

**Update Reumatologia 2026  
per medici di famiglia**

**Dolori alle spalle  
Diagnostica efficiente,  
terapia di successo**

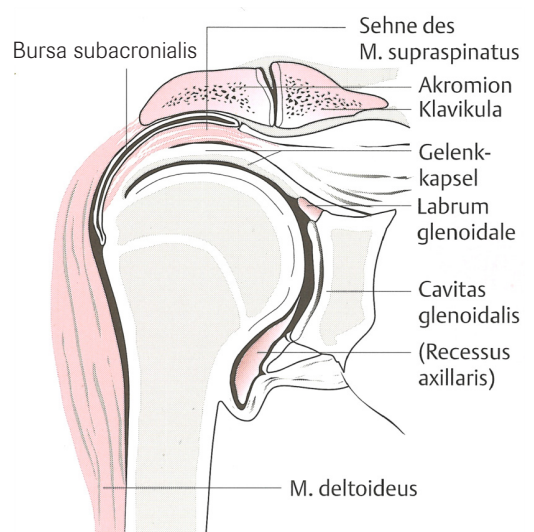
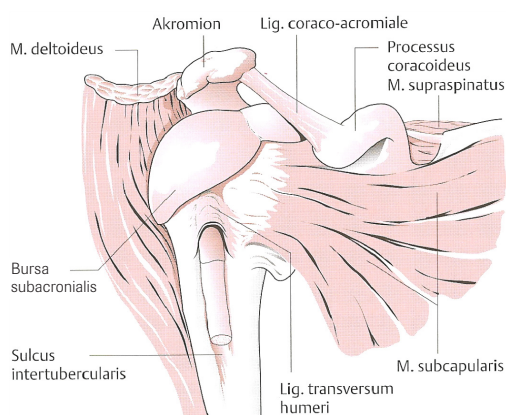
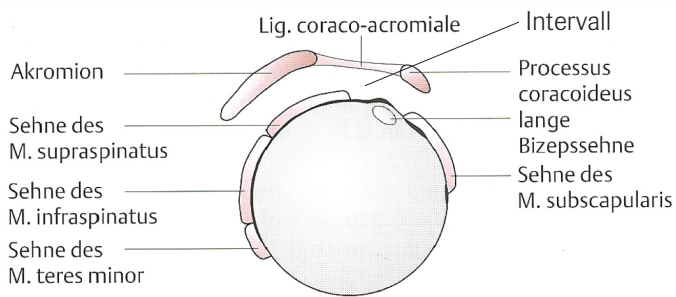
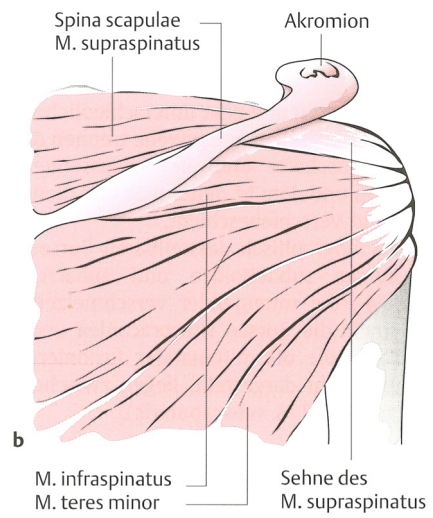
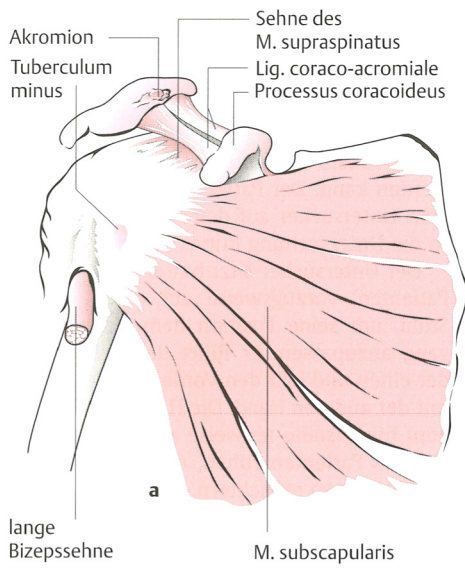
**Lega svizzera contro il reumatismo**  
Il movimento è salute



# Sommario

|          |                                                                    |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Anatomia della spalla</b>                                       | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Patologie</b>                                                   | <b>4</b>  |
| <b>3</b> | <b>Anamnesi ed esame clinico</b>                                   | <b>5</b>  |
| 3.1      | Anamnesi                                                           | 5         |
| 3.2      | Esame generale                                                     | 6         |
| 3.3      | Test specifici                                                     | 7         |
| <b>4</b> | <b>Radiologia</b>                                                  | <b>10</b> |
| <b>5</b> | <b>Quadri clinici specifici</b>                                    | <b>11</b> |
| 5.1      | Lesione della cuffia dei rotatori                                  | 11        |
| 5.2      | Sindrome da impingement                                            | 11        |
| 5.3      | Calcificazioni della cuffia dei rotatori (PHS calcarea)            | 12        |
| 5.4      | Instabilità croniche                                               | 13        |
| 5.5      | Artrosi dell'articolazione AC e della spalla                       | 13        |
| 5.6      | Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder) | 14        |
| 5.7      | Affezioni neurologiche della spalla                                | 15        |
| 5.8      | Lesioni del labbro                                                 | 16        |
| 5.9      | Lussazione acromion-claveare                                       | 16        |
| 5.10     | Sindrome algica miofasciale                                        | 16        |
| <b>6</b> | <b>Aspetti particolari della terapia</b>                           | <b>17</b> |
| 6.1      | <b>Fisioterapia</b>                                                | 17        |
| 6.2      | Tecnica di iniezione                                               | 18        |
| <b>7</b> | <b>Aspetti chirurgici del dolore alla spalla</b>                   | <b>19</b> |

# 1 Anatomia della spalla



## 2 Patologie

**Periarticolari** (spesso denominate descrittivamente «periartropatie omero-scapolari» – PHS)

- Impingement subacromiale (funzionale, osteofita nella parte inferiore dell'articolazione AC [Acromio-Clavicolare], borsite subacromiale, calcificazione della cuffia dei rotatori)
- Lesione della cuffia dei rotatori (frattura totale / parziale)
- Tendinite calcifica (reazione infiammatoria acuta nella / attorno alla calcificazione)
- Borsite subacromiale (cristalli, altre patologie reumatico-infiammatorie; se bilaterale: polimialgia reumatica)
- Affezioni al tendine del bicipite (lussazione, rottura, tendinite)

### Articolari

#### Articolazione gleno-omeroale

- Omartrosi (per lo più secondaria), artropatia da cristalli, quadro misto artrosi / artrite (idrossiapatite = spalla di Milwaukee, pirofosfato di calcio = CPPD [Calcium PyroPhosphate Dihydrate], gotta)
- Instabilità della spalla (instabilità multidirezionale, p. es. in caso di iperlassità costituzionale; allungamento della capsula, soprattutto sublussazioni anteriori)
- Omartrite (patologie reumatico-infiammatorie, p. es. artrite reumatoide, cristalli, di rado infettiva)
- Trauma all'articolazione della spalla (frattura, contusione, lussazione, lesione del labbro ecc.)
- Necrosi della testa omerale (frattura subcapitale dell'omero, terapie con glucocorticoidi, alcol, coagulopatie ecc.)
- Malattia ossea (tumore osseo, morbo di Paget, osteomielite, displasia, condromatosi)
- Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)

#### Articolazione acromio-clavicolare (AC) e sterno-clavicolare (SC)

- Artrosi AC e / o artrosi SC (degenerativa)
- Artrite AC (condrocalinosi, reumatico-infiammatoria, di rado infettiva)
- Artrite SC (osteite / sindrome di SAPHO [Synovitis Acne Pustolosis Hyperostosis Osteomyelitis])
- Trauma (soprattutto lussazioni) / instabilità AC
- Malattia ossea (tumore osseo, morbo di Paget, osteomielite, displasia)

### Neurogene

- Sindrome da spondilosi toracica e cervicale
- Sindrome cervico-radicolare
- Neuropatia (amiotrofia nevralgica della spalla, n. soprascapolare, n. dorsale della scapola)
- Complex regional pain syndrome = CRPS I (sindrome spalla-mano, morbo di Sudeck, algodistrofia)
- Sindrome da compressione dello stretto toracico superiore (Thoracic outlet syndrome = TOS)

### Sindrome algica miofasciale

- Spesso causata da una postura scorretta (anamnesi professionale!)
- Disequilibrio [Dysbalance] muscolare
- Pazienti affetti da dolori cronici (ad es. fibromialgia)

### Organi interni

- In caso di malattie di organi interni (cuore, aorta, polmoni, cistifellea, diaframma ecc.)

## 3 Anamnesi ed esame clinico

### 3.1 Anamnesi

Un'anamnesi mirata fornisce informazioni sulle possibili cause dei dolori alla spalla e consente di effettuare un esame clinico mirato oltre che tutti gli esami supplementari.

L'**anamnesi reumatologica della spalla** dovrebbe contemplare i seguenti aspetti:

**1. Dove** si manifestano i dolori?

- Spalla, articolazione AC, irradiazione alla nuca, nella parte superiore del braccio ecc.
- Circoscritti, diffusi
- Solo articolazione della spalla o anche altre localizzazioni

**2. Come** si manifestano i dolori?

- Acuti o con lenta fase iniziale
- Localizzati o con irradiazione, se sì, dove esattamente
- Spontanei, a riposo o in condizioni di carico
- Intensità
- Ulteriore intorpidimento o debolezza

**3. Quando** si manifestano i dolori?

- Inizio, durata
- Costanti, intermittenti
- Di notte, a riposo (infiammatori)
- In condizioni di carico, dolori associati all'inizio del movimento (degenerativi)
- Precedenti episodi con dolori articolari / alla spalla

**4. Perché** si manifestano i dolori?

- Senza una causa apparente
- Natura post-traumatica
- Dopo un'infezione (episodio reattivo)

È inoltre molto importante la rilevazione dell'**anamnesi familiare e sistemica**:

- Sono interessate altre articolazioni oltre alla spalla?
- Sintomi sistemici come febbre, sudorazione notturna?
- Manifestazioni cutanee (p. es. psoriasi)?
- Dati anamnesici inerenti alla partecipazione di organi viscerali?
- Malattie reumatiche in famiglia, se sì quali?

### 3.2 Esame generale

#### Ispezione

Bordi, rilievo, gonfiore, movimenti spontanei  
Atrofie (soprattutto m. sovraspinato / infraspinato)  
Articolazione AC e SC  
Muscolo bicipite  
Postura (testa / spalle)

#### Palpazione

Articolazione AC (dolore alla pressione, fenomeno «tasto del pianoforte»)  
Muscolatura (m. deltoide, m. sovraspinato / infraspinato, nuca)  
Tendine del capo lungo del bicipite nel solco intertubercolare  
Tendine del capo breve del bicipite con inserzione al coracoide  
Articolazione SC

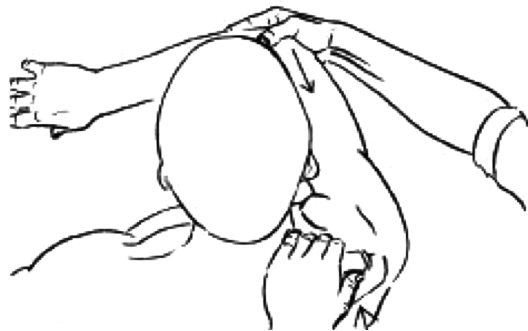
#### Mobilità attiva

**Test di Jobe** (intra-rotazione / retroflessione)  
**Test di Apley** (extra-rotazione e abduzione) come test globale  
Abduzione, adduzione, intra-rotazione, extra-rotazione secondo ROM  
(range of motion)  
**Painful Arc** ovvero arco doloroso (dolori in caso di abduzione tra 60° e 120°)

#### Mobilità passiva

Abduzione, adduzione, intra-rotazione, extra-rotazione secondo ROM  
(range of motion)  
**Impingement** con limitazione dell'abduzione, soprattutto in caso di abduzione passiva e intra-rotazione (per lo più dolorosa)  
**Body-Crosstest** (adduzione forzata con la mano sulla spalla opposta) in caso di patologia AC (Fig. 1)

Fig. 1



### 3.3 Test specifici

#### Test da impingement

Test di **Hawkins** (inrotazione passiva con braccio anteposto di 90° e gomito flessso) (Fig. 2)

Fig. 2



#### Instabilità

Traslazione anteriore, posteriore (Fig. 3)

**Test di apprensione** (extrarotazione passiva con abduzione a 90°) in caso di instabilità anteriore (Fig. 4)

Fig. 3



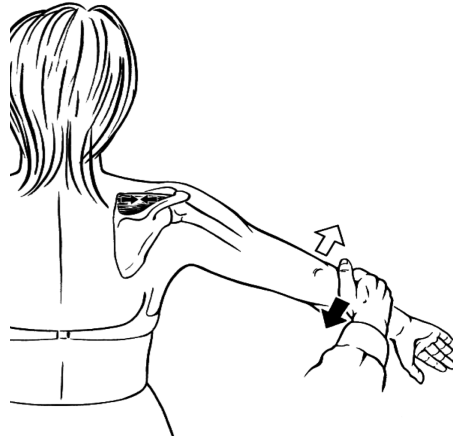
Fig. 4



### M. sovraspinato

Painful Arc ovvero arco doloroso, abduzione con resistenza  
**Test di Jobe** (con resistenza ad abduzione a 90° e con braccio anteposto di 30° e max. pronazione) (Fig. 5)

Fig. 5



### M. infraspinato

Extrarotazione passiva da posizione neutra o con abduzione a 90°  
**Lag Test** (abduzione a 90° e posizione di extrarotazione con resistenza all'intrarotazione dell'operatore. Rilasciando e in caso di patologie dell'infraspinato il braccio scatta avanti e verso il basso, il cosiddetto Drop sign) (Fig. 6)

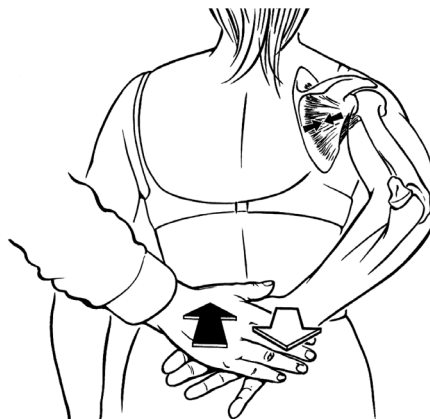
Fig. 6



### M. sottoscapolare

**Lift off Test** (mano alla massima intrarotazione posizionata dietro alla schiena e intrarotazione passiva con resistenza dell'operatore) (Fig. 7)

Fig. 7



**Tendine del capo lungo del bicipite**

**Palm Up Test** (braccio con gomito flesso a 90° e in posizione supina, flessione del gomito con resistenza dell'operatore) (Fig. 8)  
**Yergason Test** (supinazione passiva con resistenza a gomito flesso) (Fig. 9)

Fig. 8

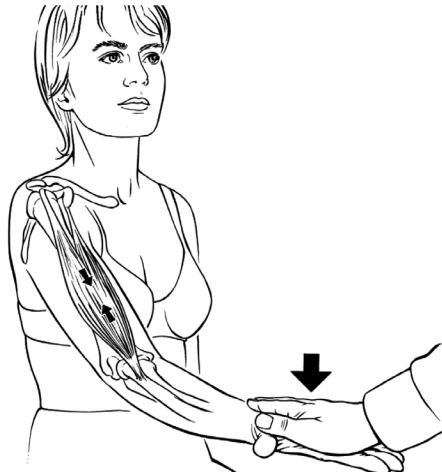


Fig. 9



**Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)**

Limitazione passiva e attiva dell'extrarotazione e dell'abduzione. Extrarotazione passiva in adduzione o in posizione supina (o con scapola ferma) come test sensibile.

**Outlet toracico (Thoracic Outlet)**

**Adson Test** in caso di sindrome dello scaleno: con la colonna cervicale iperestesa, rotazione della stessa nella direzione del sintomo: positivo se il polso non è più percettibile in massima inspirazione  
**Eden Test** in caso di sindrome costo-claveare: trazione del braccio in direzione dorso-caudale  
**Wright Test** [Test dell'iperabduzione] in caso di sindrome coraco-pettorale: abduzione passiva ed extrarotazione del braccio e massima rotazione della colonna cervicale verso il lato opposto

Test positivi nel caso in cui i sintomi (dolori, parestesie) sono riproducibili, polso non rilevabile, scolorimento della pelle

## 4 Radiologia

### Radiografia convenzionale

- Degenerazione, calcificazione, sindrome da impingement: proiezioni antero-posteriori (A / P) in extrarotazione e intrarotazione (con inclinazione cranio-caudale) / Neer
- Trauma: proiezione A / P in extrarotazione di 10° e Neer
- Lussazione acromio-calvicolare: panoramica
- Proiezione obsoleta in abduzione (intrarotazione della testa omerale) senza ulteriore acquisizione di informazioni

### Interpretazione

**Omartriosi o artrosi AC:** Classici segni tardivi: restringimento della cavità articolare, osteofiti, sclerosi subcondrale, cisti subcondrali.

Ricerca di sperone nella parte dell'acromion inferiore come possibile frequente causa di una sindrome da impingement.

**Calcificazioni:** 2 proiezioni in intrarotazione ed extrarotazione, spesso visibili solo in una proiezione.

**Frattura e lussazione:** spesso non si notano! (Fratture non dislocate dell'omero, ulteriori fratture in caso di lussazione della spalla, eventuali fratture della clavicola o della scapola).

**Omartrite:** segni radiologici non prima di 3-4 settimane e poco specifici. Pertanto poco significativi.

**Rottura della cuffia dei rotatori:** posizione rialzata della testa dell'omero come segno indiretto (cut off < 6 mm)

### Ultrasuoni

**Tendinopatia:** cuffia dei rotatori e tendine del capo lungo del bicipite incl. lussazione

**Calcificazioni:** deposito di calcio localizzabile per needling

**Borsite:** borsa subacromiale inspessita e piena di liquido ben visibile

**Versamento articolare:** dorsale in extrarotazione ben visibile a partire da pochi millilitri

**Vantaggio:** esame dinamico, possibilità di eseguire un'infiltrazione mirata, eventuale misurazione della vascolarizzazione (power doppler) in presenza di un'origine infiammatoria

**Limitazione:** lesioni del labbro non ben documentabili

### MRI

#### Nativo (risp. con mezzo di contrasto intravenoso [IV])

Esame utile e sensibile soprattutto nelle seguenti problematiche:

- Omartrite / sinovite
- Fratture non individuabili in modo radiologico convenzionale
- Strutture ossee (tumore, necrosi della testa omerale)
- Strutture tendinee (ma poco sensibile per i depositi di calcio!)
- Muscolatura (adiposi, atrofia)

#### Con mezzi di contrasto intraarticolari = artro-MRI

- Lesioni della cuffia dei rotatori
- Lesioni del labbro

### CT [Tomografia Computerizzata]

Indicata solo in casi di trauma con problematiche specifiche ai fini della programmazione di un intervento chirurgico

## 5 Quadri clinici specifici

### 5.1 Lesione della cuffia dei rotatori

#### Patogenesi

- Degenerativa a causa dell'ipovascolarizzazione e degenerazione secondaria delle fibre
- Meccanica a causa di impingement cronico
- Traumatica
- Parziale (non perforante / perforante), completa

#### Diagnostica

- Test specifici (p. es. test di Jobe) a seconda del tendine interessato, ev. con pseudo-paralisi / braccio pendente ovvero paralisi
- Sonografia, artro-MRI

#### Terapia

- Lesioni degenerative in pazienti anziani: iniziare sempre con terapia conservativa, infiltrazione di steroidi subacromiale, ev. fisioterapia. In caso di dolori resistenti alla terapia o soprattutto di disturbi funzionali troppo forti, intervenire chirurgicamente.
- Rotture traumatiche in pazienti giovani: se possibile intervenire chirurgicamente al più presto

### 5.2 Sindrome da impingement (problemi associati alla cuffia dei rotatori)

Causa primaria per la maggior parte delle lesioni della cuffia dei rotatori e del tendine del capo lungo del bicipite, causa più frequente di disturbi cronici alla spalla.

#### Patogenesi

##### Impingement primario

- Restringimento del passaggio del sovraspinato sotto all'acromio anteriore, al legamento coraco-acromiale e della superficie inferiore dell'articolazione AC
- Fattori che favoriscono questo stato: legamento coraco-acromiale inspessito, forma e angolo di inclinazione dell'acromio, osteofiti caudali nella regione dell'articolazione AC artrosica

##### Impingement secondario

- Trochite ovvero tubercolo maggiore prominente dopo la frattura
- Perdita dei depressori della testa in caso di lesione della cuffia dei rotatori
- Perdita del meccanismo di sospensione della spalla (vecchia lussazione AC Tossy III)
- Ispessimenti della borsa (borsite), grossi depositi calcarei
- Sollecitazione non fisiologica, p. es. in caso di paraplegia

#### Diagnostica

**Clinica:** test specifici (p. es. painful arc ovvero arco doloroso, test di Hawkins)

Ev. infiltrazione subacromiale di prova con anestetico locale (test di Neer)

**Radiologia convenzionale:** spalla sollevata, calcificazioni, forma dell'acromio, artrosi AC

**Radiologia estesa:** sonografia (in mani esperte pari all'esame MRI), eventualmente **artro-MRI** (per programmare un intervento chirurgico)

## Terapia

### Conservativa

- In caso di dolori (spesso anche notturni) dovuti allo stato di irritazione di natura infiammatoria (borsite): infiltrazione di steroidi subacromiale
- Allargamento del passaggio subacromiale
- Fisioterapia con istruzione per esercizi per centrare la testa dell'omero

### Intervento chirurgico

- Débridement ovvero decompressione subacromiale e allargamento dello spazio (per lo più artroscopicamente), ev. con ricostruzione della cuffia dei rotatori

## 5.3 Calcificazioni della cuffia dei rotatori (PHS calcarea)

### Manifestazione

- Tipico disturbo sotto i 50 anni. Di norma nessuna alterazione degenerativa della cuffia dei rotatori. Tesi secondo cui la sovrasollecitazione dei tendini della cuffia dei rotatori genera un'ipossemia e una conseguente trasformazione condrale. Il deposito calcareo è costituito da idrossiapatite di calcio.
- Frequenza: ca. 6 %
- Distribuzione della calcificazione: ca. 50 % nel tendine del sovraspinato, 30 % nel tendine dell'infraspinato, 17 % nel tendine del piccolo rotondo e il 3 % nel tendine del sottoscapolare

### Clinica

- Di norma asintomatica
- Meccanica: a seconda della posizione e della dimensione della calcificazione, può generare sintomi di impingement subacromiale.
- Infiammatoria: esacerbazione algica acuta con dolori notturni e a riposo in parte molto forti in caso di infiammazione attorno al deposito di calcio o di rottura dello stesso nella vicina borsa (tendinite calcifica; ben visibile mediante uso del power doppler in sonografia). Non di rado il deposito di calcio viene poi riassorbito.

### Diagnostica

**Raggi e / o sonografia:** spalla A / P in intrarotazione ed extrarotazione e inclinazione cranio-caudale

### Terapia

- Fisioterapia con l'intento di allargare lo spazio subacromiale (centratura della testa dell'omero)
- Farmacologica con FANS [Farmaci antinfiammatori non steroidei] (soprattutto in caso di esacerbazione infiammatoria acuta; quindi anche mediante raffreddamento)
- Infiltrazione subacromiale di glucocorticoidi
- Needling / trattamento di pulizia mediante ago (guidata con sonografia o amplificatore di brillantezza)
- Terapia a onde d'urto (Attenzione: non a carico dell'assicurazione malattie)
- Intervento chirurgico

## 5.4 Instabilità croniche

In caso di instabilità della spalla si distingue tra instabilità multidirezionale e instabilità unidirezionale. La prima è per lo più costituzionale (p. es. in caso di sindrome da ipermobilità), la seconda è di natura post-traumatica.

### Instabilità multidirezionale

**Manifestazione:** costituzionale, più frequente tra le donne, in caso di sindromi da ipermobilità (primaria, secondaria in caso di sindrome di Marfan, sindrome di Eherls-Danlos ecc.)

**Clinica:** sensazione spesso soggettiva di instabilità, difficoltà nel movimento di lancio, lussazioni ricidive senza trauma adeguato

**Esiti:** test dell'apprensione positivo, di norma nessun referto patologico in sede di indagine radiologica (di rado displasia glenoidea)

**Terapia:** fisioterapia per stabilizzare la muscolatura, intervento chirurgico

### Instabilità unidirezionale

**Manifestazione:** di natura post-traumatica, lussazione anteriore (85 %, di solito movimento di lancio con resistenza improvvisa, p. es. giocatori di pallamano), posteriore (14 %), molto di rado inferiore o craniale

**Clinica:** a seconda del tipo di instabilità e lussazione, lussazioni / sublussazioni ricidive

**Esiti:** test di provocazione patologici a seconda del tipo di instabilità. Lesioni strutturali spesso concomitanti (glenoide = Bankart, testa dell'omero = Hill-Sachs, lesioni del labbro, capsula, legamenti, fratture del tubero o dell'omero)

**Terapia:** fisioterapia per la stabilizzazione muscolare, trattamento chirurgico in caso di lussazioni abituali o grandi lesioni strutturali

## 5.5 Artrosi dell'articolazione AC e della spalla

### Artrosi dell'articolazione della spalla

L'artrosi dell'articolazione della spalla è quasi esclusivamente secondaria; pertanto è necessario cercarne sempre la causa!

#### Cause

- Dopo la rottura della cuffia dei rotatori («cuff tear arthropathy» in caso di rottura di ampia dimensione)
- Dopo lussazioni abituali
- In caso di artriti:
  - *artrite reumatoide, spondiloartrite ecc.*
  - *artropatie da cristalli: più spesso condrocalinosi*
  - *artrite settica, p. es. da Staph. aureus (Attenzione: mortale!)*
- In caso di malattie ossee: p. es. osteonecrosi, m. Paget

#### Diagnostica

- Analisi clinica e radiodiagnostica (convenzionale)

#### Terapia

- In caso di fallimento della terapia conservativa (incl. iniezioni) può essere indicato l'uso di una protesi: spesso il dolore viene alleviato, ma di rado si ha un miglioramento funzionale (solo in caso di cuffia dei rotatori intatta); vedi anche capitolo 7: Aspetti chirurgici del dolore alla spalla

## **Artrosi dell'articolazione AC**

### **Cause**

- Nei pazienti giovani artrosi per lo più di natura post-traumatica, p. es. dopo una lussazione dell'articolazione AC
- Nei pazienti meno giovani spesso anche artrosi primaria
- Di rado a seguito di artrite, p. es. batterica o nell'ambito di una condrocalcinosi

### **Diagnostica**

- Provocazione del dolore soprattutto mediante abduzione massima o adduzione orizzontale (Body-Crosstest) del braccio
- Dolore alla pressione sopra l'articolazione (esercitare pressione cranio-dorsale)
- Radiodiagnostica

### **Terapia**

- In caso di fallimento della terapia conservativa (incl. iniezioni) può essere indicata una resezione artroscopica dell'articolazione.

## **5.6 Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)**

### **Mobilità limitata (capsular pattern)**

(extra)rotazione gleno-omeroale spesso estremamente limitata, inoltre abduzione limitata

- Presente per lo più nella fascia di età da 40 a 60 anni
- Colpita soprattutto la parte anteriore della capsula articolare (con decorso di un quadro istologico analogo alla malattia di Dupuytren)
- Stadio I (fase infiammatoria, ca. 3 mesi), forti dolori, dolori notturni
- Stadio II (fibrosi crescente, ca. 3 – 9 mesi), crescente limitazione della mobilità, dolori
- Stadio III (fase di dissoluzione, ca. 9 – 18 mesi), lento miglioramento della mobilità
- Per lo più decorso favorevole nel lungo periodo, tuttavia non di rado permane una limitazione residua della mobilità

### **Possibili cause**

- Primarie / idiopatiche
- Natura post-traumatica
- Spesso secondarie in caso di limitazioni della mobilità di natura funzionale o algica della spalla
- Diabete mellito
- Malattia cardiaca
- Ipotiroidismo
- Irritazione radice cervicale
- Medicamenti: antiepilettici, isoniazide

## Terapia

### Stadio I

- Iniezioni di steroidi intraarticolari nella fase infiammatoria (p. es. 40 mg triamcinolone)

### Stadio II e III

- Farmacologica: analgesici, FANS / coxibi, ev. calcitonina per 4 – 6 settimane (Attenzione: limitazione)
- Mobilizzazione articolare attiva e passiva in regione priva di dolore, soprattutto scapolo-toracica, con guida fisioterapica, trattamento delle zone muscolari circostanti
- Ev. idrodilatazione
- Ev. anestesia locale del n. sottoscapolare
- Se dopo 6 – 12 mesi di continuato trattamento conservativo non si osservano progressi, prendere in considerazione l'artroliasi artroscopica (capsulotomia), con conseguente intensa fisioterapia

## 5.7 Affezioni neurologiche della spalla

### Sindrome cervicoradicolare

- **C3, C4**

**Clinica:** dolori alla nuca e alle spalle

**Diagnostica:** paresi del diaframma (soprattutto innervazione C4, più di rado C3), C4: possibile paresi dei muscoli scapolari e del deltoide

- **C5**

**Clinica:** dolori laterali e dorsali sopra il deltoide

**Diagnostica:** possibile paresi del m. deltoide, occasionalmente anche del m. bicipite brachiale, riflesso bicipitale indebolito

- **C6**

**Clinica:** dolori che si irradiano dal margine posteriore del deltoide radiale fino al pollice e all'indice

**Diagnostica:** possibile paresi del m. bicipite brachiale e del m. brachioradiale, ma mai atrofie, riflesso bicipitale fortemente indebolito o inerte

### Amiotrofia nevralgica della spalla (neurite del plesso, sindrome di Parsonage-Turner)

**Manifestazione:** spesso in giovane età, uomini più colpiti delle donne

**Clinica:** all'inizio acuto «di notte» con dolori alla spalla molto intensi e impetuosi, a destra più frequenti che a sinistra.

**Diagnostica:** paresi spesso già dopo qualche ora; sono interessati soprattutto i muscoli innervati dal plesso brachiale superiore (C5 e C6), spesso soprattutto il m. dentato e il m. deltoide. Disturbi di sensibilità solo per circa ¼ (parte esterna della curvatura della spalla e della parte superiore del braccio)

I dolori si smorzano per lo più già dopo qualche giorno, atrofie muscolari durante il decorso, regressione della paresi solo dopo mesi

**Terapia:** antireumatici non steroidei, steroidi

### Raramente: Neuropatie da compressione

**Manifestazione:** p. es. n. soprascapolare

**Clinica:** compressione n. soprascapolare nell'incisura scapolare

**Diagnostica:** atrofia del m. sovraspinato e del m. infraspinato; paresi per extrarotazione della spalla, dolore alla pressione sopra l'incisura scapolare

## 5.8 Lesioni del labbro

**Manifestazione:** di natura traumatica, lesioni tra i giovani, spesso in caso di sport che comportano il movimento del lancio

**Clinica:** dolori alla spalla dovuti al movimento, soprattutto in caso di abduzione e contemporanea extrarotazione. Spesso diagnosi difficile.

**Diagnostica:** esame clinico non specifico. Diagnosi mediante artro-MRI: vicino alla lesione del labbro superiore (SLAP = Superior Labral Anterior Posterior) spesso lesione concomitante dell'inserzione del tendine del capo lungo del bicipite sulla glenoide / complesso del labbro

**Terapia:** di norma intervento chirurgico

## 5.9 Lussazione acromion-claveare

**Manifestazione:** post-traumatica (di solito caduta sulla spalla con adduzione braccio)

**Suddivisione degli stadi secondo Tossy o Rockwood**

**Clinica:** gonfiore, dolore soprattutto in presenza di carico dell'articolazione AC

**Terapia:** di norma conservativa, a seconda dell'entità di carico / sintomi (o indicazione estetica), occasionalmente anche intervento chirurgico

## 5.10 Sindrome algica miofasciale

**Manifestazione:** molto frequente, causata da sovraccarico (disturbi di statica, attività monotone, ergonomia non ottimale della postazione di lavoro come p. es. attività al PC) e da dolore riferito («referred pain»); spesso espressione di una cronicizzazione del dolore

**Clinica:** dolori locali e regionali delle parti molli e soprattutto della muscolatura, sindrome fibromialgica in caso di generalizzazione

**Esiti:** postura: cifosi della colonna toracica, antiversione delle spalle. Palpabilità dei cosiddetti punti trigger miofasciali nel m. infraspinato, nel m. sovraspinato, nel m. elevatore della scapola e del m. sternocleidomastoideo con provocazione locale e trasmissione dei dolori. Spesso anche dolore diffuso alla pressione, soprattutto in caso di cronicizzazione.

## 6 Aspetti particolari della terapia

### 6.1 Fisioterapia

Di norma approccio di trattamento funzionale, non unicamente mirato al danno strutturale. Spesso debole correlazione tra patologia strutturale e sintomi.

Il trattamento del modello di movimento patologico è prioritario.

Vengono trattate anche le strutture circostanti.

In base alla definizione del problema vengono selezionati i metodi di trattamento e viene formulato un obiettivo di trattamento individuale.

Attenzione: se i dolori o lo stato infiammatorio prevalgono (borsite, capsulite adesiva oppure omartrite), la fisioterapia come unica misura terapeutica ha raramente successo. Dalla fase subacuta la fisioterapia è essenziale.

#### Fisioterapia

##### 1. Limitata mobilità articolare / impingement

- Tecniche manuali con l'obiettivo di mobilizzare le articolazioni (anche scapolo-toraciche). Nel caso di impingement, la priorità va assegnata al miglioramento della mobilità subacromiale oltre che a una migliore centratura della testa dell'omero nella glena (vedi anche instabilità).
- Programma da svolgere a casa per mantenere / migliorare la mobilità

##### 2. Muscolare / periartropatico

- Trattamento di miogelosi e delle inserzioni dei tendini; rafforzamento specifico della muscolatura insufficiente
- Estensione della muscolatura accorciata
- Miglioramento della statica
- Variazioni ergonomiche e consulenza (p. es. sul posto di lavoro)
- Terapia dei punti trigger incl. Dry-Needling

##### 3. Instabilità / insufficienza muscolare

- Centratura dell'articolazione ==> Raggiungimento di un equilibrio muscolare (soprattutto nella regione della cuffia dei rotatori)
- Programma di allenamento mirato (programma da svolgere a casa / MTT = terapia di allenamento medico)

##### 4. Sintomatologia radicolare

- In caso di irritazione di una radice nervosa va innanzitutto ridotta l'irritazione:
  - scarico della radice nervosa attraverso tecniche manuali (p. es. trazione o flessione laterale)
  - Istruzioni sulle posizioni da adottare / modifiche statiche
  - Misure analgesiche (tecniche per le parti molli per ridurre il tono)
  - Programma da svolgere a casa per migliorare il metabolismo locale
  - Istruzione sull'auto-trazione
  - Terapia del freddo / elettroterapia

##### 5. Thoracic Outlet Syndrome

- Correzioni attive della postura e trattamento degli squilibri [dysbalance] muscolari
- Tecniche manuali per eliminare la disfunzione 1a costa / articolazione AC / SC (coinvolgimento del passaggio cervico-toracico)

## 6.2 Tecnica di iniezione

### Informazioni generali

Le infiltrazioni di steroidi periarticolari (ovvero subacromiali) o intraarticolari sono una terapia spesso molto efficace in caso di problemi alle spalle. Possono essere effettuate (previa esperienza) dopo una valutazione mediante palpazione, marcatura sonografica o sotto controllo sonografico diretto.

**Accesso iniezione** (l'iniezione deve poter essere effettuata sempre con una limitata pressione)

- Gleno-omeroale anteriore
- Gleno-omeroale posteriore
- Subacromiale (borsa)
- Articolazione AC

### Direttive inerenti alle iniezioni

- Come da raccomandazione della Società svizzera di reumatologia (SSR) su [www.rheuma-net.ch](http://www.rheuma-net.ch)
- In caso di liquido libero, eseguire una paracentesi diagnostica: numero di cellule (provetta EDTA), cristalli (provetta nativa) ed ev. batteriologia generale (provetta sterile nativa)
- Di norma viene iniettato un preparato steroideo cristallino (triamcinolone 40 mg) o eventualmente di betametasone (diprophos, miscelato idrosolubile e cristallino), di solito combinato con alcuni millilitri di anestetico locale di breve durata (lidocaina / rapidocaina).

### Effetti collaterali

- Sistemici: spesso arrossamento al viso (flush) per 1 – 2 giorni
- Temporaneo leggero innalzamento della pressione, palpitazioni
- Di rado: metrorragia
- Passeggero aumento della glicemia
- Effetti collaterali nel lungo periodo solo in caso di numerose infiltrazioni (ATTENZIONE: insufficienza surrenalica e osteoporosi)

### Complicazioni (complessivamente rare!)

- Infezioni (in caso di iniezione a regola d'arte e secondo le direttive summenzionate, molto rare, circa 1:40'000)
- Reazione allergica (di solito all'anestetico locale)
- Emorragia o lesione ai nervi
- Reazione vasovagale

## 7 Aspetti chirurgici del dolore alla spalla

### Rottura della cuffia dei rotatori

- Non tutte le persone hanno bisogno di una cuffia dei rotatori intatta
- La rottura della cuffia dei rotatori rientra nel normale processo di invecchiamento (da 60 anni: nel 50 % rottura parziale, 30 % rottura completa)
- Una rottura completa dei tendini provoca nell'arco di mesi una retrazione muscolare e una degenerazione adiposa, fattore limitante per la guarigione di una sutura
- Nei pazienti anziani con sintomo principale di dolore e funzionalità mantenuta trattare in modo principalmente conservativo.
- I pazienti giovani con sintomo principale di indebolimento con rottura completa e recente e pseudoparalisi vanno sottoposti primariamente a intervento chirurgico
- Dopo il ripristino della continuità muscolo-osteo-tendinea, dopo 6 settimane si raggiunge una stabilità di ca. il 25 %, dopo 6 mesi di ca. l'80 %. Adattare quindi necessariamente i movimenti e i carichi, tempistiche di riabilitazione lunghe.
- I sintomi come il dolore e la mobilità limitata migliorano anche in caso di guarigione incompleta e nuova rottura dopo l'operazione.

### Artrosi dell'articolazione AC

- Molto frequente, con l'avanzare dell'età, di rado isolata
- Non sempre dolorosa, spesso solo sintomatica dopo il trauma
- Terapia innanzitutto conservativa mediante infiltrazione di steroidi
- Se esito insufficiente, risp. recidiva entro 6 mesi: prendere in considerazione la resezione AC artroscopica

### Lussazione AC

- Innanzitutto trattamento conservativo con limitazione dell'uso, trazione ad anelli / bendaggio a «8» (percentuale di successo > 90 %)
- Trattamento di emergenza: frattura laterale e in più punti, pericolo di perforazione imminente, di rado tra chi pratica sport agonistici

### Borsite subacromiale

- Di rado isolata
- Innanzitutto terapia conservativa con infiltrazione di steroidi
- Intervento chirurgico indicato solo in caso di reazione insufficiente

### Tendinite calcifica

- Il calcio scompare spesso spontaneamente
- Infiltrazione locale nella fase iniziale per ridurre l'infiammazione, poiché i dolori sono provocati dalla reazione chimica
- Di rado viene suggerito l'intervento chirurgico, se non in presenza di un impingement sintomatico

### Rottura del tendine del capo lungo del bicipite

- Di per sé non vi è un'indicazione chirurgica obbligatoria, poiché non c'è una perdita funzionale significativa
- raramente si richiede necessaria per motivi estetici o in caso di irritazioni

### **Omartriosi / omartrite avanzata con artrosi secondaria**

- Atteggiamento attendista
- Esaurire le misure conservative
- La sola decompressione (débridement) è oggi obsoleta
- Sostituzione articolare anatomica: richiede tendini intatti
- Protesi inversa in caso di tendini rotti, ma è necessario un m. deltoide intatto
- Lunga fase di riabilitazione
- Il trattamento riabilitativo dopo l'intervento è fondamentale per il successo
- Mobilità limitata possibile dopo protesi inversa

### **Instabilità**

- L'indicazione di una procedura operativa è l'instabilità cronica ovvero uno stato a seguito di più lussazioni
- Pura ricostruzione delle parti molli: p. es. stabilizzazione ventrale della spalla secondo Putti-Platt, Capsular Shift secondo Neer
- Ricostruzioni delle parti molli con incorporazione di un blocco osseo: p. es. osteotomia subcapitale secondo Weber, osteotomia del coracoide secondo Trillat
- Per tutte le procedure è prevista una percentuale di recidiva dal 10 al 15 %

## **Colophon**

### **Responsabilità scientifica 2025**

Dott.ssa med. Nicole Egloff, Zurigo

Dott. med. Ralph Melzer, Lucerna

Dott.ssa med. Yvonne Peter, Adligenswil

### **Segretariato**

Stefanie Wipf, Lega svizzera contro il reumatismo

Irina Christener, Lega svizzera contro il reumatismo

### **Organizzazione**

Lega svizzera contro il reumatismo

Josefstrasse 92, 8005 Zurigo

Tel. 044 487 40 00

[kurse@rheumaliga.ch](mailto:kurse@rheumaliga.ch)

