INFORMA

N.02 FISIOTERAPIAITALIAMAGAZINE 2026



CURARE LA SPALLA

DALLA DIAGNOSI AL MOVIMENTO

STUDIO KINESIS
fisioterapia&osteopatia

Via Maremmana III, 11
00030 San Cesareo Roma
P. IVA 17046011007
Studio Kinesis 2005 STP. SRL.
N15 Ordine regionale Lazio

Tel. 351-8271313
info@kinesistudio.com
www.kinesistudio.com

Studio Kinesis

Fisioterapia e Osteopatia a San Cesareo



FISIOTERAPIA

RIABILITAZIONE

OSTEOPATIA

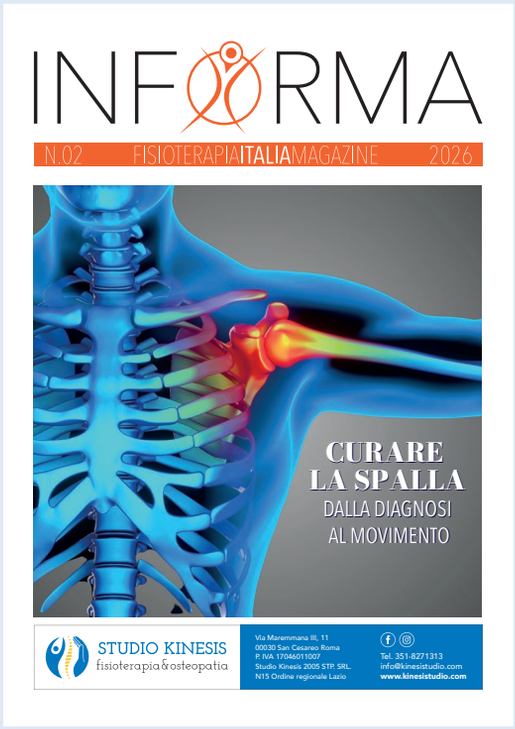
FISIOTERAPIA DOMICILIARE

CONSULENZA ORTOPEDICA

CONSULENZA NUTRIZIONALE

www.kinesistudio.com

INFORMA
FISIOTERAPIAITALIAMAGAZINE



INFORMA - "FISIOTERAPIA ITALIA MAGAZINE"
è iscritto in data 5 NOVEMBRE 2025
al n.118/2025 del Registro Stampa
del Tribunale di Roma

Nota: Le immagini presenti in questo magazine hanno esclusivamente scopo illustrativo ed esplicativo.

Non ritraggono pazienti reali, né casi clinici trattati presso la struttura.

in questo numero

LA SPALLA
DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO — 06

ARTROSI DELLA SPALLA
QUANDO IL DOLORE LIMITA I GESTI PIÙ SEMPLICI — 12

CUFFIA DEI ROTATORI
CAPIRE IL TENDINE PER CURARLO CON PIÙ PRECISIONE — 16

CAPSULITE ADESIVA
QUANDO LA SPALLA SI BLOCCA — 24

OLTRE LA CURA
LA SPALLA COME LABORATORIO DELL'INNOVAZIONE MEDICA — 27

percorsi terapeutici per il dolore alla spalla

Il dolore alla spalla è una delle condizioni più frequenti che osserviamo quotidianamente in ambito clinico. Eppure, nonostante la sua diffusione, continua a essere affrontato troppo spesso con un approccio riduttivo: una terapia, qualche seduta, un dispositivo. Come se bastasse “fare qualcosa” per risolvere il problema.

La realtà è diversa. E chi lavora davvero sul campo lo sa bene.

La spalla è un sistema complesso, in cui interagiscono strutture articolari, muscolari e neurologiche, in equilibrio dinamico continuo. Raramente il problema è circoscritto a un evento isolato. Più spesso, è il risultato di una disfunzione che si è costruita nel tempo.

Cercare una soluzione rapida spesso non porta a risultati efficaci.

Quando parliamo di trattamento efficace del dolore alla spalla, dovremmo iniziare a cambiare linguaggio. Non più “terapia”, ma percorso terapeutico.

Un percorso è, per definizione, strutturato. Ha una direzione, degli obiettivi, delle fasi. È costruito sulla persona, non sul sintomo.



come si articola un percorso terapeutico

fase #1

Valutazione manuale e strumentale Intervento per ridurre il dolore in fase acuta

fase #2

Terapia manuale e strumentale per risolvere il problema alla radice

fase #3

Monitoraggio dei progressi ottenuti, esercizio terapeutico per consolidare i risultati e prevenire le recidive

chiedi informazioni al tuo fisioterapista

INFORMA& INFORMATI
Spalla a Spalla

Con questo secondo numero proseguiamo il cammino iniziato insieme: offrire alle persone che fanno fisioterapia – o che stanno pensando di iniziare un percorso – uno strumento chiaro e affidabile per orientarsi tra informazioni, dubbi e domande sul proprio benessere.

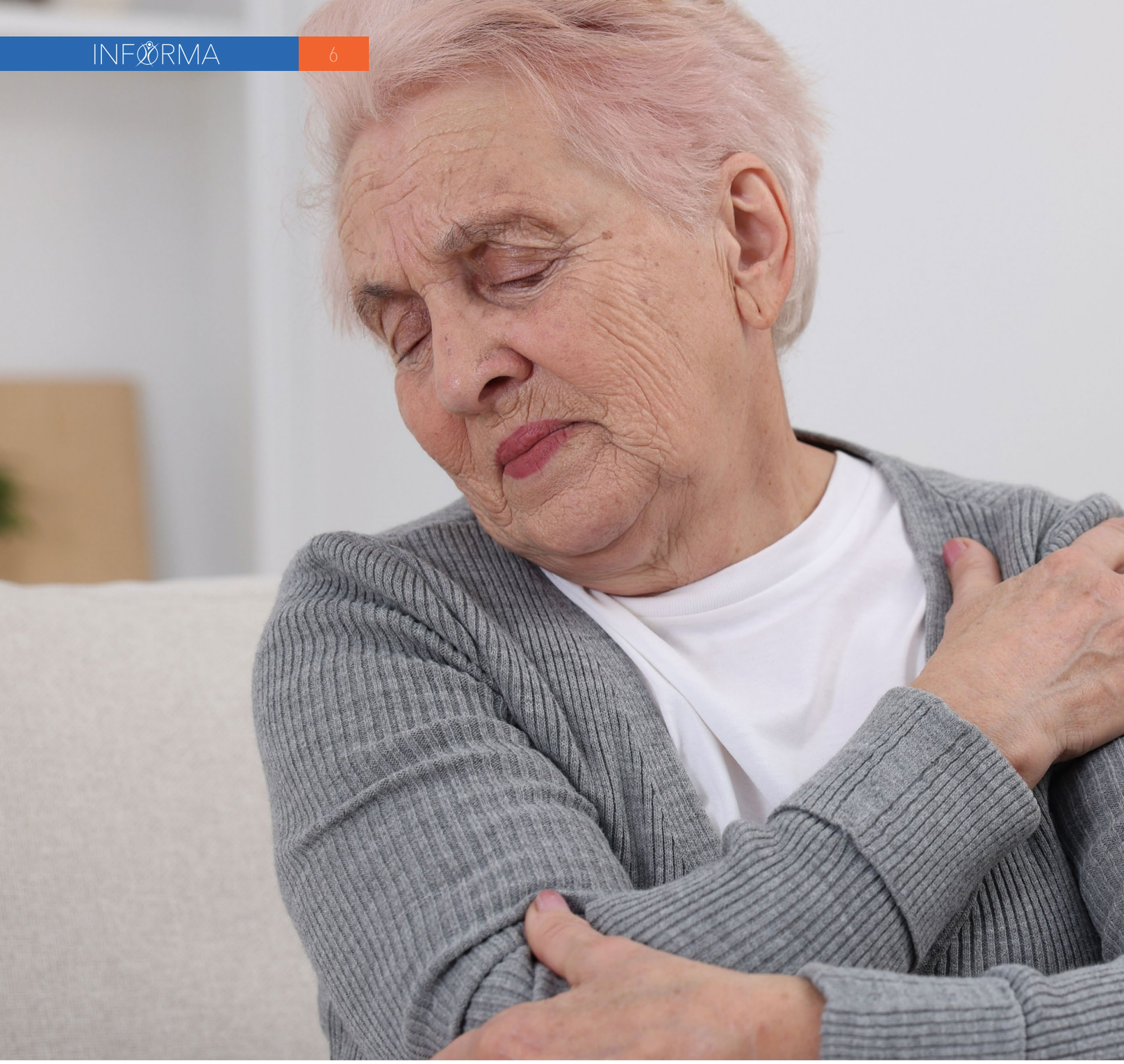
Dopo aver dedicato il numero inaugurale al mal di schiena, abbiamo scelto di concentrare questo nuovo numero interamente sulla spalla, una delle regioni più affascinanti e complesse del corpo umano e, al tempo stesso, una delle più frequenti sedi di dolore nell'adulto. Dietro un dolore che può sembrare "banale" – una spalla che non si alza bene, un fastidio mentre si infila una giacca, un sonno disturbato perché non si trova la posizione giusta – si nasconde spesso un intreccio di fattori: biologici, meccanici, psicologici e legati alla vita di tutti i giorni, al lavoro, allo sport, al carico cui sottoponiamo il nostro corpo. Capire la spalla significa imparare a guardarla da più punti di vista, evitando etichette generiche come "tendinite" o "infiammazione" e costruendo percorsi di cura personalizzati, rigorosi e sostenibili.

Nelle pagine che seguono troverai un viaggio che va dalla diagnosi al trattamento: dalle patologie più frequenti – artrosi gleno-omerale, capsulite adesiva, sofferenze della cuffia dei rotatori – fino alle frontiere più recenti della medicina rigenerativa, della riabilitazione visuo-posturale e delle tecnologie che stanno cambiando il volto della fisioterapia moderna. Il nostro intento non è solo spiegare, ma aiutarti a riflettere: cosa puoi fare concretamente per la tua spalla ogni giorno? Come puoi collaborare con il tuo fisioterapista per rendere il percorso più efficace?

Quali sono le aspettative realistiche e quali, invece, le false promesse da cui diffidare?
Crediamo che il valore di una rivista come questa stia nella capacità di creare un ponte tra chi si occupa di percorsi di cura e chi ne è protagonista: il paziente. Vogliamo continuare a costruire una comunità viva, dove conoscenze ed esperienze diventino una risorsa utile per tutti. INFORMA Magazine vuole essere un punto di riferimento, un luogo di incontro, un'occasione per sentirsi meno soli di fronte a un problema muscolare o articolare.

Dedicare questo numero alla spalla è una scelta naturale: riguarda milioni di persone – sportivi e sedentari, lavoratori manuali e impiegati, giovani atleti e adulti oltre i cinquant'anni – e migliaia di fisioterapisti che, ogni giorno, cercano di dare risposte concrete. Il nostro obiettivo è che queste pagine diventino uno stimolo, una guida e, soprattutto, un invito a guardare oltre il sintomo, verso una fisioterapia sempre più vicina alla vita reale delle persone. Perché camminare accanto al paziente, passo dopo passo, è il modo più autentico di fare cura.

Ben ritrovati, dunque, e buona lettura.



La spalla è una delle regioni più complesse del corpo umano. Non è formata da una sola articolazione, ma da un sistema integrato in cui articolazione gleno-omerale, articolazione acromion-clavicolare, articolazione sterno-clavicolare, piano scapolo-toracico, muscoli, tendini, capsula e controllo neurologico lavorano insieme per rendere possibili gesti quotidiani apparentemente semplici, come pettinarsi, infilare una giacca, raggiungere un pensile o portare la mano dietro la schiena.

Proprio per questa complessità, il dolore di spalla non può essere letto con etichette generiche: lo stesso sintomo può infatti nascere da strutture e meccanismi diversi. Per questo oggi una buona diagnosi richiede una valutazione attenta dell'anatomia, del movimento e della funzione, così da orientare in modo corretto il trattamento. Nella pratica clinica moderna, fare diagnosi non significa soltanto "dare un nome" al problema. Significa capire dove nasce il dolore, quali movimenti lo evocano, se prevalgano rigidità, debolezza o perdita di controllo, se il disturbo sia comparso dopo un trauma oppure in modo graduale, e quanto stia interferendo con sonno, lavoro, sport e vita quotidiana. Le più recenti **CPG (Clinical Practice Guideline, cioè linee guida di pratica clinica)** pubblicate su **JOSPT (Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy)** per la tendinopatia della cuffia dei rotatori ribadiscono che la valutazione deve essere centrata sul paziente, sulla funzione e sulla risposta al carico, non soltanto sull'imaging. Questo è un

LA SPALLA: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

CAPIRE IL DOLORE PER CURARE MEGLIO



messaggio importante anche per chi legge: un referto può essere utile, ma non sostituisce una buona valutazione clinica.

ARTROSI GLENO-OMERALE

L'artrosi gleno-omerale è una condizione degenerativa in cui la cartilagine che riveste le superfici articolari si consuma progressivamente. Col tempo la spalla può diventare più rigida, meno fluida e più dolorosa, soprattutto nei movimenti sopra la testa o in quelli che richiedono di portare il braccio dietro la schiena.
Il paziente spesso riferisce una spalla "legata", meno forte, talvolta rumorosa nei movimenti, con difficoltà crescenti nelle attività quotidiane. Nelle fasi iniziali il dolore può comparire soprattutto dopo sforzo; nelle fasi più avanzate può presentarsi anche a riposo o disturbare il sonno. Le linee guida della **AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons)** confermano che il trattamento va graduato in base alla gravità del quadro, valorizzando inizialmente educazione, gestione del dolore, adattamento delle attività e fisioterapia, mentre la chirurgia viene considerata soprattutto nei casi più severi e persistenti.
Per il paziente è utile sapere che "artrosi" non significa automaticamente intervento: in molti casi il trattamento conservativo può migliorare mobilità, funzione e qualità di vita. Nel magazine è presente un articolo di approfondimento dedicato all'artrosi della spalla, perché si tratta di una delle condizioni più diffuse e clinicamente più rilevanti.

CAPSULITE ADESIVA

La capsulite adesiva, detta anche frozen shoulder, è una condizione in cui la capsula articolare si irrigidisce progressivamente e si accompagna a dolore e importante limitazione del movimento sia attivo sia passivo. Il paziente avverte che il braccio non sale più come prima e che gesti semplici, come infilare una manica, allacciarsi il reggiseno o raggiungere la tasca posteriore, diventano difficili o impossibili. Le linee guida JOSPT descrivono bene questa patologia come un quadro che evolve spesso per fasi: una prima fase più dolorosa, una fase in cui prevale la rigidità e una fase finale di graduale recupero. Spiegarlo al paziente è fondamentale, perché aiuta a comprendere che i tempi possono essere lunghi e che il trattamento va adattato alla fase clinica. Nella fase più irritabile l'obiettivo è ridurre il dolore e proteggere la funzione; successivamente diventano centrali mobilizzazioni, esercizi e recupero progressivo del movimento. Anche la capsulite adesiva ha nel magazine un articolo di approfondimento dedicato, proprio perché è una delle patologie di spalla più frequenti e più invalidanti.

PATOLOGIE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

La cuffia dei rotatori è formata da quattro muscoli e dai loro tendini, che hanno il compito di stabilizzare la testa dell'omero e guidare il movimento della spalla. Quando questi tendini si irritano, si degenerano o si lesionano, il paziente può avvertire dolore nel sollevare il braccio, riduzione della forza, fastidio nei movimenti sopra la testa, dolore notturno o difficoltà in attività quotidiane come lavarsi i capelli o prendere un oggetto da un pensile. Le linee guida JOSPT del 2025 chiariscono un aspetto decisivo: la presenza di una tendinopatia o anche di una lesione all'imaging non spiega da sola quanto il paziente stia male o quanto sia limitato. Per questo il trattamento conservativo si basa soprattutto su educazione, progressione del carico, esercizio terapeutico e recupero del controllo del movimento, più che su una lettura esclusivamente strutturale del tendine. Nel magazine è presente un approfondimento specifico sulla cuffia dei rotatori, perché si tratta di una delle cause più frequenti di dolore di spalla e di uno dei capitoli più importanti per pazienti e clinici.

TENDINOPATIA CALCIFICA

La tendinopatia calcifica è una condizione in cui, all'interno di uno dei tendini della cuffia dei rotatori, si formano depositi di calcio. Questo può generare quadri molto diversi: alcuni pazienti avvertono solo un fastidio intermittente, altri presentano un dolore molto intenso e improvviso, soprattutto in





alcune fasi biologiche della calcificazione. È importante chiarire che la presenza di calcio nel tendine non corrisponde sempre alla stessa gravità clinica e non richiede sempre lo stesso trattamento. Le fonti più recenti collegate alla CPG JOSPT precisano che la gestione dipende dalla fase clinica e dalla risposta del paziente: in alcuni casi si punta soprattutto al controllo del dolore e al mantenimento del movimento, in altri possono essere presi in considerazione approcci medici specifici oltre alla fisioterapia. Anche qui la fisioterapia ha un ruolo importante, perché aiuta a prevenire rigidità, paura del movimento e perdita di funzione secondarie al dolore.

SINDROME DOLOROSA ANTERO-LATERALE DI SPALLA

Per anni molti dolori di spalla sono stati spiegati con il concetto di "impingement subacromiale", facendo immaginare al paziente che il tendine fosse semplicemente "schiacciato" da un osso. Oggi le linee guida e i documenti internazionali propongono una visione più ampia: in molti casi è più corretto parlare di dolore correlato alla cuffia dei rotatori o di sindrome dolorosa antero-laterale di spalla. Questo perché il dolore non dipende solo da un contatto meccanico, ma dall'interazione tra irritazione dei tessuti, carico, forza, coordinazione e sensibilità del sistema nervoso. Per il paziente questa precisazione è preziosa: evita spiegazioni troppo allarmistiche e aiuta a capire perché il trattamento non debba limitarsi a "spegnere l'infiammazione", ma debba puntare anche a recuperare forza, controllo e fiducia nel movimento. Le linee guida sul **SAPS (Subacromial Pain Syndrome, cioè sindrome del dolore subacromiale)** sottolineano inoltre il ruolo dell'esercizio terapeutico specifico nel trattamento conservativo.

BORSITI DELLA SPALLA

Tra le cause di dolore di spalla meritano attenzione anche le borsiti, in particolare la borsite subacromiale-subdeltoidea. La borsa è una piccola struttura che ha la funzione di ridurre l'attrito tra i tessuti durante il movimento; quando si irrita, può diventare una sorgente significativa di dolore, soprattutto nei movimenti di elevazione del braccio, nei gesti ripetuti sopra la testa e durante il sonno sul lato dolente. Per il paziente è importante sapere che la borsite raramente è un problema completamente isolato: molto spesso si inserisce in un quadro più ampio di dolore subacromiale, sovraccarico o patologia della cuffia dei rotatori. Le linee guida sul SAPS spiegano infatti che nello spazio subacromiale sono coinvolti sia i tendini sia la borsa, e che il trattamento conservativo deve comprendere edu-

cazione, gestione dei carichi, recupero del movimento ed esercizio terapeutico, non solo strategie antalgiche. In altre parole, anche quando c'è una componente infiammatoria, il percorso di recupero non si esaurisce nel "far passare l'infiammazione", ma richiede il ripristino della funzione.

TENDINOPATIA DEL CAPO LUNGO DEL BICIPITE

Il capo lungo del bicipite è un tendine che decorre nella parte anteriore della spalla e che può diventare doloroso in chi esegue lavori ripetitivi, sport overhead o gesti di trazione. Il dolore è spesso localizzato anteriormente e può aumentare quando si solleva il braccio, si porta un peso o si compiono alcuni movimenti di presa e rotazione. È però importante che il paziente sappia che il tendine del bicipite raramente è l'unico protagonista del problema: molto spesso il suo coinvolgimento si inserisce in un quadro più ampio che comprende cuffia dei rotatori, labbro glenoideo o alterazioni del controllo scapolare. Per questo il trattamento più efficace non si concentra solo sul punto doloroso, ma sul funzionamento globale della spalla e del braccio. Educazione, modulazione dei carichi, esercizio terapeutico e recupero del controllo del movimento restano in molti casi la strada principale.

INSTABILITÀ DI SPALLA

L'instabilità di spalla significa che l'articolazione tende a muoversi in modo eccessivo o poco controllato, fino ad arrivare, in alcuni casi, a sublussazioni o lussazioni vere e proprie. Il paziente può avvertire dolore, insicurezza, sensazione di cedimento o paura in alcune posizioni, soprattutto nei movimenti ampi o rapidi. Questo problema è più frequente nei soggetti giovani, negli sportivi e in chi ha avuto traumi o episodi di spalla "uscita". I documenti di riferimento della **BESS (British Elbow and Shoulder Society)** sottolineano il ruolo centrale della riabilitazione sia nella gestione conservativa sia dopo chirurgia di stabilizzazione. Per il paziente il concetto chiave è semplice: una spalla stabile non è una spalla ferma, ma una spalla che sa muoversi bene senza perdere controllo. Per questo il lavoro fisioterapico punta non solo al recupero del movimento, ma anche a forza, controllo neuromuscolare, propriocezione e fiducia nel gesto.

LESIONI DEL LABBRO GLENOIDEO E SLAP LESION

Le lesioni del labbro glenoideo interessano il cercine, cioè una struttura fibrocartilaginea che contribuisce alla stabilità dell'articolazione. Tra queste rientrano le **SLAP lesion (Superior Labral tear from**



Anterior to Posterior, cioè lesione del labbro superiore da anteriore a posteriore), più frequenti negli atleti che lanciano, in chi compie movimenti ripetitivi sopra la testa o dopo traumi specifici. Il paziente può percepire un dolore profondo, difficile da localizzare con precisione, talvolta associato a scatti, sensazione di instabilità o riduzione della performance.
Qui è importante una spiegazione chiara: non tutte le SLAP lesion viste all'imaging sono necessariamente la vera causa del dolore. Alcune possono essere reperti associati, e per questo la visita clinica resta decisiva per capire il loro reale peso nei sintomi del paziente e per orientare la scelta tra percorso conservativo e chirurgico.

DISCINESIA SCAPOLARE

La scapola è il "basamento mobile" della spalla. Quando non si muove in modo coordinato con l'omero, il gesto può diventare meno efficiente e più doloroso: questo quadro viene spesso definito discinesia scapolare. Non è però una malattia autonoma, né un'etichetta sufficiente da sola a spiegare ogni dolore di spalla. Le linee guida e le revisioni più recenti invitano infatti a considerarla come un elemento del problema, non come l'unica causa.

Per il paziente questo significa non spaventarsi se qualcuno dice che "la scapola si muove male": più che inseguire una perfezione posturale teorica, l'obiettivo della fisioterapia è migliorare il modo in cui tutta la spalla lavora nei movimenti utili della vita reale, con esercizi mirati per controllo motorio, forza e coordinazione.

PATOLOGIA ACROMION-CLAVEARE

L'articolazione acromion-claveare si trova nella parte alta della spalla, tra acromion e clavicola. Quando questa zona si infiamma o va incontro ad artrosi, il dolore si localizza spesso "sopra" la spalla e peggiora in movimenti come incrociare il braccio davanti al corpo, sollevare pesi o svolgere alcuni esercizi in palestra. Per il paziente può sembrare un dettaglio, ma riconoscere questa sede del dolore è importante, perché non tutte le spalle dolorose dipendono dalla cuffia dei rotatori. Una valutazione accurata consente di distinguere meglio l'origine del sintomo e di impostare un trattamento più mirato, in genere inizialmente conservativo.

TRAUMI ACUTI, FRATTURE E QUADRI DA INVIO MEDICO

Non tutto il dolore di spalla deve essere trattato subito come un comune problema riabilitativo. Se il sintomo nasce dopo una caduta importante, un trauma sportivo violento o un incidente, bisogna prima escludere fratture, lussazioni, lesioni neurologiche o altre condizioni che richiedono un inquadramento medico urgente. Nei casi di dolore molto intenso, deformità evidente, impotenza funzionale marcata o trauma significativo, la priorità è la valutazione medica. Per il paziente questo è un messaggio fondamentale: la fisioterapia è centrale, ma la buona fisioterapia inizia sempre dalla capacità di riconoscere quando serva prima un invio corretto.

L'IMPORTANZA DELLA FISIOTERAPIA NELLE PATOLOGIE DI SPALLA

Nelle patologie di spalla la fisioterapia ha un ruolo strategico, perché traduce la diagnosi in un percorso concreto di recupero. Non si limita a "fare esercizi", ma accompagna il paziente nella comprensione del problema, nella gestione del dolore, nel recupero della mobilità, nella progressione della forza e nel ritorno graduale alle attività quotidiane, lavorative e sportive.

Le linee guida internazionali più autorevoli convergono su un punto: nella grande maggioranza dei quadri non traumatici e in moltissimi percorsi post-traumatici o post-chirurgici, educazione ed esercizio terapeutico rappresentano il cuore del trattamento. Per il paziente questo significa che il recupero non dipende solo dal tempo o da una terapia passiva, ma dalla costruzione progressiva di capacità, fiducia e funzione.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE: IL PASSAGGIO CHE CAMBIA DAVVERO LA CURA

Uno degli aspetti più importanti nella valutazione della spalla è la diagnosi differenziale, cioè la capacità di capire se il dolore nasca davvero dalla spalla oppure da altre strutture. Un esempio molto comune è il rachide cervicale: i nervi che partono dal collo e raggiungono spalla e braccio possono irritarsi o comprimersi e dare un dolore che il paziente percepisce come "dolore di spalla". In questi casi possono comparire anche formicolio, sensazione di scossa, pesantezza o irradiazione lungo il braccio, ma talvolta il quadro è più sfumato e ingannevole. È per questo che, quando si valuta una spalla, spesso è necessario esaminare anche il collo, così da evitare errori diagnostici e trattamenti poco mirati. Le linee guida JOSPT sul dolore cervicale insistono proprio sulla necessità di considerare i sintomi irradiati o riferiti verso il cingolo scapolare e l'arto superiore.

Accanto al dolore riferito cervicale esiste poi il capitolo delle disfunzioni miofasciali. I trigger point (punti grilletto miofasciali) sono aree irritabili del muscolo che possono provocare dolore locale o riferito, rigidità, alterazioni del movimento e riduzione della funzione anche quando l'articolazione della spalla non presenta un problema strutturale rilevante.

Questo è un concetto molto utile per i pazienti: a volte la spalla fa male davvero, ma il problema principale non è nel tendine o nell'articolazione, bensì nel muscolo e nel modo in cui il sistema miofasciale sta lavorando. Per questo una buona diagnosi differenziale non è un dettaglio tecnico, ma il vero passaggio che permette di costruire la terapia giusta, evitare percorsi inutilmente lunghi e dare al paziente una spiegazione più corretta e più rassicurante.

CONCLUSIONE

La spalla non va letta come una semplice sede di dolore, ma come un sistema complesso in cui diagnosi, comunicazione e trattamento devono procedere insieme. Più la valutazione è accurata, più il percorso sarà personalizzato, comprensibile per il paziente e orientato a un recupero reale della funzione.

È proprio qui che la fisioterapia esprime il suo massimo valore: non soltanto nel trattamento del sintomo, ma nella capacità di guidare il paziente dalla diagnosi al ritorno al movimento con maggiore consapevolezza, sicurezza ed efficacia.

ARTROSI DELLA SPALLA

QUANDO IL DOLORE LIMITA I GESTI PIÙ SEMPLICI: CAPIRE LA SPALLA PER CURARLA MEGLIO



L'artrosi della spalla è una patologia degenerativa che interessa soprattutto l'articolazione gleno-omerale, cioè il rapporto tra la testa dell'omero e la glena della scapola. Per chi ne soffre non significa soltanto "cartilagine consumata", ma una progressiva alterazione del movimento, della tolleranza al carico, della qualità del sonno e dell'autonomia nei gesti quotidiani. La American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS, Accademia Americana dei Chirurghi Ortopedici) descrive infatti l'artrosi gleno-omerale come una condizione associata a dolore, rigidità e perdita di funzione, con un impatto concreto sulle attività della vita quotidiana.

UNA ARTICOLAZIONE COMPLESSA, NON UNA SEMPLICE CERNIERA

La spalla è una delle articolazioni più sofisticate del corpo umano. Deve garantire grande libertà di movimento, ma nello stesso tempo restare stabile mentre il braccio solleva, ruota, spinge, tira e guida oggetti nello spazio. Questo equilibrio dipende dalla collaborazione tra superfici articolari, capsula, legamenti, cuffia dei rotatori, muscoli scapolari e controllo neuromotorio. La Clinical Practice Guideline della American Physical Therapy Association (APTA, Associazione Americana di Fisioterapia) sottolinea proprio che la gestione dell'artrosi gleno-omerale richiede una lettura funzionale dell'intera spalla e non può essere ridotta alla sola immagine radiografica.

È questo il motivo per cui la spalla, quando si ammala, non perde soltanto ampiezza di movimento: perde fluidità, coordinazione e sicurezza. Per il paziente la conseguenza è immediata, perché anche azioni apparentemente banali come infilarsi una maglia, allungare il braccio verso uno scaffale o trovare una posizione comoda per dormire possono diventare difficili.

CHE COSA ACCADE DAVVERO NELL'ARTROSI DELLA SPALLA

Con il tempo la cartilagine perde spessore, elasticità e capacità di distribuire i carichi in modo efficiente. Quando questo processo progredisce, le superfici articolari scorrono peggio, aumentano gli stress sull'osso subcondrale e possono comparire osteofiti, (becchi ossei) riduzione della rima articolare e modi-



ficazioni ossee più marcate. La documentazione internazionale sulla gestione dell'artrosi gleno-omerale conferma che si tratta di una condizione eterogenea, nella quale danno strutturale, dolore e funzione non coincidono sempre perfettamente.
Questo è un punto importante anche sul piano comunicativo con il paziente: la radiografia conta, ma non racconta tutto. Ci sono persone con immagini molto compromesse che mantengono una discreta funzionalità e altre che, pur con segni meno marcati, vivono dolore e rigidità in modo molto limitante. Per questo una presa in carico seria non si ferma mai all'esame, ma interpreta il quadro clinico nel suo insieme.

I SINTOMI: NON SOLO DOLORE, MA PERDITA PROGRESSIVA DI FUNZIONE

Il dolore è spesso il primo motivo che spinge il paziente a chiedere una valutazione, ma raramente è l'unico problema. Con il passare del tempo possono comparire rigidità, riduzione dell'escursione articolare, difficoltà a pettinarsi, vestirsi, infilare una giacca, prendere un oggetto da un ripiano alto o dormire sul lato interessato. Le informative internazionali destinate ai pazienti descrivono proprio dolore, rigidità e limitazione del movimento come i sintomi cardine dell'artrosi gleno-omerale.
In molti casi il dolore inizia durante il movimento e poi diventa più costante, fino a disturbare il riposo notturno. Quando succede, il problema non è più soltanto il fastidio locale: è la funzione che si restringe, giorno dopo giorno. E quando la funzione si restringe, si riduce anche la qualità di vita.

LA DIAGNOSI: LA RADIOGRAFIA RESTA IL PRIMO SNODO CLINICO

Quando si sospetta un'artrosi della spalla, il primo esame di imaging da considerare è normalmente la radiografia. Questo perché consente di evidenziare i segni più tipici della degenerazione articolare, come riduzione della rima articolare, osteofiti e alterazioni del profilo osseo. La American College of Radiology (ACR, Collegio Americano di Radiologia), nei criteri di appropriatezza per il dolore cronico di spalla, indica la radiografia come esame iniziale di riferimento nei pazienti con dolore cronico. In termini pratici, una buona diagnosi parte dalla visita e dalla radiografia,

non da un ricorso automatico a esami più avanzati. Questo approccio è più rigoroso, più efficiente e anche più utile per orientare correttamente il percorso terapeutico.

QUANDO È OPPORTUNO FARE UNA RISONANZA MAGNETICA

La RM (risonanza magnetica) non è l'esame da richiedere automaticamente in tutti i pazienti con artrosi di spalla. Diventa utile quando dolore o limitazione non sono spiegati in modo soddisfacente dalla radiografia e dall'esame clinico, oppure quando si sospetta il coinvolgimento di altre strutture, come la cuffia dei rotatori, il capo lungo del bicipite, il labbro glenoideo o la capsula articolare.
I moderni criteri clinici mostrano che, nel dolore cronico di spalla, la RM è un esame di secondo livello, da utilizzare quando il quesito clinico richiede una definizione più accurata dei tessuti molli o quando le informazioni aggiuntive possono modificare il piano terapeutico, anche in vista di una decisione chirurgica. Il principio, quindi, è semplice: la RM non serve "per completezza", ma quando aggiunge informazioni strategiche. È una differenza importante, perché evita sia esami inutili sia ritardi nella corretta gestione del paziente.

IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO: IL PRIMO INVESTIMENTO CLINICO

Nella maggior parte dei pazienti il primo approccio è conservativo. Questo non significa attendismo, ma costruzione di un percorso terapeutico serio, orientato a ridurre il dolore, recuperare mobilità utile, migliorare il controllo del movimento e preservare la funzione nella vita quotidiana. La linea guida internazionale sull'artrosi gleno-omerale colloca il trattamento non chirurgico tra i passaggi centrali della gestione clinica, mentre la linea guida APTA insiste su una presa in carico basata su valutazione funzionale, educazione del paziente ed esercizio terapeutico adattato al quadro clinico.
Per il paziente questo è un messaggio importante: il trattamento conservativo non è una scelta "debole", ma spesso la prima vera leva strategica di cura. In molti casi, infatti, un percorso ben costruito consente di ridurre il dolore, recuperare funzione e rinviare o evitare opzioni più invasive.

IL RUOLO DELLA FISIOTERAPIA: NON SOLO SOLLIEVO, MA RECUPERO DELLA FUNZIONE

La fisioterapia ha un valore centrale perché non si limita a cercare una riduzione momentanea del dolore. L'obiettivo reale è migliorare la qualità del movimento, la tolleranza al carico, il controllo scapolare, la coordinazione e la capacità della spalla di lavorare in modo più efficiente nelle attività quotidiane. La linea guida APTA del 2023, pubblicata su PTJ: Physical Therapy & Rehabilitation Journal, è stata sviluppata proprio per orientare la gestione fisioterapica dell'artrosi gleno-omerale e dei pazienti sottoposti a protesi totale di spalla, sottolineando l'importanza di una progressione personalizzata e di obiettivi funzionali realistici.

In termini concreti, significa che la fisioterapia moderna non dovrebbe limitarsi a "calmare il dolore", ma deve riorganizzare il movimento e migliorare la funzione. È qui che si gioca una parte decisiva del risultato clinico.

LA RIABILITAZIONE IN TRE FASI: UNA PROGRESSIONE CLINICAMENTE COERENTE

Un modello riabilitativo in tre fasi è coerente con la logica clinica attuale e con l'impostazione raccomandata dalla letteratura riabilitativa. Nella prima fase l'obiettivo è ridurre dolore e irritabilità, proteggere i tessuti e iniziare a recuperare una mobilità sicura; in questo momento, oltre al lavoro prudente sul movimento, possono essere associati anche mezzi fisici con finalità antalgica e di modulazione dell'infiammazione e dell'irritabilità dei tessuti, sempre come supporto a un programma più ampio e non come unica terapia.
Nella seconda fase si lavora per aumentare il movimento utile, introdurre un rinforzo progressivo e migliorare la propriocezione. Nella terza fase si punta a consolidare forza, resistenza, controllo del gesto e funzione nelle attività quotidiane. Questo schema ha un valore anche educativo: aiuta il paziente a capire che il recupero non è un interruttore acceso o spento, ma un processo. Prima si controlla l'irritabilità, poi si ricostruisce il movimento, infine si consolida la funzione.

INFILTRAZIONI CON ACIDO IALURONICO: COSA DICE DAVVERO LA LETTERATURA

Tra le infiltrazioni più conosciute c'è l'acido ialuronico, spesso proposto con l'idea di migliorare la lubrificazione articolare e ridurre il dolore. Tuttavia, sul piano scientifico, il quadro resta tutt'altro che netto. La linea guida internazionale riferisce evidenze forti contro un beneficio clinicamente significativo dell'acido ialuronico nel trattamento dell'artrosi gleno-omerale, e quindi non lo sostiene come opzione di riferimento.
Questo non significa che ogni esperienza clinica sia necessariamente nulla, ma che oggi non esiste una base sufficientemente solida per presentarlo al paziente come soluzione certa o standard. La scelta, quindi, va sempre riportata dentro una valutazione medica individuale e dentro aspettative realistiche.

INFILTRAZIONI CON PLATELET-RICH PLASMA: INTERESSE CRESCENTE

Il Platelet-Rich Plasma (PRP, plasma ricco di piastrine) è uno dei trattamenti biologici più discussi degli ultimi anni. Il suo razionale si basa sulla presenza di fattori di crescita potenzialmente in grado di modulare l'ambiente articolare, ma il razionale biologico non coincide automaticamente con un beneficio clinico certo. La systematic review (revisione sistematica della letteratura) del 2025 sulle infiltrazioni per l'artrosi di spalla evidenzia che il PRP è una delle opzioni oggi più studiate, ma segnala anche una marcata eterogeneità negli studi, nei protocolli, nella selezione dei pazienti e negli outcome considerati. Questo impedisce di considerarlo, allo stato attuale, una terapia standard o universalmente raccomandata. Può avere uno spazio in casi selezionati, ma deve essere inserito dentro una strategia più ampia che includa diagnosi corretta, riabilitazione e monitoraggio degli esiti. Questo è il modo più serio di parlarne al paziente: senza chiusure ideologiche, ma anche senza promesse eccessive.

QUANDO IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO NON BASTA PIÙ

Esistono situazioni in cui, nonostante un percorso conservativo ben costruito, il dolore resta elevato, la rigidità diventa importante e la spalla continua a perdere funzione. In questi casi entra in gioco la valutazione chirurgica. La linea guida internazionale chiarisce che la gestione dell'artrosi gleno-omerale comprende anche procedure ortopediche e che la decisione terapeutica deve dipendere dalla severità del quadro, dalla limitazione funzionale e dagli obiettivi del paziente.

Questo significa che la chirurgia non rappresenta un fallimento del percorso terapeutico conservativo, ma una tappa appropriata quando il rapporto tra dolore, limitazione e qualità di vita supera ciò che il trattamento non chirurgico può ragionevolmente compensare.

LA CHIRURGIA PROTESICA E IL PESO DELLA RIABILITAZIONE POST-OPERATORIA

Quando si arriva alla protesi di spalla, il paziente deve sapere che l'intervento non conclude il percorso: ne apre una nuova fase. Il risultato dipende dalla corretta indicazione chirurgica, dalla scelta della protesi, dalla qualità tecnica dell'intervento e dalla riabilitazione successiva.

La linea guida APTA del 2023 include esplicitamente anche la gestione dei pazienti sottoposti a Total Shoulder Arthroplasty (TSA, artroplastica totale di spalla), confermando che il recupero richiede progressione, monitoraggio e adattamento del carico nel tempo.



In altre parole, la protesi può cambiare in modo importante la qualità di vita, ma il suo valore reale emerge solo dentro un percorso riabilitativo ben guidato. È qui che la qualità del team, della programmazione e dell'aderenza terapeutica fa la differenza.

COSA DEVE SAPERE IL PAZIENTE

La radiografia è di solito il primo esame utile. La RM serve quando bisogna capire meglio tendini, cuffia dei rotatori, bicipite o altre strutture molli. Le infiltrazioni non sostituiscono un percorso riabilitativo serio. La fisioterapia, invece, resta un pilastro sia nei percorsi conservativi sia nel recupero dopo la chirurgia.

CONCLUSIONE

L'artrosi della spalla è una condizione frequente, ma ridurla a una semplice "usura" sarebbe un errore clinico e comunicativo. È una patologia che coinvolge strutture articolari, controllo del movimento, tolleranza al carico, dolore e funzione. Le fonti più autorevoli oggi disponibili convergono su un punto chiave: il vero valore non sta nel singolo trattamento isolato, ma nella qualità del percorso clinico. Radiografia come primo snodo diagnostico, RM quando c'è un quesito clinico aggiuntivo, fisioterapia progressiva e personalizzata, infiltrazioni valutate con rigore e chirurgia quando il quadro lo richiede: è questa la strategia più seria, più trasparente e più utile per il paziente. E forse il messaggio più importante, per chi sta vivendo questo problema, è un altro: una spalla artrosica non è una spalla "persa".

Se il percorso è ben guidato, se la diagnosi è corretta e se il paziente viene accompagnato con chiarezza, competenza e continuità, esiste spesso un margine concreto per stare meglio, muoversi meglio e tornare a vivere con più libertà.



CUFFIA DEI ROTATORI: CAPIRE IL TENDINE PER CURARLO CON PIÙ PRECISIONE

Ci sono disturbi che non arrivano con un trauma clamoroso, ma si insinuano nei gesti di ogni giorno. All'inizio è solo fastidio: prendere un piatto da un pensile, infilarsi una giacca, sollevare il braccio per pettinarsi, dormire sul fianco. Poi il fastidio diventa dolore, il dolore diventa limite, e la spalla smette di essere "efficiente". In molti casi, dietro questo quadro, c'è una sofferenza della cuffia dei rotatori, una delle cause più frequenti di dolore di spalla nell'adulto.
Le raccomandazioni cliniche più aggiornate descrivono il dolore correlato alla cuffia come un disturbo frequente e multifattoriale, in cui contano struttura del tendine, carico, età, recupero e qualità del movimento.

CHE COS'È DAVVERO LA CUFFIA DEI ROTATORI

La cuffia dei rotatori è formata da quattro muscoli e dai relativi tendini (sovraspinato, sottospinato, sottoscapolare e piccolo rotondo) che permettono alla spalla le rotazioni e aiutano a mantenere stabile l'articolazione della spalla mentre il braccio si muove. Il loro compito non è solo far salire il braccio, ma farlo bene: con controllo, precisione e continuità. Questo significa che la cuffia non lavora come un semplice "motore", ma come un sistema di stabilizzazione dinamica che tiene centrata la testa dell'omero mentre la mano viene portata nello spazio. Quando questo sistema va in difficoltà, il paziente non sente solo dolore: avverte anche debolezza, insicurezza, perdita di fluidità e riduzione della funzione nelle attività di vita quotidiana.

PERCHÉ OGGI SI PARLA DI TENDINOPATIA E NON SEMPLICEMENTE DI TENDINITE

Per molti anni quasi ogni dolore tendineo della spalla è stato definito "tendinite".
Oggi questo termine è considerato spesso troppo stretto. Il motivo è semplice: non sempre il problema è una classica infiammazione acuta. Nella tendinopatia il tendine può andare incontro a cambiamenti della sua struttura, della sua organizzazione interna e della sua capacità di sopportare il carico. In altre parole, il tendine non è solo "irritato o infiammato": è un tessuto che, per ragioni diverse, sta lavorando peggio.
Questo cambia anche il modo di curarlo. Se il problema non è soltanto infiammatorio, allora la terapia non può limitarsi a riposo e antinfiammatori, ma deve aiutare il tendine e la spalla a recuperare capacità di carico, forza e funzione.

COME NASCE IL PROBLEMA: SOVRACCARICO, DEGENERAZIONE, TRAUMA

Le cause non sono tutte uguali. In molti pazienti il problema nasce da un sovraccarico: quando i tendini vengono sollecitati ripetutamente, soprattutto nei movimenti sopra la testa, possono diventare dolorosi e meno tolleranti al carico. In altri casi prevale una componente degenerativa: il tessuto, stressato da continue sollecitazioni e dall'età, perde elasticità, si indebolisce e diventa più vulnerabile a fissurazioni o rotture. In altri ancora il quadro compare dopo un trauma, per esempio una caduta con il braccio lontano dal corpo o un movimento improvviso che supera la capacità del tendine di resistere. Anche l'instabilità articolare e una predisposizione individuale possono contribuire. Sul piano clinico è importante capirlo, perché una sofferenza da sovraccarico, una lesione traumatica e una degenerazione progressiva non hanno sempre la stessa prognosi né lo stesso percorso terapeutico.

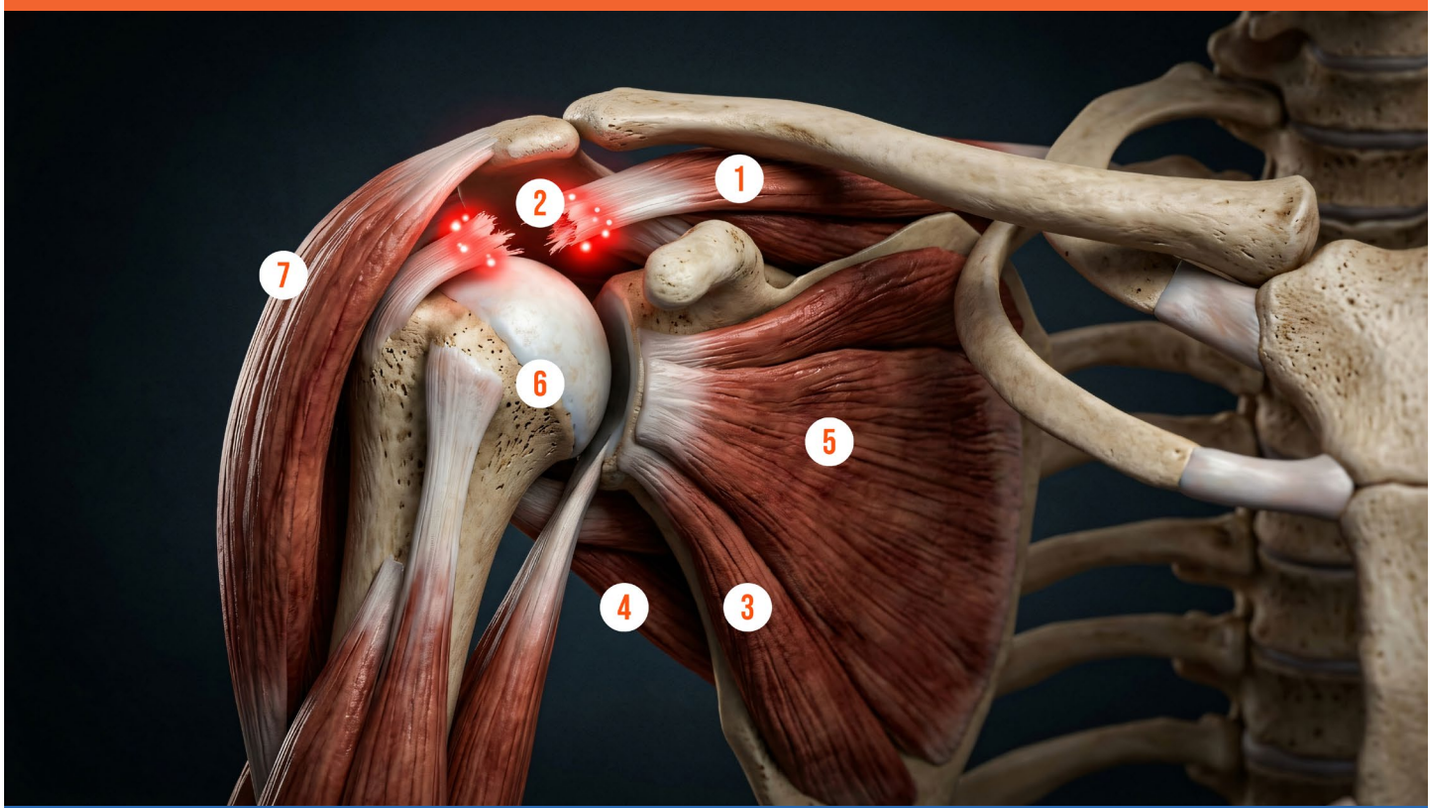
CHI COLPISCE PIÙ SPESSO

Il dolore di spalla è molto comune nella popolazione generale e cresce con l'età. Quando si entra nel dettaglio della cuffia dei rotatori, alcuni fattori aumentano chiaramente il rischio: età superiore ai 50 anni, diabete, attività lavorative ripetitive, uso frequente del braccio sopra la testa, carichi meccanici continui e alterazioni della postura del movimento. Questo spiega perché il problema sia frequente sia nei lavoratori manuali sia negli sportivi, ma anche in persone non sportive che hanno tessuti più vulnerabili per età o comorbidità. Il punto chiave, però, è che il tendine raramente si ammala "da un giorno all'altro": più spesso arriva a soffrire quando richieste meccaniche, recupero insufficiente e fragilità biologica iniziano a sommarsi nel tempo.

LO SPORT: PERCHÉ ALCUNI ATLETI SONO PIÙ ESPOSTI

Nel mondo dello sport il rischio aumenta soprattutto quando la spalla viene usata ripetutamente sopra la testa o ad alta velocità. È il caso degli sport overhead (movimento nel quale la mano va più in alto la testa) e degli sport di lancio, nei quali la cuffia deve generare forza ma anche controllare

LESIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI



1. **Muscolo Sovraspinato**
2. **Lesione della Cuffia dei Rotatori**
3. **Grande Rotondo**
4. **Piccolo Rotondo**
5. **Muscoli Sottoscapolari**
6. **Omero**
7. **Deltoide**

e frenare il movimento del braccio. In questi contesti, un allenamento sbagliato, una preparazione fisica insufficiente o una cattiva gestione dei carichi possono favorire la comparsa della tendinopatia o, nei casi peggiori, di vere lesioni.
La letteratura scientifica identifica proprio negli overhead athletes una popolazione più esposta, e questo aiuta a capire perché la prevenzione e il lavoro specifico di spalla abbiano un ruolo così importante nello sport.

IN QUALI SPORT SI VEDE PIÙ SPESSO

Il rischio cambia anche in base al gesto sportivo. Nel calcio, per esempio, il problema riguarda soprattutto i portieri, che espongono la spalla a tuffi, impatti e cadute. Nel tennis la ripetizione del servizio e dei colpi sopra la testa può sovraccaricare la cuffia, soprattutto se la preparazione è inadeguata. Nella pallavolo i gesti di servizio e schiacciata chiedono alla cuffia di produrre forza e stabilità in modo ripetitivo; le lesioni complete sono meno comuni nei giovani, ma irritazioni acute e degenerative non sono rare.

Nel golf la reiterazione dello swing può diventare un fattore di stress, mentre nella pallacanestro pesano sia i traumi sia i gesti ripetuti. Più che il nome dello sport, quindi, conta il tipo di carico imposto alla spalla e il modo in cui l'atleta è stato preparato a tollerarlo.

COME SI MANIFESTA: IL DOLORE HA UNA LOGICA PRECISA

Il sintomo principale è il dolore. Spesso si localizza nella parte anteriore o laterale della spalla, ma può irradiarsi anche lungo il braccio e, non di rado, diventa particolarmente fastidioso di notte. In molti pazienti il dolore compare quando si alza

il braccio, si ruota la spalla, si cerca qualcosa in alto o si dorme sul lato interessato. Nei casi più seri, il problema non si ferma al dolore: il paziente non riesce più a eseguire bene movimenti anche banali e avverte una debolezza concreta, fino alla difficoltà nel sollevare pesi anche modesti. Questa combinazione di dolore, debolezza e limitazione funzionale è uno dei motivi per cui la cuffia dei rotatori ha un impatto così forte sulla qualità di vita.

DIAGNOSI FUNZIONALE: IL CUORE DELLA VALUTAZIONE

Quando il professionista parla di diagnosi funzionale, non sta cercando soltanto di dire "quale tendine fa male". Sta cercando di capire come si comporta davvero la spalla del paziente. In pratica valuta quali movimenti provocano dolore, quanto il paziente riesce davvero a sollevare il braccio, quanta forza riesce a esprimere, se compaiono compensi con scapola o collo, e quanto il problema pesa su lavoro, sport, sonno e autonomia quotidiana.
Le linee guida più recenti raccomandano una valutazione completa con anamnesi, esame obiettivo, misurazione del movimento, esame della forza, screening del rachide cervicale quando necessario e attenzione anche agli aspetti prognostici. Questo è decisivo perché due persone con referti simili possono avere limitazioni molto diverse e quindi avere bisogno di percorsi differenti.

RED FLAGS: I SEGNALI DI ALLARME CHE MERITANO ATTENZIONE RAPIDA

Le red flags sono i campanelli d'allarme che fanno pensare che il problema non sia una semplice tendinopatia, ma qualcosa di più serio o comunque diverso.
Per il paziente, in modo molto concreto, possono essere: dolore molto forte dopo un trauma importante, incapacità improvvisa di alzare il braccio, deformità evidente, febbre o brividi associati al dolore, dolore costante non legato al movimento, perdita di peso inspiegabile, sospetto di infezione, storia oncologica o sintomi che fanno pensare a un problema neurologico o persino viscerale.
Le linee guida insistono sull'identificazione precoce di questi segnali proprio perché cambiano subito la priorità diagnostica e il percorso da seguire.

YELLOW FLAGS: QUANDO IL RECUPERO È INFLUENZATO ANCHE DA SONNO, PAURA E STRESS

Le yellow flags non indicano una patologia grave, ma fattori che possono amplificare il dolore o rallentare il recupero. Per esempio: paura di muovere il braccio, convinzione che ogni dolore significhi danno grave, sonno disturbato, forte stress, ansia, demotivazione o scarsa fiducia nella possibilità di migliorare. Questo non significa che il dolore sia "nella testa", ma che il dolore muscoloscheletrico è influenzato anche da sonno, sistema nervoso, aspettative e comportamento. Le raccomandazioni cliniche suggeriscono di cercare anche queste variabili perché ignorarle rende spesso meno efficace il trattamento, anche quando la diagnosi strutturale è corretta.

LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE: NON TUTTO IL DOLORE DI SPALLA È CUFFIA DEI ROTATORI

Molti pazienti pensano che se fa male la spalla sia "sicuramente la cuffia". In realtà non è sempre così. Esistono diversi disturbi che possono assomigliarle: problemi del tendine del bicipite, capsulite adesiva, dolore che parte dal collo, neuropatie, sindrome dello stretto toracico, calcificazioni, lesioni più importanti della cuffia e, più raramente, patologie sistemiche o altre cause non strettamente ortopediche. In questo gruppo rientra anche la lesione SLAP, cioè una lesione della parte superiore del labbro glenoideo, una struttura che aiuta la stabilità della spalla vicino all'inserzione del capo lungo del bicipite. Tradotto in termini semplici, non è una lesione della cuffia, ma un altro problema della spalla che può dare sintomi simili, soprattutto nei movimenti sopra la testa, nei lanci e in alcuni gesti ripetitivi. Per questo una buona visita non serve solo a confermare un sospetto, ma anche a escludere ciò che potrebbe richiedere un percorso diverso.

IMMAGING: UTILE SUPPORTO CLINICO

Uno degli errori più frequenti è pensare che il primo passo debba essere sempre un esame strumentale. In realtà, nella gestione iniziale della sospetta tendinopatia della cuffia, le linee guida più aggiornate raccomandano di non prescrivere imaging di routine, salvo trauma, sospetta rottura importante, red flags o mancato miglioramento dopo un percorso conservativo ben condotto.

Il motivo è semplice: fare imaging troppo presto può aumentare costi, preoccupazioni e confusione senza cambiare davvero la decisione clinica iniziale. Prima si valuta il paziente, poi si decide se l'esame aggiunge un'informazione utile.

COME VIENE DIAGNOSTICATA UNA LESIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

Quando il sospetto è quello di una vera lesione, la diagnosi non si basa solo sulla visita ortopedica ma, se necessario, si completa con esami strumentali. La RM (risonanza magnetica) consente di individuare con maggiore precisione posizione ed entità della lesione, l'RX permette di visualizzare eventuali conseguenze ossee pur non mostrando direttamente i tendini, mentre l'ecografia è molto utile per valutare l'entità del danno tendineo, pur non essendo l'esame adatto per studiare l'osso. Questa distinzione è importante anche per il paziente, perché aiuta a capire che gli esami non sono intercambiabili: ogni metodica serve a rispondere a una domanda diversa.

RADIOGRAFIA, ECOGRAFIA E RM: TRE ESAMI, TRE FUNZIONI DIVERSE

La radiografia serve soprattutto per vedere ossa, calcificazioni, artrosi o alterazioni strutturali di base. L'ecografia è molto utile quando il sospetto riguarda i tendini della cuffia o la borsa subacromiale, perché è dinamica, accessibile e spesso molto informativa. La RM (risonanza magnetica) è particolarmente utile quando bisogna capire meglio l'estensione di una lesione, studiare in profondità i tessuti molli o pianificare una possibile chirurgia. I criteri della American College of Radiology (ACR, Collegio Americano di Radiologia) confermano questa logica: radiografia come primo esame nel dolore cronico di spalla, ecografia o RM come approfondimenti di secondo livello quando il quesito clinico riguarda la cuffia dei rotatori o la borsa.

IL REFERTO NON È LA DIAGNOSI

Questo è uno dei concetti più importanti da spiegare bene a un paziente. Il referto non coincide automaticamente con la diagnosi. Alterazioni dei tendini, calcificazioni o perfino alcune lesioni della cuffia possono comparire anche in persone che non hanno dolore. Per questo l'imaging va sempre interpretato insieme alla storia clinica, ai test e alla funzione reale della spalla. Quello che conta non è solo cosa si vede, ma se quello che si vede spiega davvero ciò che il paziente sente e ciò che non riesce più a fare. Le linee guida moderne insistono molto su questa integrazione tra imaging e quadro clinico.



IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO: LA PRIMA PARTITA VERA SI GIOCA QUI

Nella maggior parte dei casi il primo approccio è conservativo. Questo non significa aspettare passivamente che il dolore passi, ma costruire un percorso per ridurre i sintomi, recuperare il movimento, aumentare la capacità del tendine di tollerare il carico e restituire funzione alla spalla. Nelle fasi acute, spesso riposo relativo, ghiaccio, esercizi di rinforzo e allenamento propriocettivo, ed eventuali mezzi fisici sono sufficienti a migliorare il quadro.

Le raccomandazioni cliniche più recenti indicano come cardini iniziali educazione, autogestione ed esercizio terapeutico. Per il paziente questo è un messaggio decisivo: il trattamento conservativo non è una scelta di serie B, ma spesso il primo vero investimento clinico per stare meglio.



IL RUOLO DELLA FISIOTERAPIA: IL TENDINE VA RIEDUCATO, NON SOLO CALMATO

La fisioterapia moderna non si limita a "spegnere il dolore". Serve soprattutto a rieducare il tendine e l'intera spalla a tollerare meglio il carico. Le raccomandazioni cliniche del 2025 sostengono programmi attivi che includano esercizi di controllo motorio e/o contro resistenza, con progressione adattata al paziente. Il punto chiave è che non vince l'esercizio più spettacolare, ma quello giusto, nel momento giusto, con il dosaggio giusto. È questa progressione che consente al tendine di recuperare capacità meccanica e alla spalla di tornare a lavorare con più libertà ed efficienza.

LA RIABILITAZIONE IN TRE FASI

La riabilitazione può essere spiegata in tre fasi, ed è un modello utile anche per il paziente perché rende chiaro che il recupero non è un interruttore acceso o spento, ma un processo. Nella prima fase l'obiettivo è ridurre dolore e infiammazione, recuperare fiducia nel movimento e modulare i carichi non tollerati; qui trovano spazio educazione, adattamento delle attività, esercizi a basso carico ma selezionati e, quando serve, mezzi fisici con finalità antalgica e antinfiammatoria come supporto. Nella seconda fase il focus si sposta su rinforzo progressivo della cuffia, muscoli scapolari, controllo del gesto e aumento della tolleranza al carico.

Nella terza fase si consolida la funzione reale: lavoro, sport, gesti overhead, resistenza e continuità nel tempo. Le linee guida sostengono una progressione guidata dalla risposta clinica del paziente e non da protocolli rigidi uguali per tutti.

TERAPIA MANUALE: UTILE, MA CON IL RUOLO GIUSTO

La terapia manuale può essere utile soprattutto nelle prime fasi per migliorare la mobilità, ridurre il dolore e facilitare l'ingresso nel lavoro attivo.

Le raccomandazioni cliniche supportano il suo uso soprattutto come complemento all'esercizio e non come unica strategia.

Tradotto in modo semplice: può aiutare ad aprire la strada, ma il risultato più stabile si costruisce con la parte attiva della riabilitazione.

Questo è coerente con l'idea moderna di spalla dolorosa: non basta trattare passivamente il tessuto, bisogna aiutare il sistema a tornare funzionale.

FARMACI E INFILTRAZIONI: STRUMENTI UTILI, MA NON IL PILASTRO PRINCIPALE

Antinfiammatori e infiltrazioni possono avere uno spazio, soprattutto nel controllo del dolore a breve termine. Le raccomandazioni più recenti riportano che le infiltrazioni corticosteroidee subacromiali possono aiutare nel breve periodo, ma non risolvono da sole il problema di base.
Per questo il loro ruolo va letto con lucidità: possono facilitare una fase del percorso, ma non sostituiscono la riabilitazione e non ricostruiscono da sole la capacità del tendine di sopportare il carico. Il centro del progetto terapeutico resta comunque il lavoro attivo e progressivo.

ACIDO IALURONICO E PRP: ASPETTATIVE REALISTICHE, NON PROMESSE FACILI

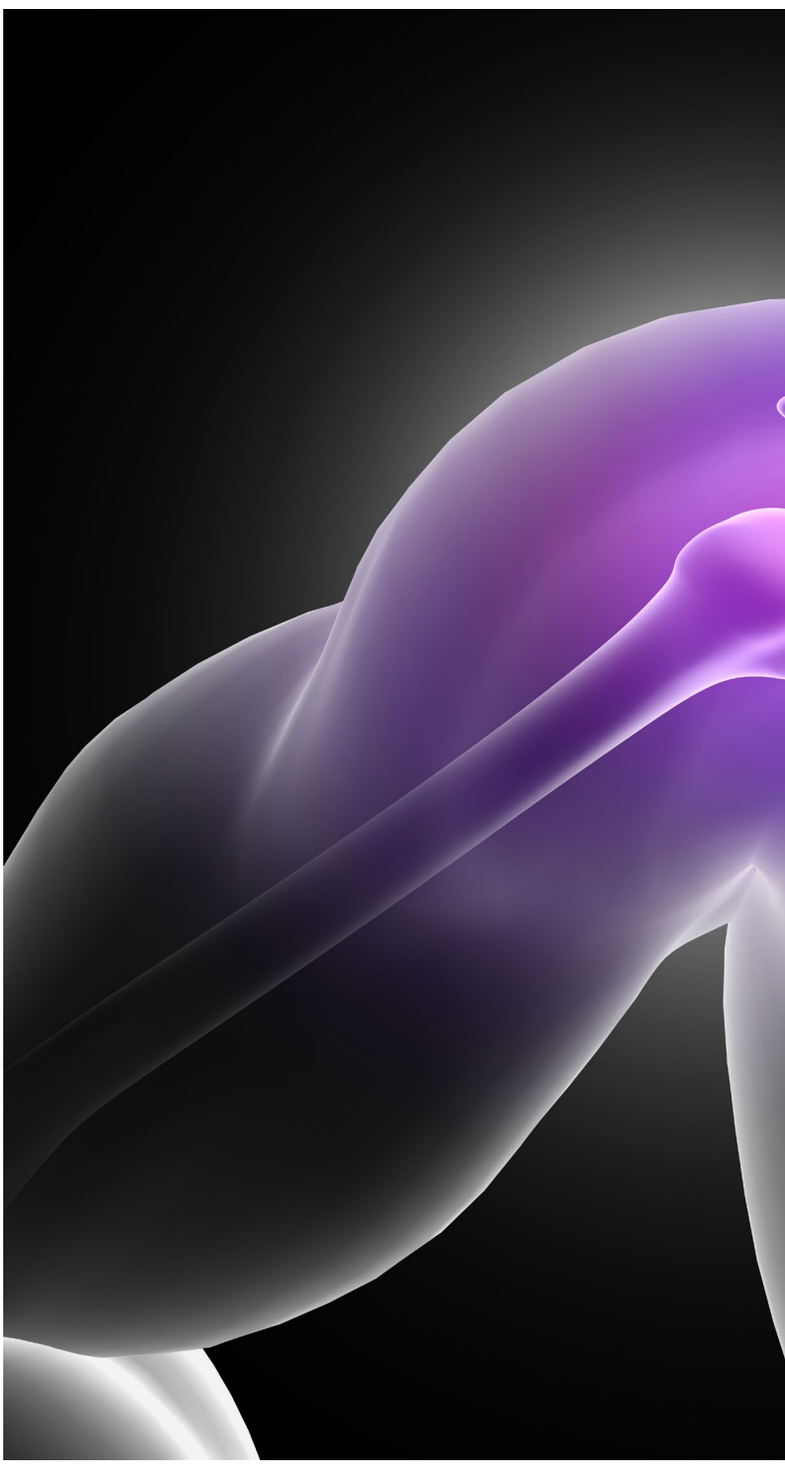
Su acido ialuronico e Platelet-Rich Plasma (PRP, plasma ricco di piastrine) serve molta chiarezza. Le raccomandazioni del 2025 indicano che entrambe le opzioni possono essere considerate in alcuni casi per ridurre dolore e disabilità, ma non dovrebbero essere trattamenti di prima linea. Questo significa che non vanno né demonizzate né presentate come scorciatoie miracolose. Prima viene una diagnosi ben fatta, poi una riabilitazione seria; solo dentro questa strategia ha senso discutere eventuali infiltrazioni. È questa la posizione più rigorosa e più onesta nei confronti del paziente.

PREVENZIONE: COSA SI PUÒ FARE DAVVERO

Le lesioni e le tendinopatie della cuffia non si possono evitare in modo assoluto, ma si possono prevenire meglio di quanto spesso si pensi. Nei soggetti a rischio, soprattutto sportivi e lavoratori overhead, hanno senso programmi specifici di rinforzo, esercizi di propriocezione, riscaldamento prima dell'attività, cura della mobilità, idratazione adeguata e una preparazione fisica coerente con le richieste del gesto.
Per chi pratica sport a rischio, anche a livello amatoriale, è poco prudente affrontare attività intense o competitive senza una base di allenamento adeguata. La logica preventiva è semplice: una spalla preparata e allenata tollera meglio i carichi e si difende meglio dagli errori tecnici e dalle ripetizioni eccessive.

QUANDO BISOGNA PENSARE ALLA CHIRURGIA

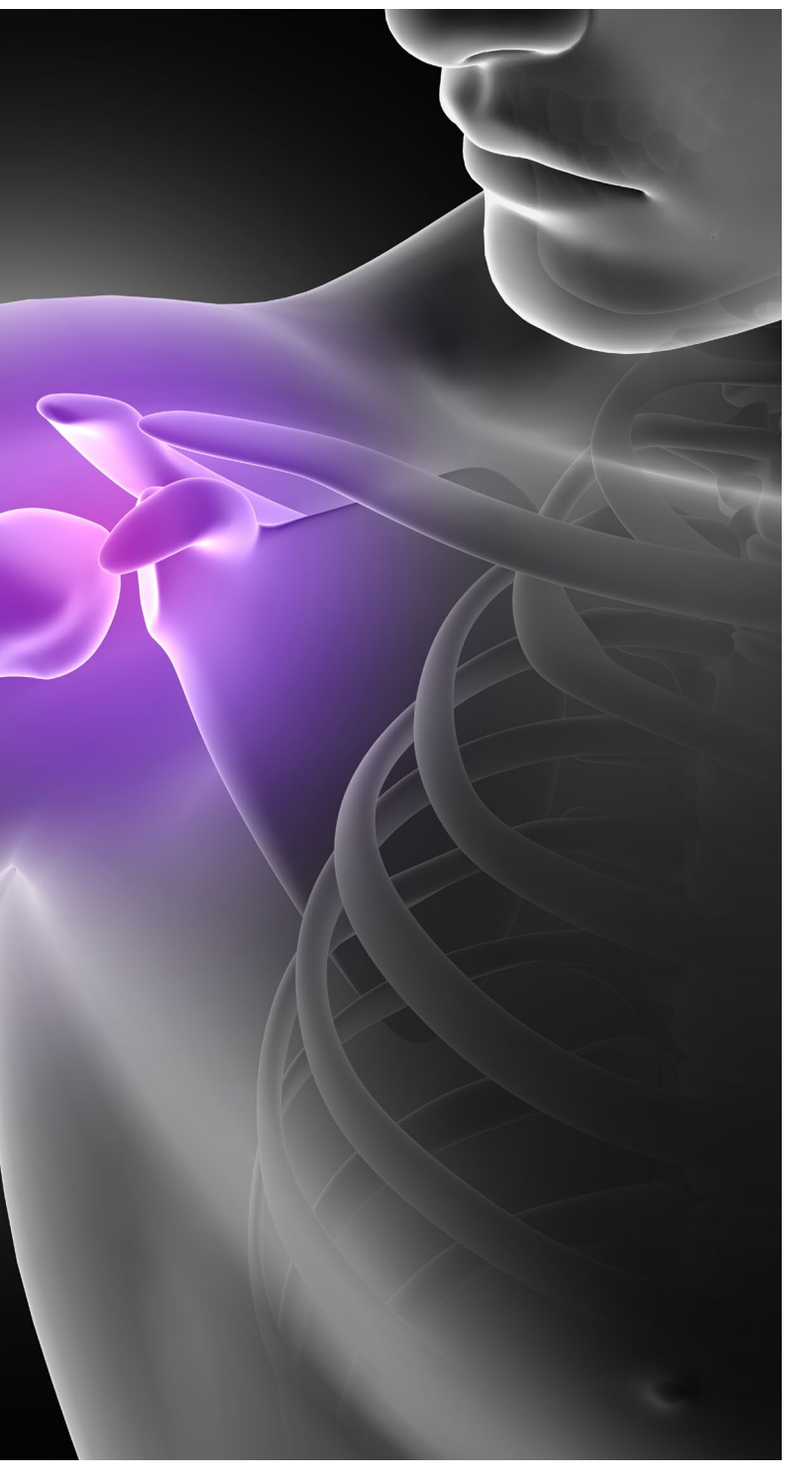
La chirurgia entra davvero in gioco quando il quadro cambia: dolore persistente nonostante fisioterapia ben condotta, debolezza marcata, importanti lesioni della cuffia, importante perdita di funzione o sospetta rottura significativa.
Se dopo il trattamento conservativo il dolore o il deficit di forza continuano, è ragionevole contattare uno specialista della spalla per valutare



la necessità di un intervento. Nella tendinopatia semplice, il trattamento iniziale resta di norma conservativo; nelle lesioni parziali di alto grado o nelle rotture selezionate che non migliorano, il ragionamento chirurgico diventa più forte. Le indicazioni dell'AAOS del 2025 sulle lesioni della cuffia ribadiscono proprio questa logica di progressione decisionale.

CHIRURGIA DELLA CUFFIA: QUANDO IL REFERTO INCONTRA DAVVERO LA FUNZIONE

La documentazione più aggiornata dell'AAOS mostra che, nei pazienti con rotture riparabili e quadro clinico coerente, una riparazione che guarisce tende a offrire esiti migliori rispetto alla sola fisioterapia o rispetto a riparazioni non guarite. Ma questo non significa che ogni lesione debba essere operata. Significa piuttosto che la chirurgia ha valore quando viene proposta nel paziente giusto, nel momento giusto e dentro un percorso riabilitativo adeguato. Spesso l'intervento viene eseguito in artroscopia e, nei casi sportivi, il recupero può richiedere diversi mesi, con tempi che frequentemente arrivano a cinque-sei mesi prima del ritorno pieno alle attività più impegnative. In pratica, non si opera un referto: si opera una persona quando clinica, funzione e imaging vanno nella stessa direzione.

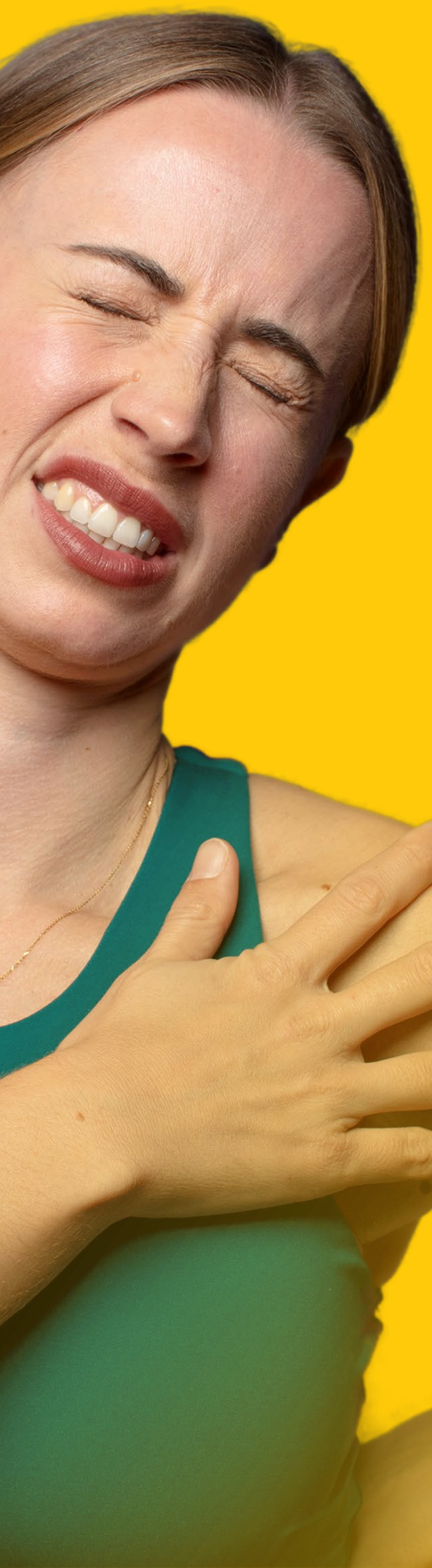


COSA DEVE SAPERE IL PAZIENTE

- Le red flags sono segnali di allarme che richiedono attenzione più rapida.
- Le yellow flags sono fattori come stress, paura del movimento o sonno scarso che possono rallentare il recupero.
- Una lesione SLAP è un altro problema della spalla che può assomigliare alla cuffia dei rotatori.
- Radiografia, ecografia e RM non sono esami "migliori" o "peggiori": rispondono a domande diverse.
- Il referto da solo non basta: va sempre interpretato insieme ai sintomi e alla funzione reale della spalla.

CONCLUSIONE

Le problematiche della cuffia dei rotatori sono condizioni frequenti, ma ridurla a una semplice "infiammazione del tendine" sarebbe troppo poco. È un problema che coinvolge biologia del tendine, capacità di carico, qualità del movimento, funzione e contesto di vita del paziente.
Le fonti più autorevoli oggi convergono su un punto strategico: il valore non sta nel singolo esame o nel singolo trattamento, ma nella qualità dell'intero percorso.
Diagnosi funzionale accurata, attenzione ai segnali di allarme, imaging quando serve davvero, riabilitazione progressiva in tre fasi, eventuali infiltrazioni valutate con rigore e chirurgia quando realmente indicata: è questa la rotta più seria, più trasparente e più utile per il paziente.



CAPSULITE ADESIVA: QUANDO LA SPALLA SI BLOCCA

La capsulite adesiva, definita anche frozen shoulder o "spalla congelata", è una condizione clinica caratterizzata da dolore e progressiva riduzione del movimento della spalla, sia attivo sia passivo. Non si tratta quindi soltanto di una spalla dolorosa, ma di una patologia in cui la capsula articolare gleno-omerale va incontro a un processo infiammatorio e fibrotico che limita in modo importante la funzione. Le più recenti linee guida cliniche confermano che la diagnosi è prevalentemente clinica e che il quadro tipico comprende dolore, rigidità e limitazione globale del movimento, con particolare compromissione della rotazione esterna.

Perché la capsulite adesiva è una patologia così impattante

La spalla è l'articolazione con la maggiore mobilità del corpo umano e basa la propria efficienza su un equilibrio raffinato tra stabilità e libertà di movimento. Quando la capsula si infiamma, si ispessisce e perde elasticità, questo equilibrio si rompe: il paziente inizia a trovare difficili attività quotidiane come vestirsi, infilare una giacca, pettinarsi, raggiungere la schiena o sollevare il braccio sopra la testa. La letteratura sottolinea che la capsulite adesiva non è solo un problema di dolore, ma una condizione che impatta in modo significativo sulla disabilità funzionale e sulla qualità della vita.

Chi colpisce più spesso

Dal punto di vista epidemiologico, la capsulite adesiva colpisce più frequentemente soggetti tra i 40 e i 60 anni ed è più comune nelle donne. È inoltre associata con maggiore frequenza a pazienti con diabete mellito e disfunzioni tiroidee, due elementi che nella pratica clinica devono alzare il livello di attenzione già in fase di anamnesi. Le revisioni e le linee guida più recenti confermano che il diabete rappresenta uno dei fattori di rischio più solidi e costanti descritti in letteratura.

Capsulite primaria e secondaria

Sotto il profilo clinico è utile distinguere una capsulite adesiva primaria, cioè idiopatica, da una capsulite secondaria, che può comparire dopo trauma, intervento chirurgico, immobilizzazione o nel contesto di altre patologie di spalla. Questa distinzione è strategica perché orienta sia il ragionamento diagnostico sia il percorso terapeutico: una capsulite che insorge spontaneamente in un soggetto con diabete ha un significato clinico diverso rispetto a una rigidità di spalla che compare dopo un intervento o dopo un periodo prolungato di non utilizzo dell'arto.

Le tre fasi cliniche della capsulite adesiva

Tradizionalmente la capsulite adesiva viene descritta in tre fasi. La prima è la fase dolorosa, detta anche "freezing", in cui prevalgono il dolore, spesso notturno, e l'inizio della perdita di mobilità. La seconda è la fase rigida, o "frozen", in cui il dolore può ridursi rispetto all'e-

sordio ma la restrizione articolare diventa il problema dominante. La terza è la fase di recupero, detta "thawing", caratterizzata da un lento miglioramento della mobilità e della funzione. Le linee guida e le revisioni contemporanee confermano l'utilità di questa classificazione, pur ricordando che non tutti i pazienti seguono lo stesso decorso in modo rigido e lineare.

Il primo snodo strategico: la diagnosi corretta

La diagnosi della capsulite adesiva è innanzitutto clinica e si fonda su anamnesi, esame obiettivo e diagnosi differenziale.
Il segno più rilevante è la riduzione significativa del movimento passivo gleno-omerale in più direzioni, soprattutto della rotazione esterna. Questo aspetto è decisivo perché distingue la capsulite da molte tendinopatie della cuffia dei rotatori, nelle quali il movimento attivo può essere limitato dal dolore, ma il passivo non è sempre compromesso nella stessa misura. Le linee guida del Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT, Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy) e le più recenti linee guida del 2025 convergono su questo punto.

La diagnosi differenziale: il vero punto di qualità clinica

Una capsulite adesiva può essere confusa con artrosi gleno-omerale, rotture della cuffia dei rotatori, tendinopatie calcifiche, dolore cervicale riferito, esiti post-traumatici o altre forme di spalla dolorosa. Per questo la valutazione deve essere accurata e non può fermarsi all'etichetta generica di "infiammazione".
La letteratura raccomanda di considerare l'età del paziente, la gradualità dell'insorgenza, il pattern di rigidità, la presenza di patologie endocrine o metaboliche e l'eventuale storia di trauma o chirurgia. In termini operativi, la qualità della diagnosi iniziale condiziona direttamente la qualità dell'intero percorso terapeutico.

Il ruolo degli esami strumentali

Radiografia, ecografia e risonanza magnetica non sono sempre necessarie per "fare diagnosi" di capsulite adesiva, perché la diagnosi resta prevalentemente clinica. Tuttavia, possono essere molto utili per escludere altre condizioni strutturali o per chiarire i casi meno lineari. Le linee guida recenti confermano che l'imaging deve essere usato come supporto al ragionamento clinico, non come sostituto dell'esame obiettivo. In altri termini, l'esame strumentale va inserito dentro una strategia diagnostica e non usato in modo automatico o scollegato dal quadro funzionale del paziente.

Un approccio terapeutico in più fasi: dalla diagnosi alla presa in carico

La capsulite adesiva va gestita con una logica progressiva e integrata. Il primo livello è la diagnosi corretta e la stratificazione clinica del paziente: capire in che fase si trova, quanto è irritabile la spalla, quali comorbidità sono presenti e quali obiettivi sono realistici nel breve periodo. Il secondo livello è la terapia medica, finalizzata soprattutto al controllo del dolore e dell'infiammazione nelle fasi iniziali. Il terzo livello è la fisioterapia, che accompagna il recupero della mobilità, della funzione e della tolleranza al carico. Le linee guida 2025 sulla primary frozen shoulder insistono proprio su questo punto: il trattamento efficace non è monolitico, ma richiede una progressione coerente con la fase clinica.

Prima fase: riconoscere il problema, spiegare il problema

Nella fase iniziale, che spesso è la più dolorosa e confusa per il paziente, il primo intervento terapeutico è anche comunicativo ed educativo. Spiegare al paziente che si tratta di una patologia generalmente lunga, ma gestibile, è fondamentale per ridurre allarmismo, paura del movimento e aspettative irrealistiche. La letteratura clinica sottolinea che una corretta educazione del paziente migliora l'aderenza al percorso e aiuta a gestire meglio il decorso, soprattutto quando i sintomi oscillano e il recupero non è immediato. In termini manageriali della cura, questa fase è decisiva perché costruisce alleanza terapeutica e continuità.

Seconda fase: terapia medica per controllare il dolore

Quando il dolore è elevato e limita in modo importante il sonno, la vita quotidiana e la possibilità stessa di iniziare una fisioterapia efficace, la terapia medica può avere un ruolo rilevante. Le revisioni disponibili riportano che i corticosteroidi intra-articolari possono offrire un beneficio soprattutto a breve termine su dolore e funzione, in particolare nelle fasi iniziali della patologia. Anche i farmaci antinfiammatori non steroidei, cioè i Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs, farmaci antinfiammatori non steroidei), vengono spesso impiegati per il controllo sintomatico, anche se l'evidenza specifica sulla capsulite adesiva è meno robusta rispetto a quella disponibile per le infiltrazioni. Il punto chiave è che la terapia medica non sostituisce la riabilitazione, ma può creare le condizioni per renderla più efficace.

Le infiltrazioni: quando possono essere una leva utile

In alternativa alla terapia sistemica, le infiltrazioni intra-articolari con corticosteroidi trovano indicazione soprattutto quando il dolore è il principale fattore limitante. La letteratura suggerisce che possono migliorare dolore e funzione nel breve periodo e facilitare l'ingresso del paziente in un percorso fisioterapico più tollerabile e più produttivo.
Questa informazione è molto rilevante sul piano operativo: un paziente che non dorme, non muove il braccio e non tollera il lavoro riabilitativo spesso non ha bisogno solo di "più esercizi", ma di una migliore finestra terapeutica.

→

L'idrodilatazione: opzione specialistica da valutare caso per caso

Tra le opzioni non chirurgiche rientra anche l'idrodilatazione, cioè la distensione della capsula articolare mediante iniezione guidata di liquido, spesso associata a corticosteroide. Le revisioni sistematiche più recenti indicano che può offrire un beneficio clinico sul dolore, sulla disabilità e sul recupero del movimento, in particolare nel breve termine. Tuttavia, non va presentata come soluzione automatica o universale: il suo valore dipende dalla selezione del paziente, dal timing e dall'integrazione con il successivo lavoro riabilitativo.

Terza fase: la fisioterapia come regia del recupero

La fisioterapia rappresenta uno degli assi centrali del trattamento conservativo della capsulite adesiva. Le linee guida del JOSPT e le più recenti linee guida internazionali sottolineano che il trattamento fisioterapico deve essere adattato alla fase clinica e al livello di irritabilità.
Nelle fasi molto dolorose il focus è la modulazione dei sintomi, il mantenimento della funzione residua e l'evitare sovraccarichi inutili; nelle fasi successive diventa prioritario il recupero progressivo della mobilità gleno-omerale, della funzione e del controllo motorio. Questo significa che la fisioterapia non può essere standardizzata in modo rigido, ma deve essere costruita come un percorso dinamico.

Mobilizzazione, esercizio terapeutico e progressione del carico

Le principali leve fisioterapiche comprendono esercizio terapeutico, mobilizzazioni articolari, recupero del movimento attivo e passivo e progressiva esposizione funzionale al carico. L'errore strategico più frequente è forzare troppo presto e troppo intensamente una spalla altamente irritabile, peggiorando dolore e sfiducia del paziente. Al contrario, anche un approccio eccessivamente passivo rischia di rallentare il recupero. La letteratura raccomanda quindi un dosaggio ragionato: abbastanza stimolo da promuovere recupero, ma non così tanto da aumentare inutilmente l'irritazione. È qui che la competenza del fisioterapista fa realmente la differenza.

Un modello pratico per fasi fisioterapiche

Dal punto di vista operativo, il percorso fisioterapico può essere organizzato in tre macrofasi. La prima è una fase antalgica e di protezione funzionale, in cui si lavora su dolore, educazione e mantenimento della mobilità tollerabile. La seconda è una fase di recupero articolare, in cui il focus si sposta progressivamente sulla mobilità gleno-omerale e scapolo-toracica, sul movimento attivo assistito e sul recupero della funzione.
La terza è una fase di reintegrazione funzionale, in cui si consolidano i guadagni, si ricostruisce la capacità di carico e si accompagnano i gesti quotidiani, lavorativi o sportivi. Questo modello è coerente con il razionale delle linee guida, che suggeriscono una gestione graduata e centrata sulla fase clinica.

Le terapie fisiche strumentali: ruolo accessorio, non centrale

Nella pratica clinica vengono talvolta utilizzate anche tecnologie antalgiche e altre terapie fisiche strumentali.
Tuttavia, le linee guida contemporanee pongono al centro del percorso la diagnosi corretta, l'educazione, la gestione del dolore, l'esercizio terapeutico e, nei casi indicati, il supporto medico infiltrativo.Le terapie strumentali, quindi, possono avere un ruolo complementare in alcuni contesti, ma non rappresentano il cuore del trattamento se utilizzate isolatamente dal ragionamento clinico e dalla progressione riabilitativa.

Quando prendere in considerazione procedure più invasive

Nei pazienti che non migliorano in modo sufficiente dopo un periodo adeguato di trattamento conservativo, possono essere prese in considerazione procedure più invasive come la manipolazione in anestesia o la release capsulare artroscopica. Anche in questi casi, però, il percorso non termina con la procedura: il risultato dipende in larga misura da una riabilitazione successiva ben pianificata. Le review cliniche ricordano che queste opzioni vanno riservate a casi selezionati e non rappresentano la prima linea di trattamento.

Prognosi: buona in molti casi, ma da non banalizzare

Storicamente la capsulite adesiva è stata descritta come una patologia destinata a risolversi spontaneamente. Oggi la letteratura propone una lettura più prudente: molti pazienti migliorano in modo importante, ma non tutti recuperano completamente e non tutti lo fanno negli stessi tempi. Alcuni mantengono rigidità residua, dolore intermittente o limitazioni funzionali anche a distanza. Questo dato è molto importante perché impone una comunicazione onesta con il paziente: servono realismo, continuità e strategia, non scorciatoie narrative.

Conclusioni

La capsulite adesiva è una patologia complessa, lenta e spesso frustrante, ma proprio per questo richiede una gestione ad alto valore clinico. La leva decisiva non è una singola tecnica, bensì un percorso integrato in più fasi: diagnosi accurata, valutazione differenziale, controllo medico del dolore quando necessario, fisioterapia personalizzata e progressione coerente con la fase clinica. In una visione moderna della presa in carico, la qualità del risultato dipende dalla capacità di costruire un piano terapeutico sostenibile, preciso e condiviso con il paziente.



OLTRE LA CURA

LA SPALLA COME LABORATORIO DELL'INNOVAZIONE MEDICA

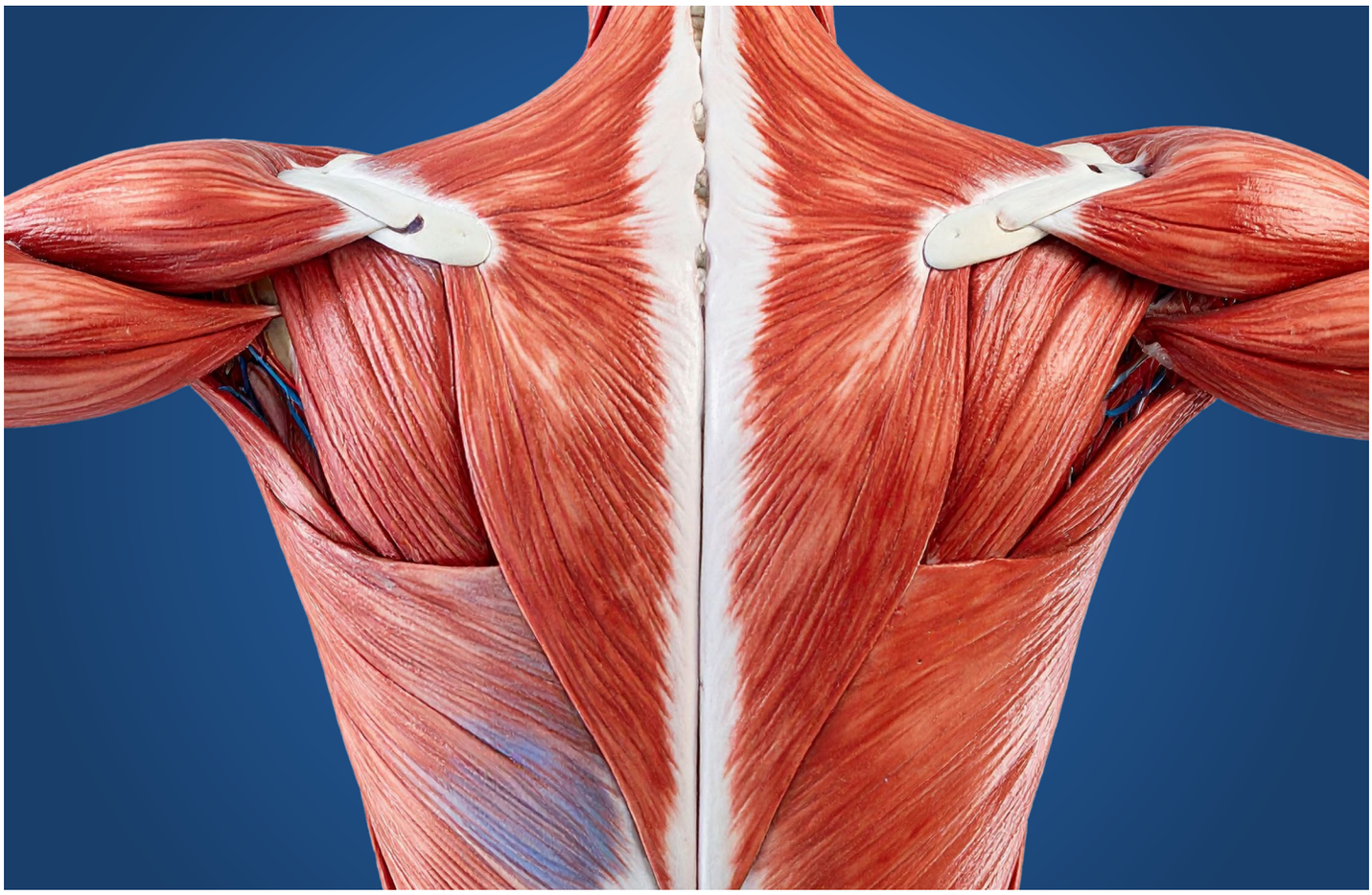
Se gli articoli di questo magazine hanno accompagnato il lettore dentro le principali patologie di spalla, questo articolo finale ha un obiettivo diverso: guardare avanti. Non per inseguire facili entusiasmi, né per trasformare ogni novità in una promessa assoluta, ma per capire dove stia andando davvero la medicina.

Oggi l'innovazione più interessante non nasce da una sola macchina o da una sola tecnica. Nasce piuttosto dall'integrazione tra chirurgia più precisa, diagnosi più funzionale, riabilitazione più misurabile, tecnologie intelligenti, medicina rigenerativa e una nuova attenzione alla longevità in salute. In questo scenario la spalla, articolazione complessa e ad alta richiesta funzionale, diventa quasi un laboratorio ideale per osservare il futuro della medicina. Negli ultimi anni si è consolidata una visione chiara: passare da una medicina che interviene solo quando il problema è ormai avanzato a una medicina più predittiva, personalizzata e orientata alla funzione. Questo cambiamento riguarda in pieno anche il mondo muscolo-scheletrico. L'obiettivo non è più soltanto "curare un danno", ma preservare autonomia, qualità del movimento e capacità di partecipare pienamente alla vita quotidiana per più tempo possibile. In questa prospettiva, il futuro della spalla non sarà fatto di sostituzioni tra vecchio e nuovo, ma di integrazione tra ortopedia, fisioterapia, bioingegneria, neuroscienze, medicina rigenerativa e lifestyle medicine. La vera innovazione non sarà fare di più, ma decidere meglio, prima e con maggiore precisione.

PROTESI ROBOTICHE DI SPALLA: PIÙ PRECISIONE, MA SENZA ILLUSIONI

Uno dei fronti più visibili dell'innovazione è quello della chirurgia protesica. Nei casi di artrosi avanzata, esiti complessi o lesioni irreparabili della cuffia dei rotatori, la spalla può richiedere una protesi anatomica o inversa. Qui la tecnologia sta facendo passi importanti: pianificazione tridimensionale, navigazione intraoperatoria, strumenti personalizzati e sistemi robotici o semi-assistiti stanno cercando di migliorare la precisione del posizionamento degli impianti, soprattutto della glena, che rappresenta uno dei passaggi più delicati della chirurgia protesica di spalla.
Le revisioni più recenti descrivono questa evoluzione come promettente sul piano dell'accuratezza e della riproducibilità tecnica. Allo stesso tempo, la prudenza resta obbligatoria. La robotica nella protesica di spalla è ancora in una fase relativamente giovane rispetto ad altri distretti ortopedici.

Gli studi sottolineano che servono dati più solidi sugli esiti clinici di lungo periodo, sui costi, sulla curva di apprendimento e sul reale vantaggio per tutte le categorie di pazienti. In altre parole, la chirurgia robot-assistita non è una garanzia automatica di successo, ma uno strumento che può aumentare la precisione quando è inserito in un percorso ben indicato e ben eseguito. Il messaggio corretto per il paziente è questo: la tecnologia può aiutare il chirurgo a essere più preciso, ma non sostituisce né l'esperienza clinica né la qualità della riabilitazione successiva.



ESERCIZI VISUO-POSTURALI: QUANDO OCCHI, CERVELLO E CORPO IMPARANO INSIEME

Un'altra frontiera molto interessante riguarda la riabilitazione visuo-posturale. Il principio è semplice da capire ma profondo nelle sue implicazioni: il movimento della spalla non dipende solo dalla forza dei muscoli della spalla. Dipende anche dal modo in cui il cervello integra le informazioni che arrivano dagli occhi, dall'equilibrio e dalla percezione del corpo nello spazio. Per questo oggi si guarda con crescente interesse a esercizi che mettano in relazione sguardo, postura, scapola, tronco e arto superiore, con l'obiettivo di migliorare non soltanto la forza, ma la qualità del gesto. Le tecnologie di biofeedback, i sensori di movimento, gli ambienti virtuali e alcuni sistemi di realtà aumentata stanno rendendo questo lavoro più misurabile e, in alcuni casi, più coinvolgente per il paziente.

Naturalmente, anche qui serve rigore. "Visuo-posturale" non deve diventare un'etichetta generica o una formula suggestiva. Il valore di questi esercizi non sta nella loro novità apparente, ma nella capacità di migliorare davvero il controllo motorio, ridurre i compensi, aumentare la consapevolezza del movimento e facilitare il ritorno ai gesti quotidiani o sportivi. Quando questi strumenti vengono usati con un razionale chiaro e dentro un programma riabilitativo ben costruito, possono rappresentare un ponte molto interessante tra neuroscienze, postura e recupero funzionale.

STIMOLAZIONE ATTIVATA DAL MOVIMENTO: VERSO UNA ELETTROSTIMOLAZIONE PIÙ INTELLIGENTE

Per molto tempo l'elettrostimolazione è stata percepita soprattutto come una metodica passiva. Oggi alcune tecnologie stanno cercando di superare questa logica, rendendo la stimolazione più intelligente e più legata al gesto reale del paziente. In questo contesto si inserisce il concetto di stimolazione attivata dal movimento, cioè di sistemi che cercano di sincronizzare la stimolazione con l'esecuzione del gesto o con specifici pattern di attivazione muscolare.

Il razionale è interessante: non limitarsi a stimolare un muscolo a riposo, ma provare a influenzarne il reclutamento mentre il paziente si muove, così da favorire un lavoro più funzionale e più vicino alla realtà del movimento quotidiano.

Dal punto di vista scientifico, questa direzione è coerente con l'evoluzione della riabilitazione moderna, che sempre più valorizza sistemi wearable, closed-loop e approcci che combinano stimolazione e attività volontaria. Tuttavia è corretto distinguere tra il razionale tecnologico generale e il livello di evidenza disponibile per i singoli dispositivi.

Oggi possiamo dire che la direzione è promettente, soprattutto nei quadri in cui il problema riguarda il reclutamento muscolare, il controllo scapolare o la qualità dell'attivazione, ma non sarebbe prudente presentare queste tecnologie come superiori in modo definitivo ai programmi riabilitativi ben impostati. Il

loro potenziale più credibile è quello di aumentare la precisione del training e di aiutare alcuni pazienti a recuperare meglio il gesto.

ELETTROLISI PERCUTANEA: UNA FRONTIERA INTERVENTISTICA DA LEGGERE CON EQUILIBRIO

Tra le innovazioni più discusse nel trattamento delle tendinopatie e di alcuni quadri dolorosi muscolo-scheletrici c'è l'elettrolisi percutanea, una tecnica che utilizza un ago guidato verso il tessuto bersaglio e una corrente galvanica per generare un effetto locale controllato. In ambito di spalla viene presa in considerazione soprattutto nelle tendinopatie, in particolare in alcuni quadri del sovraspinato o nei disturbi cronici dei tessuti periarticolari. La letteratura più recente suggerisce che, se integrata con esercizio terapeutico e con una corretta selezione del paziente, la tecnica possa contribuire alla riduzione del dolore e al miglioramento della funzione almeno nel breve e medio termine.
Ma proprio qui è importante mantenere un tono serio e responsabile. Le revisioni sistematiche sottolineano che la qualità delle prove è ancora da molto bassa a bassa in diversi ambiti, e che i protocolli usati negli studi sono spesso eterogenei. Questo significa che l'elettrolisi percutanea non va presentata come una risposta universale o definitiva. Piuttosto, può essere considerata una possibile risorsa aggiuntiva in mani esperte, all'interno di un percorso riabilitativo più ampio, soprattutto quando il problema viene interpretato correttamente sul piano clinico e funzionale. Il punto non è scegliere tra ago o esercizio, ma capire quando un approccio interventistico possa facilitare un lavoro attivo ben costruito.

STIMOLAZIONE ELETTRICA CON AGO: TRA CONTROLLO DEL DOLORE E MODULAZIONE NEUROMUSCOLARE

Accanto all'elettrolisi percutanea, sta attirando interesse anche la stimolazione elettrica con ago, che unisce il posizionamento di aghi in specifici tessuti o trigger point a una stimolazione elettrica modulata. In letteratura questa area si sovrappone in parte al dry needling con stimolazione elettrica e ad alcune forme di stimolazione percutanea dei tessuti molli. Le revisioni recenti sul dolore di spalla suggeriscono che questa strategia possa offrire benefici clinicamente significativi su dolore e disabilità in alcuni pazienti, anche se non emergono vantaggi statisticamente netti e costanti rispetto ad altri interventi ben strutturati. La sicurezza generale appare buona nei lavori disponibili, ma il livello delle prove non consente conclusioni definitive.
Dal punto di vista clinico, il suo interesse risiede nella possibilità di intervenire non soltanto sul sintomo doloroso, ma anche sulla qualità del reclutamento muscolare e sul controllo di alcuni pattern miofasciali alterati. In un futuro vicino, è plausibile che queste tecniche trovino una collocazione più precisa in protocolli personalizzati, soprattutto nei pazienti in cui dolore, inibizione muscolare e alterazione del gesto si sostengono a vicenda. Anche qui, però, il criterio resta sempre lo stesso: non sostituire il ragionamento clinico con la fascinazione tecnologica, ma usare la tecnologia quando aiuta davvero a costruire una riabilitazione migliore.

MEDICINA RIGENERATIVA: GRANDI POSSIBILITÀ, MA ANCORA MOLTA STRADA DA FARE

Pochi temi evocano il futuro quanto la medicina rigenerativa. Nel campo della spalla, questo significa provare non solo a controllare il dolore, ma anche a favorire i processi di riparazione dei tessuti. Le strategie oggi più studiate comprendono PRP (Platelet-Rich Plasma, cioè plasma ricco di piastrine), concentrati cellulari come BMAC (Bone Marrow Aspirate Concentrate, cioè concentrato di aspirato midollare), cellule stromali/mesenchimali, scaffold biologici e altre tecnologie pensate per sostenere la guarigione, soprattutto nelle tendinopatie, nelle lesioni della cuffia dei rotatori e in alcuni quadri degenerativi articolari. La direzione è estremamente interessante, perché prova a spostare la medicina da una logica puramente riparativa a una logica anche biologica e rigenerativa.
Anche qui, però, l'entusiasmo deve camminare insieme al metodo. Gli studi più recenti mostrano segnali incoraggianti in contesti selezionati, ma evidenziano anche forte eterogeneità nei prodotti utilizzati, nei protocolli, nelle indicazioni e negli outcome valutati. Questo significa che la medicina rigenerativa è una frontiera reale, ma non ancora pienamente standardizzata. Sarebbe quindi scorretto presentarla come una soluzione certa per tutte le tendinopatie o per tutte le artrosi di spalla. La posizione più onesta è quella di una speranza prudente: molto potenziale, risultati interessanti in alcuni casi, ma bisogno di ricerca più robusta e standardizzata per definire meglio chi possa beneficiarne davvero e in quale momento del percorso di cura.

DIAGNOSI INNOVATIVA: DAL VEDERE UNA STRUTTURA AL CAPIRE UNA FUNZIONE

Una delle trasformazioni più profonde della medicina moderna riguarda il concetto stesso di diagnosi. Per anni diagnosticare ha significato soprattutto "vedere una lesione" attraverso radiografie, ecografie, risonanze o TAC. Oggi queste tecniche restano fondamentali, ma stanno emergendo strumenti capaci di leggere con più precisione anche la funzione e il movimento. Analisi cinematiche tridimensionali, sensori indossabili, motion capture, sistemi di biofeedback e piattaforme digitali stanno spostando l'attenzione dalla sola immagine statica al comportamento dinamico della spalla. Questo è particolarmente importante, perché due pazienti con immagini simili possono avere funzioni molto diverse, e due pazienti con funzioni simili possono mostrare immagini diverse.
Il futuro della diagnosi sarà probabilmente una inte-

grazione più raffinata tra imaging, clinica e analisi del movimento. Le tecnologie innovative avranno valore se aiuteranno a rispondere meglio a domande pratiche: quali muscoli lavorano male, quali compensi compaiono durante il gesto, come cambia il movimento nel tempo, come si misura davvero il recupero. In questo scenario, strumenti che combinano analisi funzionale e intervento terapeutico potrebbero avere un ruolo crescente, a patto di mantenere sempre una regola fondamentale: misurare meglio per trattare meglio, non misurare di più per complicare inutilmente il percorso del paziente.

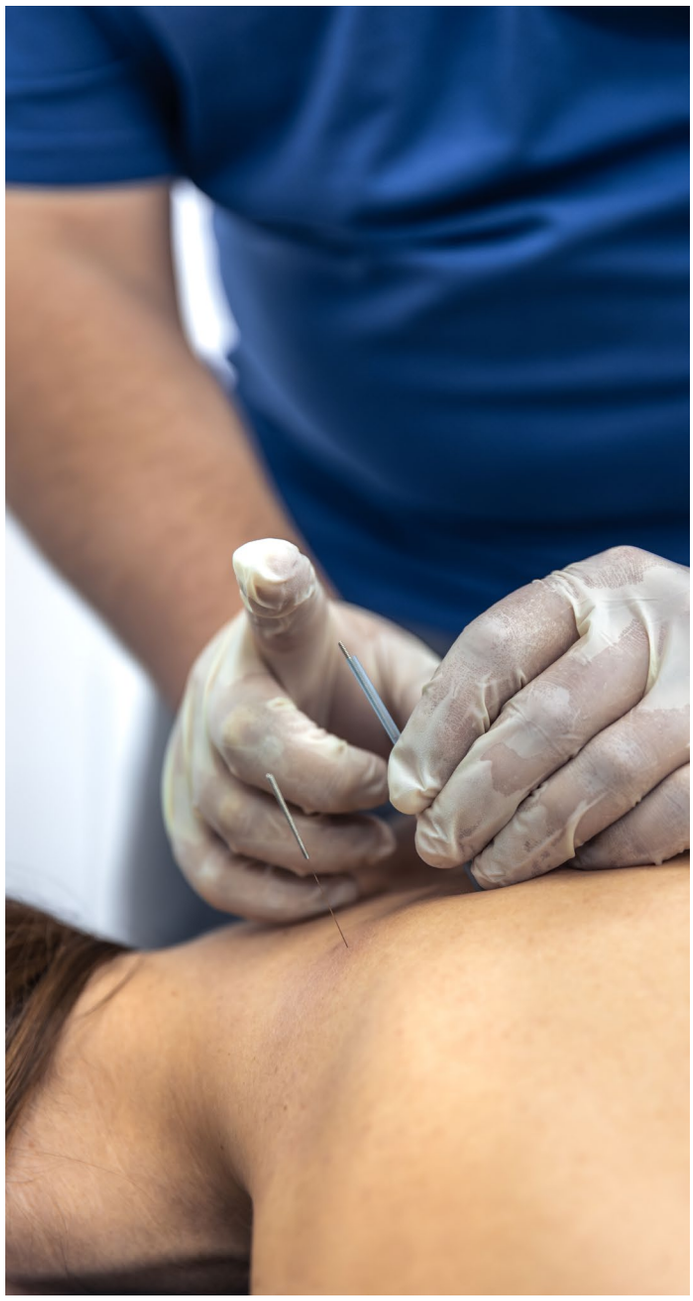
LONGEVITY E LIFESTYLE MEDICINE: LA SPALLA DENTRO LA SALUTE DI LUNGO PERIODO

Parlare di futuro della medicina senza parlare di longevity sarebbe limitante. Ma anche qui è importante chiarire il significato del termine. Longevity non vuol dire semplicemente vivere più a lungo. Vuol dire soprattutto vivere più a lungo mantenendo funzione, autonomia, capacità di movimento e qualità della vita. In questa prospettiva, la spalla non è un distretto isolato: è uno dei tanti indicatori della nostra capacità di restare attivi, indipendenti e competenti nel mondo fisico. Per questo la medicina della longevità e la lifestyle medicine stanno assumendo un ruolo sempre più importante anche nella prevenzione e nella gestione dei problemi muscolo-scheletrici.

Questo cambia anche il modo di pensare la riabilitazione. Non più soltanto recuperare da un dolore o da un intervento, ma costruire una traiettoria di salute più robusta. Un paziente con una patologia di spalla non ha bisogno solo di rinforzare alcuni muscoli: può avere bisogno di dormire meglio, muoversi di più durante la giornata, migliorare la composizione corporea, ridurre la sedentarietà, nutrirsi in modo più favorevole ai processi di recupero e gestire meglio lo stress. La ricerca più autorevole sulla lifestyle medicine mostra con sempre maggiore chiarezza che attività fisica regolare, sonno adeguato, alimentazione di qualità, gestione dello stress e riduzione delle abitudini nocive sono fattori che incidono anche sulla capacità dell'organismo di recuperare e di mantenersi funzionale nel tempo. La spalla, quindi, non va separata dal resto della persona: un recupero locale funziona meglio quando si appoggia su un organismo più forte.

UNA SPERANZA SERIA, NON INGENUA

Il messaggio finale, allora, non è che la tecnologia risolverà tutto. È che la medicina sta diventando più capace di integrare precisione, funzione e personalizzazione. Protesi più accurate, riabilitazione più interattiva, stimolazione più intelligente, elettrolisi percutanea, stimolazione elettrica con ago, medicina rigenerativa, monitoraggio funzionale e approcci orientati alla longevità stanno aprendo scenari che fino a pochi anni fa sembravano lontani. Ma ciascuna di queste innovazioni deve restare dentro un perimetro etico e scientifico chiaro: servire il paziente, non il marketing; aumentare appropriatezza, non confusione; generare speranza, non illusioni.



La buona notizia è che i segnali ci sono. La ricerca si sta muovendo. Le tecnologie stanno maturando. Il linguaggio della medicina sta diventando meno fatalista e più orientato alla funzione. Per chi soffre di una patologia di spalla, questo non significa che esista già oggi una risposta perfetta per ogni caso. Significa però che il futuro appare più ricco di strumenti, più sensibile alla persona e più attento non solo a guarire un tessuto, ma a restituire capacità, autonomia e prospettiva. Questa è la forma più seria della speranza: quella che non promette miracoli, ma mostra con chiarezza che la medicina, quando ricerca e prudenza camminano insieme, può davvero aprire possibilità nuove.

Questa è la visione dei centri del network di Fisioterapia Italia.

DOTT. VALERIO FANFARILLO

RIFIORISCE IL SORRISO

https://bio.dottorvaleriofanfarillo.it

CHIRURGIA ORTOPEDICA • ROMA

DOTT.

Luca La Verde

SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Laureato in Medicina e Chirurgia al **Campus Bio-Medico di Roma** con il massimo dei voti, si specializza in Ortopedia e Traumatologia con **50/50 e lode**, ottenendo dalla SIOT una borsa di studio per la tesi sulla protesi inversa di spalla. Da sempre dedicato alla traumatologia sportiva, esegue ogni anno **circa 500 interventi chirurgici** presso l'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli e l'Istituto Dermopatico Italiano (IDI).

- **Chirurgia di spalla e ginocchio** artroscopica e protesica
- **Traumatologia sportiva** patologie cartilaginee e legamentose
- **Medicina rigenerativa** cellule staminali e fattori di crescita
- **Ricerca & formazione** pubblicazioni scientifiche internazionali



TEL **+39 389 686 8622**

EMAIL segreteriadottorlaverde@gmail.com

WEB **lucalaverdeortopedico.it**

SEDI **Roma • Frascati • San Cesareo • Fiano Romano**

STUDIO KINESIS
fisioterapia&osteopatia

RECUPERA LA SALUTE
CON LA FISIOTERAPIA E L'OSTEOPATIA SPECIALIZZATA
A SAN CESAREO

SCAN AND VISIT US!