.

38. Dijkstra K, Pieterse M, Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56:166–81.
39. Tiffreau V, Mulleman D, Coudeyre E, Lefevre-Colau MM, Revel M, Rannou F. The value of individual or collective group exercise programs for knee or hip osteoarthritis. Clinical practice recommendations. *Ann Readapt Med Phys*. 2007;50:741–6.
40. O’Keeffe M, Hayes A, McCreesh K, Purtill H, O’Sullivan K. Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017;51:126–32.
41. Bellelli G, Buccino G, Bernardini B, Padovani A, Trabucchi M. Action observation treatment improves recovery of postsurgical orthopedic patients: evidence for a top-down effect? *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91:1489–94.
42. Park SD, Song HS, Kim JY. The effect of action observation training on knee joint function and gait ability in total knee replacement patients. *J Exerc Rehabil*. 2014;10:168–71.
43. Bjorbækmo WS, Mengshoel AM. “A touch of physiotherapy” - the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiother Theory Pract*. 2016;32:10–9.
44. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther*. 2011;91:25–36.
45. Sim J, Saunders B, Waterfield J, Kingstone T. Can sample size in qualitative research be determined a priori? *Int J Soc Res Methodol*. 2018;21:619–34.