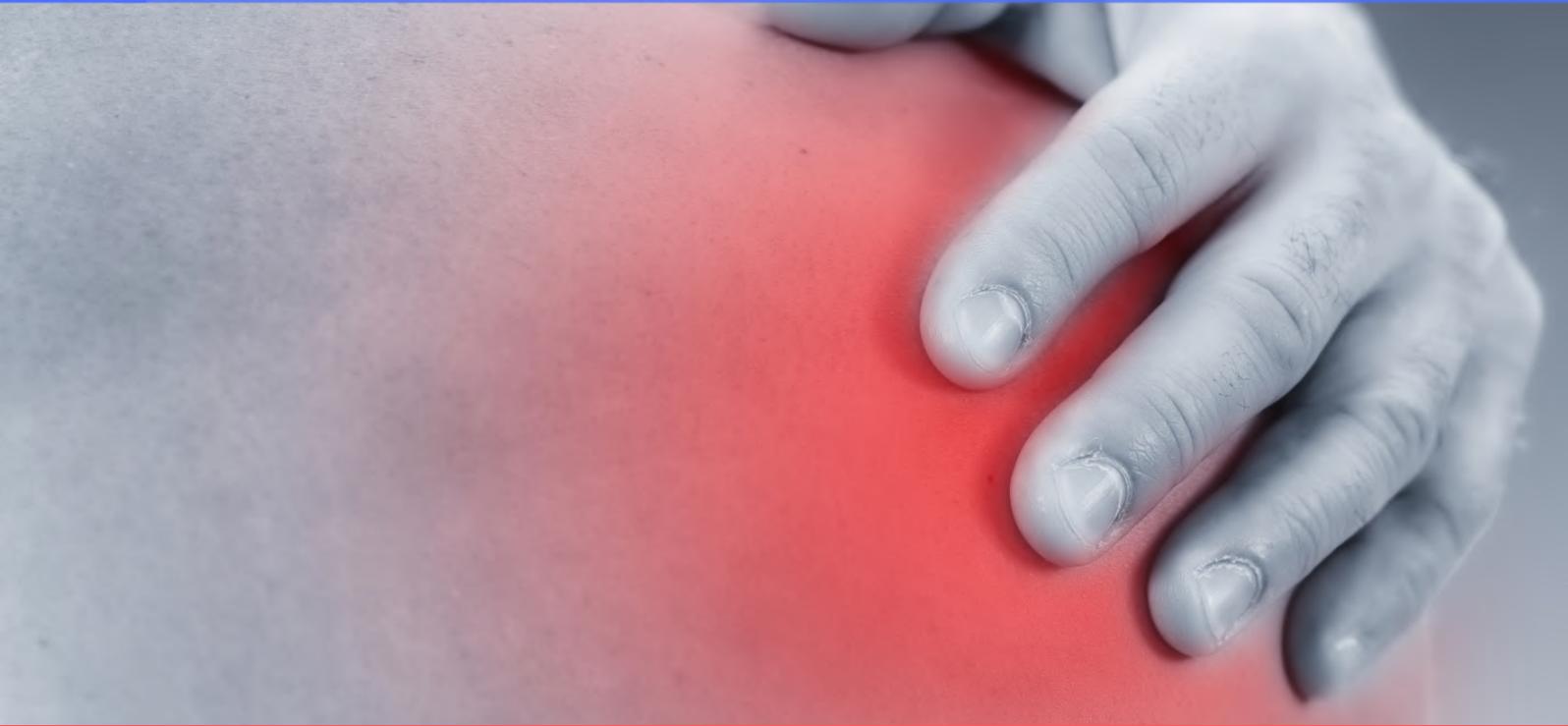


A vertical blue bar on the left side of the page contains the year '2022' written in white, with each digit stacked vertically.

DOLORE DI SPALLA CORRELATO ALLA CUFFIA DEI ROTATORI

Revisione scientifica | Giugno 2022

06

A close-up photograph of a person's shoulder and upper arm. A hand is placed on the shoulder, with the fingers spread. The skin is a natural tone, and the lighting is soft, highlighting the texture of the skin and the contours of the hand.

Estratto Gratuito

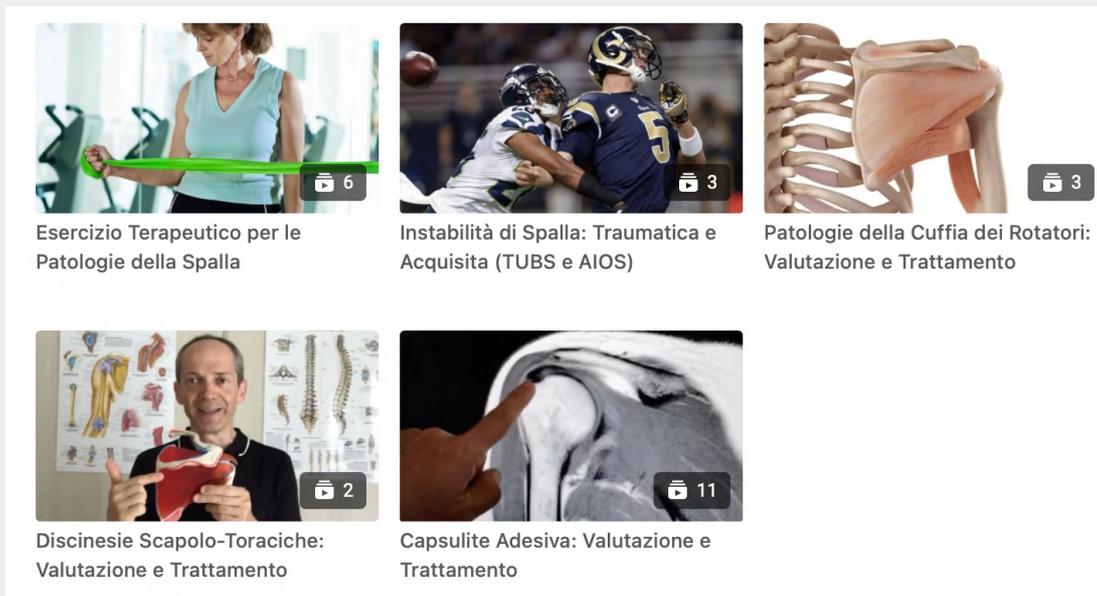
QUELLO CHE SEGUE È UN ESTRATTO DELLA RIVISTA COMPLETA CHE TROVI QUI!



Risorse aggiuntive consigliate



Prima di partire con la lettura della rivista del mese, abbiamo pensato di raggruppare in questa pagina le altre risorse che puoi trovare su [Streamed](#) e che potranno aiutarti a comprendere al meglio tutti i concetti esposti nelle pagine seguenti.



(Serie di videocorsi)
[Riabilitazione della spalla](#)
di Francesco Inglese



(Riviste mensili)

[Spalla Congelata](#)
(Nov. 2021)

[Impingement di Spalla](#)
(Dic. 2020)

Risorse aggiuntive consigliate



(Videocorsi)

[Reumatologia per Terapisti](#)
di Jack March

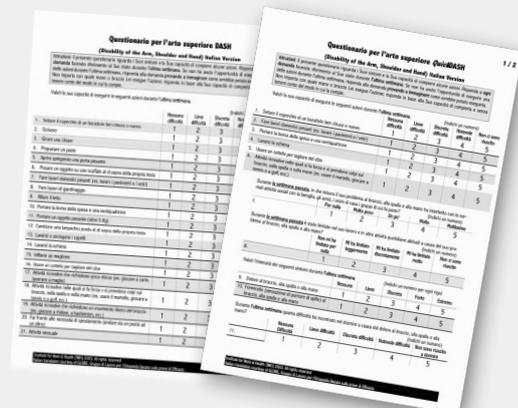


(Rivista mensile)

[Neck Pain: Diagnosi e Trattamento](#)
(Luglio 2020)

(Scale di valutazione)

[Arto superiore \(ad es. DASH, Quick DASH, ASES, SPADI...\)](#)



Lista delle abbreviazioni



Per facilitare la lettura della rivista, abbiamo inserito in questa pagina le abbreviazioni più utilizzate nel testo.

- **AR:** artrite reumatoide
- **BMI:** Body Mass Index (IMC, indice di massa corporea)
- **CA:** coraco-acromiale (in riferimento all'arco)
- **CR:** cuffia dei rotatori
- **PMR:** polimialgia reumatica
- **PROM:** Patient-Reported Outcome Measures (misure di outcome riportate dal paziente)
- **RCRSP:** rotator cuff related shoulder pain (dolore di spalla correlato alla cuffia dei rotatori)
- **RCT:** Randomized Controlled Trial (studio randomizzato controllato)
- **RMN:** risonanza magnetica nucleare
- **ROM:** range of motion
- **TC:** tomografia computerizzata
- **TOM:** tumore osseo metastatico



DOLORE DI SPALLA CORRELATO ALLA CUFFIA DEI ROTATORI

Quando un trauma provoca una lussazione di spalla, oppure una frattura ossea, fornire un'etichetta diagnostica è normale. Allo stesso modo, è normale fornire una diagnosi quando, in cerca di una spiegazione per i sintomi alla spalla, si scopre che il paziente ha un osteosarcoma alla testa dell'omero. In queste situazioni, la diagnosi viene comunicata in modo chiaro con sensibilità e viene avviato un piano di trattamento condiviso. Tuttavia, la maggior parte delle persone si rivolge a medici o terapeuti per un dolore di spalla non traumatico e idiopatico, la cui causa specifica è sconosciuta e difficilmente identificabile.

E qui si apre uno dei dibattiti più controversi relativi alla diagnosi nel dolore alla spalla (e non solo): da una parte ci sono i “rivoluzionari”, che vorrebbero eliminare tutte le etichette diagnostiche, e dall'altra i “conservatori”, che lotteranno fino alla fine per mantenerle. I primi, sostengono che eliminando le etichette diagnostiche è possibile evitare situazioni di ipervigilanza, ansia e paura, che potrebbero ostacolare il risultato; dall'altra, i “conservatori” sono convinti che i pazienti comprendano i termini diagnostici e, anzi, “desiderino dare un nome ed un cognome alla loro condizione”.

In relazione alla spalla, una diagnosi clinica che ha causato notevoli dibattiti è il “dolore alla spalla correlato alla cuffia dei rotatori” (RCRSP, *Rotator Cuff Related Shoulder Pain*). Questo termine è stato introdotto da Lewis nel 2016, proprio con l'obiettivo di trovare una via di mezzo tra i “rivoluzionari” e i “conservatori”. Lewis sostiene che i termini comunemente utilizzati, come “sindrome da conflitto subacromiale”, potrebbero non essere condizioni realmente esistenti e che possano, invece, generare grande paura nel paziente ([Lewis, 2016](#); [Cuff & Littlewood, 2018](#); [Lewis, 2017](#); [Lewis, 2018](#); [Malliaras et al., 2021](#), [Lewis & Fernández-De-Las-Peñas, 2022](#)).

Lewis ha anche messo in dubbio l'utilità delle diagnosi “pato-anatomiche”, che tentano di spiegare i sintomi **sulla base dell'imaging** (ad es. lesione del cerchione glenoideo, rottura del tendine della cuffia dei rotatori). Questo assume ancora più senso se si considera l'alta prevalenza di tali “reperti” anche negli individui asintomatici, o se si considera che la chirurgia mirata a “riparare” tali “lesioni” non sembra essere meglio del placebo o della fisioterapia.

Tuttavia, come abbiamo accennato, l'evidenza sottolinea l'importanza per il paziente di ricevere una diagnosi ([Barber et al., 2022](#); [Maxwell et al., 2021](#); [Plinsinga et al., 2021](#)); questa, però, dovrebbe essere una diagnosi clinica appropriata, priva di etichette pato-anatomiche imprecise o inadeguate, per i motivi delineati poco fa.

In quest'ottica, dunque, il termine RCRSP è probabilmente la migliore soluzione intermedia tra i due estremi, tra i "rivoluzionari" ed i "conservatori".

Pertanto, è consigliato ipotizzare il RCRSP se all'anamnesi si identifica un dolore di spalla collegato ad un recente aumento del carico (ad es. attività fisica o di vita quotidiana), in assenza di bandiere rosse e una volta escluse condizioni alternative, quali instabilità di spalla o rigidità di spalla ("spalla congelata"). L'ipotesi si rinforza ulteriormente se vi sono differenze di dolore, forza e/o resistenza (tra i due lati) ai test di attivazione muscolare, soprattutto nei movimenti di elevazione e rotazione esterna.

A questo punto, potremmo informare il paziente così:

"Sulla base della nostra discussione e dei risultati della valutazione clinica, è probabile che tu abbia un dolore alla spalla correlato alla cuffia dei rotatori. La cuffia dei rotatori comprende i muscoli, i tendini e le strutture circostanti, che contribuiscono al movimento della spalla".



I muscoli della cuffia dei rotatori, i tendini e le borse lavorano insieme per muovere e controllare la spalla durante le attività quotidiane, lavorative e sportive. Il RCRSP è il **problema alla spalla più frequente** ed è associato a dolore, debolezza, perdita di funzionalità e, per molti, difficoltà a dormire.

RCRSP è un termine “ombrello” che include condizioni quali: sindrome/dolore da conflitto sub-acromiale, lesione (atraumatica o traumatica) della cuffia dei rotatori (parziale o a tutto spessore), tendinite, tendinosi, tendinopatia e patologie della borsa.

Secondo [Lewis \(2016\)](#), il termine RCRSP sarebbe più appropriato rispetto alle tradizionali diagnosi pato-anatomiche, in quanto è **estremamente difficile identificare una specifica patologia come principale causa del dolore alla spalla.**

Inoltre, la presentazione clinica è quasi sempre influenzata da **fattori individuali, socio-culturali, emotivi e comportamentali**, il che complica ulteriormente la possibilità di individuare una singola struttura come fonte del dolore.



"Non lo so, non mi convince ancora... Perché dovrei utilizzare il termine RCRSP?"

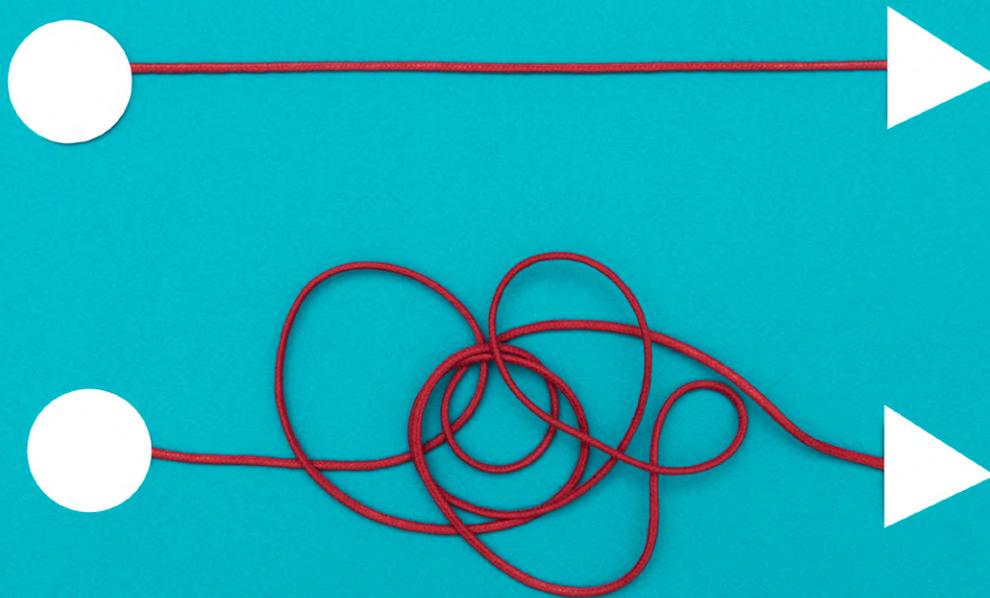
Principalmente per uscire dal concetto di diagnosi pato-anatomica, che è poco accurata e potenzialmente “dannosa” per il paziente, il quale potrebbe sviluppare paura, ansia, stress, comportamenti di evitamento, ed essere più spinto a preferire interventi chirurgici con l'obiettivo di “riparare la struttura”; infatti, Zadro et al. (2021) hanno scoperto che le etichette diagnostiche "*rottura della cuffia dei rotatori*" e "*sindrome da conflitto subacromiale*" erano quelle che, più di altre, incoraggiavano le persone a considerare la chirurgia.

Parlando di RCRSP, invece, i pazienti tenderebbero a interpretare la loro condizione maggiormente come un dolore muscolo-tendineo, causato per lo più da “debolezza” e/o modifiche recenti di attività, siano esse quotidiane, lavorative e/o sportive; questa visione potrebbe, inoltre, aiutare il paziente a percepire la necessità e l'efficacia del programma di esercizi, incrementando così l'aderenza al piano terapeutico.

Le pagine da 6 a 15 non sono disponibili nell'estratto gratuito.

PUOI LEGGERLE NELLA RIVISTA COMPLETA CHE TROVI QUI!





DIAGNOSI DIFFERENZIALE NEL DOLORE DI SPALLA

Fare una “**diagnosi funzionale**” è l'obiettivo primario di ogni fisioterapista nell'ambito della propria pratica professionale; tale diagnosi risulta alquanto complessa nei soggetti con dolore alla spalla. La coesistenza di molteplici patologie, il fatto che non si possano ritenere affidabili i test ortopedici “speciali”, la mancanza di un'associazione diretta tra i risultati degli esami di diagnostica per immagini e i sintomi clinici, così come il possibile coinvolgimento di segmenti prossimali rendono molto difficile individuare l'origine esatta del dolore alla spalla. Inoltre, quando parliamo di RCRSP, dobbiamo tenere a mente che, come abbiamo già ampiamente detto, **non è possibile identificare una causa specifica alla**

base del dolore di spalla (e molto probabilmente non è neanche necessario).

Ciò che risulta di primaria importanza è, come sempre, la **diagnosi differenziale**, al fine di:

1. Escludere **patologie gravi e/o non di competenza** fisioterapica;
2. Escludere il **rachide cervicale** come fonte della presentazione clinica;
3. Escludere **altre patologie di spalla** (ad es. instabilità di spalla o rigidità di spalla) che non rientrano nel RCRSP.

1) Escludere patologie gravi e/o non di competenza fisioterapica

La maggior parte delle condizioni muscoloscheletriche che coinvolgono la spalla sono benigne e rispondono in modo favorevole ad un approccio conservativo. Tuttavia, in una piccola parte di casi, i sintomi che sembrano essere di origine muscolo-scheletrica sono causati da patologie più gravi e/o da fonti non muscolo-scheletriche. Queste patologie possono **mascherarsi** da condizioni muscolo-scheletriche nelle prime fasi della malattia, presentando al clinico una notevole sfida diagnostica. La mancata o ritardata diagnosi di una malattia grave può avere conseguenze devastanti per i pazienti. La diagnosi e l'intervento precoci sono invece essenziali per ottenere risultati migliori. Pertanto, il clinico dovrebbe sempre prendere in considerazione un'ampia gamma di diagnosi differenziali e mirare ad escludere possibili patologie gravi mascherate da condizioni muscoloscheletriche, con l'aiuto delle cosiddette **bandiere rosse**.

Le pagine da 18 a 26 non sono disponibili nell'estratto gratuito.

PUOI LEGGERLE NELLA RIVISTA COMPLETA CHE TROVI QUI!





VALUTAZIONE EVIDENCE-BASED SPECIFICA PER RCRSP

Dopo aver trattato la diagnosi differenziale, andiamo ora a vedere **tutti gli step** per impostare un ragionamento evidence-based nella valutazione del RCRSP.

Attualmente non disponiamo di criteri diagnostici standardizzati. Negli ultimi anni, sono state pubblicate alcune proposte, ma nessuno studio ha utilizzato una metodologia sufficientemente affidabile.

Di recente, è stato pubblicato uno studio Delphi ([Requejo-Salinas et al., 2022](#)) che ha cercato di identificare i **descrittori clinici** più rilevanti ed essenziali per poter diagnosticare l'RCRSP. Questo è il primo studio Delphi in

cui ci si propone di raggiungere un consenso standardizzato sui criteri diagnostici per l'RCRSP.

Da questo studio, sono stati ottenuti un totale di 18 descrittori clinici in sei macro-categorie:

- Esame soggettivo;
- Esame fisico;
- Test speciali;
- Test funzionali;
- Misure di outcome riportate dal paziente;
- Diagnostica per immagini.

Di seguito analizzeremo nello specifico i 6 punti.

1) Esame soggettivo

L'esame soggettivo è una parte fondamentale della valutazione, tanto che il **75-83%** delle diagnosi viene fatto in base ai risultati ottenuti mediante tale esame ([Requejo-Salinas et al., 2022](#)). Ecco allora gli **aspetti principali** da considerare all'anamnesi in caso di sospetto RCRSP: usali per guidare il tuo ragionamento clinico!

C'è stato un aumento recente del carico? Il dolore correlato al carico meccanico si è rivelato uno dei principali descrittori clinici dell'RCRSP nel campo dell'analisi soggettiva. Nonostante l'RCRSP abbia un'origine multifattoriale, una cattiva gestione del carico (ad es. un carico eccessivo o una modifica delle normali attività quotidiane, lavorative o sportive) sembra essere il fattore causale più determinante, che gioca un ruolo critico nell'esordio e nella progressione della patologia.

Inoltre, nonostante il RCRSP non interessi solo i tendini, sembra probabile che il dolore abbia un andamento simile a quello descritto per le **tendinopatie** (ad es. andamento *"on/off"* dipendente dalla quantità di carico applicato). Una chiara evidenza di quanto il carico meccanico possa incidere sull'insorgenza del RCRSP è il fatto che tale patologia, solitamente, è correlata allo svolgimento di attività che comportano un certo carico nell'elevazione della spalla, pertanto tende ad essere prevalente sul lato dominante, nei soggetti attivi e che lavorano, nonché nelle attività o negli sport caratterizzati da gesti overhead.

Dove è localizzato il dolore? Per quanto riguarda la localizzazione del dolore, gli autori concordano sul fatto che l'area del corpo indicata, nella maggior parte dei casi, come punto doloroso nei soggetti affetti da RCRSP è la **regione deltoidea**; questo elemento è in linea con i precedenti studi e con i modelli sperimentali del dolore.

Quanti anni ha il paziente? L'età di insorgenza dell'RCRSP si attesta in genere attorno ai 45-55 anni. Pertanto, **avere più di 50 anni** è un indizio significativo per la diagnosi di dolore di spalla correlato alla cuffia dei rotatori, soprattutto tra i soggetti attivi.

Il dolore infastidisce il sonno? Il RCRSP influisce sul sonno. La relazione tra la presenza di una patologia della spalla e i disturbi del sonno è già stata stabilita in diversi studi. Per tale motivo, se il paziente con dolore alla spalla racconta di aver difficoltà a dormire, soprattutto sul fianco sintomatico, una volta escluse patologie gravi, l'ipotesi che abbia RCRSP si rinforza.

Nel complesso, aspetti legati allo stile di vita di un paziente, come la qualità del sonno, possono giocare un ruolo molto importante in soggetti affetti da dolore muscoloscheletrico. Ad esempio, secondo la maggior parte degli studi, la **privazione del sonno** produce alterazioni iperalgesiche. Inoltre, l'insonnia o, in generale, la mancanza di sonno possono compromettere i processi fisiologici alla base del recupero tendineo. Infine, i disturbi del sonno sono frequentemente associati ad **ansia e depressione**, e ciò mette maggiormente in evidenza l'importanza di valutare anche l'aspetto "psicologico" nei soggetti affetti da RCRSP.

Il paziente fuma? Beve alcol? È sovrappeso o obeso? Ha malattie metaboliche (ad es. diabete)? Sembra esserci una relazione dose-dipendente e tempo-dipendente tra il consumo di tabacco e la comparsa di alterazioni patologiche della cuffia dei rotatori e, più in generale, di dolore alla spalla. Altri fattori legati allo stile di vita (ad es. indice di massa corporea, consumo di alcol e patologie concomitanti come il diabete) possono essere correlati allo sviluppo di RCRSP. Pertanto, è importante indagare all'anamnesi questi elementi, poiché la loro presenza può rinforzare ulteriormente il sospetto di RCRSP.

C'è assenza di sintomi neurologici? L'assenza di sintomi neurologici è un elemento che ci avvicina ulteriormente alla diagnosi di RCRSP. Per tale motivo, indagare anche questo aspetto durante l'esame può aiutarci ad escludere un problema neurologico (come ad es. la radicolopatia cervicale) e, di conseguenza, includere la cuffia dei rotatori (e le strutture ad essa associate) come causa del dolore alla spalla.



Valutazione biopsicosociale

Una valutazione biopsicosociale è fondamentale nei pazienti con RCRSP e, in generale, in tutti quelli con dolore cronico di tipo neuro-muscolo-scheletrico.

Fortemente consigliata è la valutazione dello **stile di vita**, nonché dei fattori di rischio associati, tra cui dieta, fumo, bassi livelli di attività, BMI elevato o disturbi metabolici.

Inoltre, è importante considerare in che modo le **convinzioni** dei pazienti riguardo al dolore, le **strategie di coping** o il **contesto sociale** possano contribuire allo sviluppo dei sintomi (*Mallows et al., 2017*). In questo senso, è consigliato utilizzare **domande aperte** e un **ascolto attivo** per esplorare le idee, le preoccupazioni e i quesiti del paziente circa i propri sintomi (*Matthys et al., 2009*). In sintesi, le cosiddette **bandiere gialle** (fattori psicosociali come stress, paure, convinzioni, comportamenti di evitamento) sono una componente significativa da esaminare, identificare e affrontare, poiché la ricerca suggerisce che nei pazienti che impiegano più tempo a rispondere al trattamento, tali fattori possono avere una maggiore prevalenza.

Infine, il dolore persistente può dipendere anche dalla **sensibilizzazione del sistema nervoso centrale**, che può provocare iperalgesia diffusa, dolore sproporzionato o alterazione della soglia del dolore alla pressione o al freddo (*Plisinga et al., 2015*), tutti elementi che devono essere considerati in ottica biopsicosociale.

2) Esame fisico

I test resistiti riproducono il dolore? Nel paziente con RCRSP dobbiamo essere in grado di riprodurre il dolore familiare attraverso movimenti resistiti, in particolare nell'abduzione della spalla e nella rotazione esterna. Questo aspetto, evidenziato anche da precedenti studi, suggerisce che **la riproduzione del dolore familiare con i movimenti resistiti è la chiave per la diagnosi di RCRSP**. A seconda dello stadio della patologia e del livello di sensibilizzazione dei tessuti, lo stesso tipo di dolore potrebbe essere riprodotto anche con altri movimenti resistiti (ad es. flessione resistita).

La forza muscolare è ridotta? Alcuni autori ritengono necessario valutare la forza muscolare nel caso di sospetto RCRSP. Infatti, l'RCRSP è stato anche denominato *"sindrome della spalla debole e dolorosa"*. Sembra, infatti, che il dolore subacromiale induca alterazioni nell'attività elettromiografica della muscolatura della spalla e nella sua capacità di generare forza. Nonostante nei pazienti con RCRSP si riscontrino deficit di forza, principalmente nell'abduzione della spalla e nella rotazione esterna, le prove a tal riguardo sono contrastanti e i risultati dei test muscolari vanno interpretati con cautela.

3) Test speciali

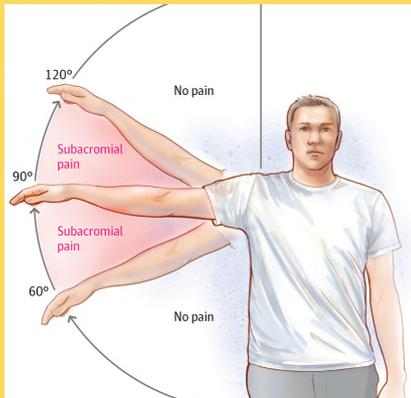
"E i test speciali... quali posso utilizzare?" Verosimilmente nessuno, perché nessun test speciale sembra essere affidabile e rilevante per la diagnosi di RCRSP. Tale affermazione è coerente con la letteratura attuale, che

mette in discussione l'utilità dei test ortopedici nella diagnosi del dolore alla spalla. La maggior parte dei test ortopedici utilizzati per diagnosticare il dolore alla spalla, incluso il RCRSP, presenta infatti **un'accuratezza diagnostica molto bassa**. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che, quando si conduce un test speciale, non si ha la possibilità materiale di isolare e sollecitare in modo specifico una singola struttura anatomica, oltre al fatto che vi possono essere diverse strutture anatomiche coinvolte nel RCRSP. Pertanto, attualmente, si raccomanda di non utilizzare i test speciali nel tentativo di stabilire l'origine del dolore alla spalla. In questo senso, i test "speciali" dovrebbero essere considerati più come test di "provocazione", per capire quali movimenti, attività o compiti funzionali sono maggiormente correlati ai sintomi (questo servirà soprattutto in fase di costruzione del programma di esercizi).

Alcuni test speciali, soprattutto se inseriti all'interno di un **cluster**, potrebbero avere qualche utilità nel guidare il processo valutativo nei pazienti affetti da dolore alla spalla. Tuttavia, tali test andrebbero inclusi in un quadro molto più ampio e non possono essere ritenuti uno strumento diagnostico autonomo.

Secondo Biederwolf (2013), un ottimo cluster per la valutazione del dolore di spalla correlato alla cuffia dei rotatori sarebbe composto da 3 elementi: **segno dell'arco doloroso**, **test di Hawkins-Kennedy** e **test di rotazione esterna resistita**. Se tutti e 3 sono positivi, ci sarebbe una probabilità del 95% di essere davanti ad un RCRSP.

(continua)



1) Segno dell'arco doloroso (Painful Arc Sign)

Il paziente abduce la spalla attivamente. Il test è positivo se riproduce dolore tra i 60° e i 120°.

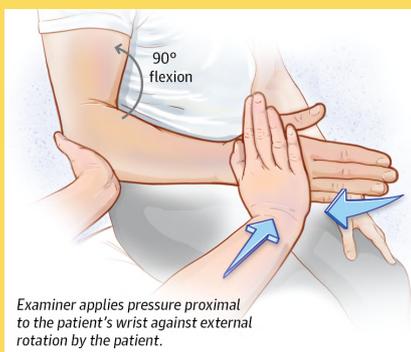
Immagine da [Hermans et al. \(2013\)](#).



2) Test di Hawkins-Kennedy

Il clinico sostiene il braccio del paziente in flessione a 90° ed esegue una rotazione interna passiva. Il test è positivo se riproduce i sintomi del paziente.

Immagine da [Cools et al. \(2018\)](#).



3) Rotazione esterna resistita

Con il gomito flesso a 90° ed il braccio vicino al corpo, il paziente cerca di extra-ruotare la spalla, mentre il clinico applica una pressione sul polso in direzione opposta. Il test è positivo se riproduce i sintomi del paziente.

Immagine da [Hermans et al. \(2013\)](#).

Test "speciali" per la spalla: è tempo di pensionarli?

Secondo *Salamh & Lewis (2020)* più di 70 test "speciali" sarebbero stati sviluppati e utilizzati per identificare una specifica struttura come fonte del dolore di spalla; tuttavia, a causa della loro scarsa specificità, è arrivato il momento di abbandonarli o, quantomeno, rivalutarli.

Secondo alcuni dati presenti in letteratura, 2 test famosissimi come il full can o l'empty can attiverrebbero rispettivamente altri 8 e 9 muscoli della spalla, allo stesso momento e ad un livello equivalente a quello del sovraspinato! Questo, di fatto, va contro il concetto base che da decenni viene insegnato insieme a questi test, e cioè la possibilità di isolare tale muscolo in modo specifico (*Boettcher et al., 2009*)!

Secondo gli autori, non saremo mai in grado di isolare il dolore dalla nocicezione. Dati i complessi meccanismi alla base del dolore, l'unica cosa che questi test ci possono suggerire è semplicemente che stiamo "stressando" dei tessuti già "sensibilizzati".

Pertanto, l'uso di questi test allo scopo di determinare la fonte del dolore alla spalla non è raccomandato, né accettato, nella pratica. I clinici dovrebbero eseguire un esame completo per escludere segnali di allarme, determinare movimenti e attività "provocanti" e indagare i fattori rilevanti associati allo stile di vita.

In conclusione, secondo gli autori, un'accurata anamnesi, seguita dall'esame fisico, sono sufficienti per formulare ipotesi e impostare il trattamento, senza l'utilizzo di test "speciali".

4) Test funzionali

I test funzionali basati sulle **prestazioni** vengono eseguiti nel tentativo di quantificare e discriminare tra loro le differenti alterazioni delle funzioni corporee del paziente. Diversi test funzionali che interessano gli arti superiori sono stati descritti e valutati sia in ambito riabilitativo che di prevenzione degli infortuni, prendendo in considerazione, in particolar modo, la regione della spalla. Di recente, inoltre, sono state riassunte le proprietà psicometriche di tali test. Gli autori ritengono che i test funzionali siano rilevanti per i pazienti affetti da RCRSP che presentano **sintomi lievi** o che sono ormai **alla fine del percorso di riabilitazione**. Tuttavia, nessun test funzionale, preso da solo, ha ottenuto un consenso così elevato da essere ritenuto effettivamente utile per la diagnosi di RCRSP. Sulla base di questi risultati, i test funzionali possono quindi essere **utili per esaminare un paziente affetto da RCRSP con sintomi lievi** ([Requejo-Salinas et al., 2022](#)).

I test funzionali, inoltre, sono ritenuti **utili per valutare anche un'eventuale modifica dei sintomi**. Nello specifico, si consiglia di ricorrere a procedure che valutano la variazione nel tempo dei sintomi in base alla riproduzione dei sintomi stessi, facendo svolgere al paziente degli specifici movimenti funzionali.

5) Misure di outcome riportate dal paziente (PROM)

Esistono diverse **PROM** (misure di outcome riportate dal paziente, dall'inglese *Patient-Reported Outcome Measures*) per la valutazione del dolore e della

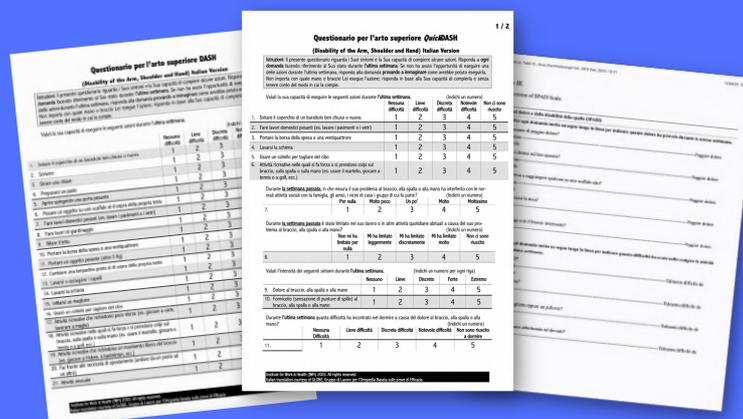
funzionalità della spalla, come il questionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH), il Quick DASH, lo Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), il Constant (Murley) Score (CS) , e l'American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Standardized Shoulder Assessment Form.

Alcuni questionari, tra cui il Rotator Cuff-Quality Of Life e il Western Ontario Rotator Cuff (WORC) index, sono stati sviluppati nello specifico per soggetti affetti da RCRSP.

Le PROM sarebbero particolarmente utili per stabilire il trattamento e la prognosi, ma non per fare una diagnosi di RCRSP. I questionari inerenti il dolore alla spalla si sono rivelati validi, affidabili e particolarmente sensibili alle variazioni della condizione del paziente, anche se alcuni di questi questionari non riguardano nello specifico l'articolazione della spalla (ad es. DASH) e pochissimi sono stati pensati esclusivamente per l'RCRSP.



Su Streamed puoi accedere al database con le scale di valutazione in italiano. [Clicca qui!](#)



6) Diagnostica per immagini

Come per la maggior parte delle condizioni muscoloscheletriche non traumatiche, se non vi è il sospetto di una grave patologia, è **sconsigliato l'impiego iniziale dell'imaging** ([Lin et al., 2020](#)). Pertanto, nei pazienti con dolore alla spalla è necessario ricorrere alla diagnostica per immagini in presenza di: **campanelli d'allarme (bandiere rosse), traumi pregressi e mancanza di risposta a un trattamento conservativo della durata minima di 3 mesi.**

La risonanza magnetica e l'ecografia si sono rivelati due validi strumenti per diagnosticare importanti lesioni della cuffia dei rotatori, avendo livelli di sensibilità e specificità comparabili tra loro. Tuttavia, queste metodiche risultano meno sensibili nei casi in cui ci si propone di identificare una lesione della cuffia dei rotatori più contenuta. Inoltre, non tutti gli autori concordano sulla reale utilità dell'imaging nel prendere decisioni e nel fare diagnosi in caso di pazienti con dolore alla spalla, inclusi quelli affetti da RCRSP, in quanto l'esito di tali analisi non è facilmente correlabile ai sintomi manifestati dai pazienti. Infatti, come abbiamo già ampiamente ribadito, nei pazienti con dolore alla spalla è **difficile identificare la struttura specifica responsabile della sintomatologia**, ciò perché in questi casi coesistono differenti alterazioni tissutali.

Infine, se si accetta il fatto che l'esercizio fisico è fondamentale nella gestione e nel trattamento dell'RCRSP e che si raccomanda di attendere **almeno 12 settimane** prima di stabilire se i risultati dei trattamenti possono essere considerati soddisfacenti, diventa logico

aspettarsi che, in assenza di altre motivazioni elencate precedentemente, gli eventuali esami di imaging vengano richiesti solo dopo la mancata risposta a un minimo di 3 mesi di esercizi.

Studio di riferimento:

- *[Requejo-Salinas, Néstor, et al. "International physical therapists consensus on clinical descriptors for diagnosing rotator cuff related shoulder pain: A Delphi study." Brazilian journal of physical therapy 26.2 \(2022\): 100395.](#)*



TRATTAMENTO EVIDENCE-BASED DEL PAZIENTE CON RCRSP

Il trattamento del RCRSP è spesso una sfida per fisioterapisti e medici, in quanto la **presentazione clinica è complessa e varia** tra gli individui. Tuttavia, in letteratura vi è un generale consenso sull'importanza **dell'esercizio fisico e dell'educazione** come trattamenti di prima linea per il RCRSP ([Boland et al., 2021](#)). Infatti, uno degli obiettivi principali della riabilitazione dovrà essere quello di favorire l'autoefficacia, impiegando **trattamenti attivi e utilizzando un approccio decisionale condiviso**.

Di seguito, analizzeremo nel dettaglio le opzioni di **trattamento** più studiate in letteratura per la gestione del paziente con RCRSP.

Le pagine successive non sono disponibili nell'estratto gratuito.

**PUOI LEGGERLE NELLA RIVISTA
COMPLETA CHE TROVI QUI!**





 streamed



4,9 su 5

(su 500+ recensioni)

Non solo riviste, con **Streamed** ottieni tutto questo:

- **500+ ore** di contenuti formativi, in continua crescita mese dopo mese
- **Videocorsi certificati** con diploma per potenziare il tuo curriculum
- **100 crediti ECM**, così assolvì l'obbligo senza stress
- **Rivista digitale mensile**, con gli aggiornamenti dalla letteratura
- **Libreria esercizi** (300+ video per creare programmi ai tuoi pazienti)
- **Linee guida e scale di valutazione** aggiornate e in italiano
- **App dedicata**, così porti la formazione sempre con te

Streamed aiuta già **oltre 20.000** terapeuti.

Sarai TU il prossimo?



FISIOTERAPIA
INTERATTIVA

 streamed

