

Capitolo 4 · Valutazione della spalla

Dal gesto quotidiano al reperto: una sequenza prudente e ripetibile

La spalla è un sistema di articolazioni, muscoli e controllo del tronco. Il dolore durante un movimento non identifica da solo una struttura. Per orientarsi servono storia, funzione, confronto e prove mirate eseguite soltanto quando sono tollerate. Questo capitolo traduce la sequenza dell'esame di base in domande specifiche per la spalla.

Obiettivo

Descrivere il dolore e la funzione, distinguere limitazione attiva e passiva, osservare scapola e compensi, selezionare poche prove pertinenti e documentare il motivo della decisione successiva.

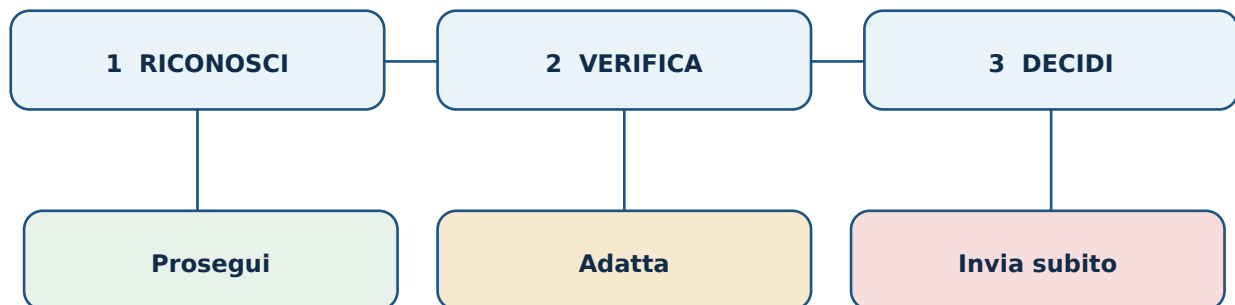


Figura 1. Prima la sicurezza e la qualità del movimento; poi la verifica dell'ipotesi. Lo schema non formula una diagnosi.

Il confronto tra lati è utile, ma un'altra spalla può essere stata operata, avere sintomi o differenze preesistenti. La domanda clinica resta: quale attività è cambiata per questa persona, in quale momento e con quali limiti osservabili?

Percorso di lettura

Le prime pagine costruiscono la descrizione del problema e controllano la sicurezza. Le sezioni centrali mostrano come osservare attivo, passivo, palpazione e forza. Solo dopo si arriva ai test mirati e alla sintesi. Puoi usare la scheda finale durante una visita supervisionata per verificare se la nota contiene ciò che serve.

Parole chiave

Attivo: il paziente muove. Passivo: l'esaminatore accompagna. Reperto: ciò che è stato osservato o riferito durante una prova definita.

1. Definire il problema prima delle manovre

Chiedi alla persona di indicare con un dito la sede principale del dolore e di mostrare, se sicuro, il gesto che la preoccupa. Raggiungere uno scaffale, vestirsi o portare la mano dietro la schiena coinvolge movimenti diversi. Annota esordio, trauma, progressione, dolore notturno, rigidità, perdita di funzione e ciò che la persona riesce ancora a fare.

Domanda	Perché serve	Nota utilizzabile
“Quando è iniziato?”	Distingue evento improvviso e cambiamento graduale.	Data o periodo, evento, andamento.
“Quale gesto lo provoca?”	Collega il sintomo alla funzione.	Azione concreta e fase del gesto.
“Dove lo sente?”	Descrive la distribuzione senza dedurre la causa.	Sede indicata e possibile irradiazione.
“Cosa è cambiato?”	Misura l’impatto quotidiano.	Attività prima possibile, ora limitata.

Una frase utile al paziente

Consegna

“Mi mostri il gesto fin dove è comodo. Non deve dimostrare quanto dolore riesce a sopportare; mi interessa capire dove il movimento cambia.”

Registra anche le condizioni della prova: in piedi o seduto, lato, istruzione data, eventuale assistenza. Un dolore riferito nel collo, al torace o lungo il braccio può richiedere una valutazione più ampia. Se compaiono i segnali d’allarme già trattati, cambia la priorità prima dei test provocativi.

Trasforma una risposta generica in un dato

Se il paziente dice “mi fa male sempre”, chiedi in quali momenti il dolore aumenta, se esiste una posizione che lo allevia e quale gesto ha smesso di fare. Riporta le sue parole quando sono clinicamente utili, poi aggiungi l’osservazione separatamente. “Non riesco a prendere il cappotto” descrive una funzione; “limitazione dell’abduzione” è un’interpretazione che richiede l’esame.

Micro-esempio

Riferito: “Per infilare la manica devo aiutarmi con l’altra mano.” Da verificare: quale fase del vestirsi, con quale braccio e quale sintomo compare?

2. Sicurezza e contesto

Dopo un trauma recente, una deformità evidente, incapacità improvvisa a usare l'arto, sintomi neurologici nuovi o dolore non coerente con il movimento, evita di forzare l'arco o accumulare test. Rivaluta la storia e il percorso più appropriato. Una persona con dolore intenso può non tollerare neppure la posizione di partenza: documentare questa impossibilità è un reperto, non un esame incompleto da mascherare.

Scenario	Prima scelta prudente	Da documentare
Caduta sulla spalla con deformità.	Sospendere manovre provocatrici e organizzare valutazione tempestiva.	Meccanismo, aspetto, funzione e sintomi distali.
Dolore progressivo senza trauma.	Partire da funzione e movimenti tollerati.	Durata, attività, attivo e passivo.
Parestesie e dolore che scende nel braccio.	Integrare esame neurologico/cervicale secondo competenza.	Distribuzione, esordio, variazione, deficit.
Dolore toracico o sintomi generali associati.	Seguire il percorso di urgenza pertinente.	Sintomi associati e ragione dell'invio.

Limite del capitolo

Le tabelle sono promemoria di ragionamento. Non sostituiscono triage, protocolli locali o valutazione medica di un quadro urgente.

Prima di scoprire la regione, chiedi consenso e spiega quale area occorre osservare. Mantieni privacy e possibilità di fermare la prova. Il paziente può preferire un movimento abbreviato; indicarlo nella nota conserva l'interpretabilità dei dati.

Se l'esame viene abbreviato

Annota le prove effettivamente eseguite, quelle omesse e il motivo. "Non testato per dolore dopo trauma" comunica una scelta clinica; uno spazio vuoto nella scheda può sembrare una dimenticanza. Se la priorità è un approfondimento tempestivo, la nota dovrebbe permettere a chi riceve la persona di capire il meccanismo, la funzione residua e ciò che non è stato provocato.

Promemoria

Sicurezza, consenso, posizione e tolleranza fanno parte del dato. Una manovra eseguita in condizioni non interpretabili non aggiunge certezza.

3. Ispezione: tronco, scapola e braccio

Osserva da davanti, di lato e da dietro, se possibile. Confronta profilo della spalla, posizione delle scapole, massa muscolare, cicatrici, gonfiore e atteggiamento antalgico. Poi chiedi un'elevazione lenta delle braccia: una differenza statica non ha necessariamente lo stesso significato di un compenso che appare soltanto durante il gesto.

Vedi	Scrivi	Non concludere subito
Il tronco si inclina durante l'elevazione.	Direzione, fase del gesto e lato.	Che la cuffia sia certamente lesionata.
La scapola sale precocemente.	Quando compare e se il gesto è doloroso.	Che una sola struttura sia responsabile.
Una spalla appare più bassa a riposo.	Condizione e confronto visivo.	Che sia una deformità nuova senza storia.
La persona protegge il braccio.	Come lo sostiene e quali attività evita.	Che il dolore sia proporzionale alla lesione.

Osservazione ripetibile

Chiedi una seconda prova soltanto se la prima è stata ben tollerata. Mantieni la stessa istruzione e annota se il gesto cambia. Se il tronco compensa, osserva cosa accade con una consegna semplice come “resti rivolto in avanti”, senza bloccare o forzare la persona.

Esempio

“Durante elevazione attiva del braccio destro compare inclinazione del tronco a sinistra prima del punto in cui il paziente riferisce dolore laterale; a riposo non si osserva la stessa asimmetria.”

Un confronto in due tempi

Prima descrivi la postura senza movimento: posizione del braccio, livello delle spalle, eventuale gonfiore o cicatrice. Poi descrivi il gesto: quando compare la differenza, se aumenta e se coincide con il dolore. Questo impedisce di chiamare “anomalia scapolare” una semplice fotografia di un momento del movimento. Una differenza che la persona ricorda da anni non equivale a un cambiamento recente.

Domanda utile

“Questa differenza la vedeva già prima che iniziasse il dolore?” La risposta non sostituisce l'esame, ma cambia il peso del confronto.

4. Movimento attivo: quale gesto riesce a compiere?

Esamina in modo ordinato elevazione anteriore, abduzione e rotazioni compatibilmente con tolleranza e obiettivo. Guarda ampiezza, qualità, ritmo, compensi e sede del sintomo. Un paziente può raggiungere la stessa altezza con percorsi diversi: il numero dei gradi, quando misurato, non racconta tutto il gesto.

Movimento	Consegna breve	Osservazione
Elevazione anteriore	“Porti il braccio davanti e in alto fin dove è comodo.”	Tronco, scapola, dolore e limite.
Abduzione	“Allontani il braccio lateralmente.”	Arco tollerato e compensi.
Rotazione esterna	“Con il gomito vicino al fianco, ruoti la mano verso fuori.”	Posizione del gomito e differenza tra lati.
Rotazione interna funzionale	“Porti la mano dietro la schiena, senza forzare.”	Livello raggiunto e sintomo; gesto combinato.

Non chiamare “arco doloroso” qualunque dolore durante l’elevazione. Descrivi in quale tratto compare, se si attenua e se è il sintomo abituale. Se misuri, registra posizione e strumento. Se non misuri, evita un valore numerico stimato a occhio.

Nota modello

“Abduzione attiva destra limitata dal dolore riferito nella regione laterale; compare un sollevamento della scapola prima del limite. Sinistra più ampia nel medesimo gesto e nella stessa posizione.”

Misura oppure descrizione funzionale?

Se devi seguire un recupero nel tempo, una misura con goniometro può rendere il confronto più chiaro: scrivi posizione, lato e direzione. Se il dolore interrompe il gesto in modo variabile, descrivi anche l’attività che il paziente riesce a compiere. “Porta la mano alla testa ma non riesce a raggiungere lo scaffale” aggiunge una dimensione che i gradi da soli non mostrano.

Da evitare

Non usare “normale” o “quasi completo” come unica registrazione quando la variazione di ampiezza guiderà le decisioni successive.

5. Movimento passivo e confronto attivo-passivo

Spiega la prova, sostieni il braccio e accompagna il movimento lentamente. Lascia che la persona segnali il limite. Esamina le direzioni pertinenti senza cercare di superare una resistenza dolorosa. Il confronto tra attivo e passivo aiuta a formulare ipotesi, ma dolore, difesa e posizione dell'esaminatore possono alterare entrambi.

Attivo	Passivo	Lettura prudente
Ridotto	Più ampio	Considera dolore, forza, controllo e apprensione; non è una diagnosi.
Ridotto	Ridotto in più direzioni	Descrivi direzioni, dolore e qualità del limite; valuta rigidità e contesto.
Quasi completo	Doloroso a fine arco	Indica sede e se il dolore è quello abituale.
Non tollerato	Non eseguito	Scrivi perché e scegli un percorso non provocativo.

Rotazione esterna: una prova da descrivere bene

Con il gomito vicino al tronco, la rotazione esterna può essere confrontata tra i lati in condizioni simili. Una limitazione passiva marcata è diversa da un arresto volontario per timore o dolore: se non riesci a distinguerli con ragionevole sicurezza, scrivi "valutazione limitata dalla difesa". Non attribuire automaticamente il limite a una capsula o a un tendine.

Consegna

"Accompagno io l'avambraccio. Mi dica dove inizia il dolore e mi fermi se non vuole proseguire."

Tre cause di una falsa differenza

Condizione	Come correggere la nota
Posizione diversa tra i lati.	Ripeti in posizione comparabile, se tollerata, e documenta l'eccezione.
Il paziente aiuta involontariamente.	Spiega di lasciare il braccio rilassato e annota la difesa se persiste.
L'esaminatore cambia direzione o velocità.	Riduci la prova e registra metodo e punto di interruzione.

Tavola fotografica · La spalla in tre momenti

Immagine generata per uso didattico: rappresenta posizioni generali e non un paziente reale o un risultato clinico. Verifica sempre la tecnica con formazione pratica supervisionata.



A · Guarda	B · Lascia muovere	C · Accompagna
Confronta postura e scapole prima di cercare il dolore.	Osserva gesto attivo, compensi e sintomo riferito.	Nel passivo, sostieni e rispetta il limite espresso dalla persona.

Cosa la fotografia non dimostra

Non misura l'ampiezza, non mostra la forza applicata e non stabilisce la causa del dolore. La posizione della mano, la stabilizzazione e la direzione del carico dipendono dalla manovra e devono essere insegnate e corrette dal vivo. Per il lettore, la figura serve a riconoscere le tre domande: che cosa vedo, che cosa fa la persona, che cosa cambia se la accompagno?

Per il video bonus

Usa la sequenza video per controllare l'ordine generale del gesto. Registra il reperto reale del paziente: nessuna immagine di esempio può sostituirlo.

Osserva la figura con una domanda

Nel primo pannello chiediti quale differenza sarebbe visibile a riposo. Nel secondo, che cosa dovresti annotare se il braccio si ferma prima dell'altezza mostrata. Nel terzo, quale informazione serve per distinguere un limite articolare dalla difesa. Se non puoi ricavare la risposta dalla fotografia, è un buon promemoria: il dato clinico nasce dall'interazione con la persona.

6. Palpazione e sede del dolore

Indica prima alla persona dove stai per toccare. Procedi con pressione controllata, confronta aree omologhe e chiedi se ritrova il dolore abituale. Puoi esplorare, secondo il sospetto e la tolleranza, area acromioclavicolare, solco anteriore, regione laterale e tessuti circostanti. Una sede dolente orienta ma non è una diagnosi isolata.

Reperto	Nota precisa	Limite interpretativo
Dolore superiore localizzato.	Sede sopra l'articolazione acromioclavicolare, lato, pressione.	Può coesistere con altri generatori di dolore.
Dolore anteriore.	Punto e profondità approssimativa, risposta abituale sì/no.	Il dolore palpatorio non prova una singola lesione.
Dolore laterale diffuso.	Area, estensione e confronto.	La distribuzione non identifica da sola un tendine.
Nessun dolore alla pressione.	Aree effettivamente esplorate.	Non esclude condizioni che emergono nel movimento.

Il riferimento anatomico deve essere abbastanza preciso perché un collega possa ripetere il controllo. Evita palpazioni reiterate che aumentano il dolore senza cambiare il piano. Se il paziente riferisce un dolore diverso da quello della vita quotidiana, la differenza è informativa e va scritta.

Esempio

“Dolorabilità alla pressione lieve sulla regione superiore della spalla sinistra, distinta dal dolore laterale riferito durante il sollevamento del braccio.”

Dove finisce la palpazione utile

Una pressione ripetuta nello stesso punto può aumentare la sensibilità senza aggiungere informazione. Se la sede e la risposta sono chiare, passa a una prova che risponda a una domanda diversa. Se compare una risposta inattesa, chiedi se assomiglia al sintomo principale e documenta la differenza. Una mappa semplice delle sedi in nota può aiutare il confronto alla visita successiva.

Micro-check

Prima di andare avanti: sede, lato, pressione approssimativa, dolore abituale sì/no e risposta controlaterale se valutata.

7. Forza: distinguere cedimento e dolore

Se il movimento di partenza è possibile, valuta una contrazione breve e graduata nelle direzioni pertinenti. Spiega la consegna, stabilizza con delicatezza e confronta i lati quando utile. L'abduzione e le rotazioni possono orientare la valutazione della cuffia, ma una prova interrotta per dolore non quantifica con affidabilità la forza disponibile.

Durante la prova	Scrivi	Evita
Mantiene la posizione contro resistenza.	Lato, direzione, posizione e resistenza usata.	"Cuffia integra" da una sola prova.
Interrompe appena compare il dolore.	Sede, momento e limite di affidabilità.	"Forza 2/5" senza prova valida.
Non raggiunge la posizione iniziale.	Perché non è stata eseguita.	Attribuire debolezza a priori.
Differenza tra i lati.	Confronto e condizioni di ciascun lato.	Assumere normale il lato opposto.

Esempio commentato

"Rotazione esterna destra contro lieve resistenza, gomito vicino al fianco: la persona interrompe per dolore anteriore dopo pochi secondi; forza massima non graduabile." È più utile di "test positivo": conserva movimento, posizione, risposta e limite della misura.

Contesto

Un deficit motorio nuovo e marcato dopo trauma richiede una decisione clinica più rapida. Ripetere molte prove dolorose non chiarisce il dato.

Una prova graduata

Inizia con una consegna di posizione; osserva se la persona la mantiene senza resistenza. Solo se è possibile e tollerato, aggiungi una resistenza lieve e breve. Se il dolore interrompe la sequenza, scrivi a quale fase è avvenuto. Questa descrizione distingue "non raggiunge la posizione", "mantiene senza carico" e "cede con dolore": tre dati diversi che la parola "debole" confonde.

Nota comparabile

Per una rivalutazione, conserva la stessa posizione del gomito, la stessa direzione e una descrizione coerente della resistenza. Registra anche se il dolore è cambiato.

8. Test mirati: scegliere una domanda

Neer e Hawkins-Kennedy possono provocare un dolore compatibile con un problema subacromiale, ma un risultato doloroso non dimostra da solo la struttura responsabile. La descrizione deve includere il movimento, la sede del dolore e la somiglianza con il sintomo abituale. Se la spalla è rigida o molto dolente, la manovra può essere difficile da interpretare.

Prima	Durante	Dopo
Quale ipotesi sto esplorando?	Quale dolore si evoca e dove?	Il dato modifica davvero il piano?
La posizione è raggiungibile?	La persona trattiene o si difende?	Il test era interpretabile?
Il consenso è chiaro?	La prova resta tollerabile?	Ho registrato il reperto, non solo “+”?

Non trasformare il nome in una diagnosi

Una stessa risposta dolorosa può comparire in condizioni diverse. Al contrario, un test non doloroso non chiude ogni ipotesi. Interpreta con storia, osservazione, attivo, passivo e forza. I test per instabilità o lesioni specifiche richiedono indicazione, tecnica adeguata e attenzione particolare dopo trauma; non sono una lista da completare su ogni persona.

Nota esempio

“Hawkins-Kennedy eseguito con consenso e tollerato: riproduce dolore anterolaterale simile al sintomo abituale; reperto interpretato insieme a mobilità, forza e storia.”

Se l'esecuzione non è corretta, il movimento di partenza manca o compare difesa significativa, registra “non interpretabile” e il motivo. Questo protegge la qualità del ragionamento più di un segno positivo forzato.

Domanda prima di ogni manovra

“Se questo test riproduce il dolore, cosa cambierò?” Se la risposta è nulla, forse la prova non serve in quella visita. Un test speciale acquista valore quando confronta un'ipotesi con altri dati e orienta il passo successivo. Scrivere sede e qualità del dolore permette di distinguere un risultato atteso da una sensazione nuova provocata dalla posizione.

Sequenza breve

Ipotesi → condizione tecnica → reperto concreto → confronto con storia → decisione. Ripeti soltanto quando la prova è interpretabile e tollerata.

9. Dal reperto alle ipotesi

Organizza i dati per pattern senza attribuire automaticamente un'etichetta. Una differenza ampia tra attivo e passivo invita a valutare dolore, forza e controllo. Una limitazione di entrambi in più direzioni orienta verso rigidità o difesa, da distinguere nel contesto. Il dolore acromioclavicolare localizzato dopo impatto ha una storia diversa da quello graduale durante attività sopra la testa.

Pattern	Dati da verificare	Errore da evitare
Attivo limitato; passivo più ampio.	Dolore, forza, compenso, apprensione.	“Rottura certa della cuffia”.
Attivo e passivo ridotti.	Direzioni, durata, dolore, difesa, storia.	“Capsulite certa” da una sola visita.
Dolore superiore dopo caduta.	Meccanismo, sede, deformità, funzione.	Provocare ripetutamente per confermare.
Sintomi irradiati o parestesie.	Collo, distribuzione, funzione neurologica.	Considerare soltanto la spalla.

Quando il quadro richiede immagini, la scelta dipende da trauma, durata e sospetto clinico. I criteri ACR distinguono percorsi per dolore acuto e cronico; il lettore deve seguire la valutazione professionale e il contesto locale, non prescrivere un esame sulla base di questa tabella.

Sintesi

Una buona ipotesi spiega i dati concordanti, riconosce quelli discordanti e chiarisce quale informazione manca per decidere.

Il reperto discordante è utile

Per esempio, la persona indica dolore laterale nei gesti sopra la testa, mentre la palpazione evoca solo un dolore superiore diverso. Non cancellare la discordanza per far tornare l'ipotesi: separa i due dati. Potrebbero riflettere fenomeni diversi o una prova poco informativa. Un'ipotesi solida resta provvisoria e specifica quale controllo successivo potrebbe rafforzarla o ridimensionarla.

Scrittura prudente

“I reperti orientano verso...” è diverso da “il test dimostra...”. Indica sempre quale dato è osservato e quale è interpretato.

10. Due casi commentati

Caso A - Dolore durante i gesti sopra la testa

Una persona riferisce dolore laterale da sei settimane quando ripone oggetti in alto. Non ricorda un trauma. L'elevazione attiva provoca il dolore abituale con compenso del tronco; il passivo è più ampio e il paziente tollera una prova di forza lieve, che però si interrompe per dolore. Puoi descrivere una differenza attivo-passivo e una prova limitata dal sintomo. Non puoi quantificare la forza massima né identificare una lesione dai soli dati.

Nota: "Dolore laterale destro durante elevazione sopra la testa; attivo incompleto con inclinazione del tronco; passivo più ampio ma doloroso a fine arco; forza contro resistenza limitata dal dolore. Si integra con storia e funzione."

Caso B - Caduta e perdita improvvisa della funzione

Dopo una caduta sulla spalla, un'altra persona non riesce a muovere il braccio e riferisce dolore intenso. L'osservazione e la storia hanno precedenza. La presenza di deformità, dolore marcato o sintomi distali richiede percorso tempestivo secondo contesto. Non eseguire una batteria di test speciali per "completare" il capitolo. Scrivi che cosa hai osservato e perché hai interrotto.

Caso	Scelta	Dato che cambia la priorità
A	Sequenza progressiva, con prove tollerate.	La risposta del passivo e il limite della prova di forza.
B	Sospensione dei test provocativi e invio appropriato.	Trauma, funzione improvvisamente persa e reperti di sicurezza.

Messaggio chiave

La qualità non dipende dal numero di manovre. Dipende dalla pertinenza della domanda e dalla sicurezza della persona.

Due note, due motivi di scelta

Nel caso A la nota può motivare una valutazione mirata successiva, perché la persona tollera il confronto tra movimenti e conserva funzione. Nel caso B il motivo dell'invio è il cambiamento improvviso dopo un evento traumatico, con esame limitato dal dolore. Entrambe le note devono dire quali prove non sono state eseguite. L'assenza di un risultato non equivale a normalità.

Autoverifica

Un collega che legge solo la nota riuscirebbe a capire perché nel caso A hai continuato e nel caso B hai interrotto? Se no, manca la ragione della decisione.

11. Esercizi pratici e risposte

1. Una spalla si muove poco da sola, ma molto di più quando è accompagnata. Puoi concludere che la cuffia è lesionata? 2. Il test Hawkins-Kennedy provoca dolore che la persona descrive come diverso da quello abituale. Come lo scrivi? 3. Il paziente non tollera la posizione iniziale di un test dopo trauma. Il test è negativo?

Risposte ragionate

1. No. Descrivi differenza, dolore, forza e controllo. Il pattern orienta la domanda successiva, non la diagnosi. 2. Registra manovra, sede e discordanza con il sintomo abituale; evita il solo “positivo”. 3. No. È non eseguito o non interpretabile: scrivi il motivo e rivaluta la priorità dell’esame.

Riscrivi la nota

Frase iniziale: “Spalla dolorosa, cuffia debole, test positivo”. Una versione verificabile: “Dolore laterale destro riferito nell’elevazione; abduzione attiva incompleta con compenso del tronco; passivo più ampio; resistenza in rotazione esterna interrotta per dolore; test provocativo riproduce il sintomo abituale anterolaterale”. Manca ancora una sintesi clinica che integri storia e funzione.

Controllo	Sì / da completare
La nota contiene lato, sede e gesto che evoca il sintomo.	
Attivo, passivo e forza sono distinti.	
Ogni test omesso o limitato ha una ragione scritta.	
L’ipotesi non è presentata come certezza da un solo segno.	

Esercizio di trasferimento

Scrivi due righe su un paziente immaginario con dolore superiore dopo aver sollevato un peso. Nella prima separa il racconto dalla funzione; nella seconda descrivi soltanto un reperto osservato, senza attribuire la causa. Poi aggiungi una domanda che vorresti chiarire prima di scegliere un test. Se la tua frase contiene “lesione” senza altri dati, riscrivila come ipotesi aperta.

Soluzione possibile

“Riferisce dolore superiore destro dopo il sollevamento, ora evita di indossare una giacca. Durante elevazione attiva rallenta e interrompe per dolore nella stessa sede. Da chiarire: il passivo modifica il limite?”

Scheda rapida · Esame della spalla

Passaggio	Domanda guida
Sicurezza	Trauma, perdita improvvisa della funzione, deformità o altri segnali d'allarme?
Storia	Quale gesto è cambiato, quando e dove fa male?
Ispezione	Che cosa cambia tra riposo e movimento di tronco e scapola?
Attivo	Quale direzione è limitata, dove compare il dolore, quali compensi?
Passivo	Quanto cambia rispetto all'attivo senza forzare?
Palpazione	Quale sede riproduce il dolore abituale?
Forza	La prova è valida oppure limitata da dolore e posizione?
Test mirato	Quale domanda chiarisce e come descrivo la risposta?
Sintesi	Quali dati concordano, quali mancano e qual è il passo successivo?

In una frase

Descrivi il gesto, confronta attivo e passivo, registra il limite della prova e scegli test che cambino davvero la decisione.

Riferimenti e ambito

[1] Merck Manual Professional. Evaluation of the Shoulder. <https://www.merckmanuals.com/professional/musculoskeletal-and-connective-tissue-disorders/approach-to-the-patient-with-joint-symptoms/evaluation-of-the-shoulder>

[2] AAOS. Management of Rotator Cuff Injuries, clinical practice guideline (2025). <https://www.aaos.org/rccpg2025>

[3] ACR Appropriateness Criteria. Acute Shoulder Pain. <https://acsearch.acr.org/docs/69433/narrative/>

[4] ACR Appropriateness Criteria. Chronic Shoulder Pain. <https://acsearch.acr.org/docs/3101482/narrative/>

Materiale didattico. L'immagine è generata e non mostra un esame reale. Le tecniche richiedono formazione pratica e revisione clinica prima della pubblicazione; adattare le decisioni ai protocolli locali.

Modello di nota da completare

Problema e funzione: lato, durata, gesto e sintomo abituale. Esame: posizione, attivo, passivo, forza, confronto e limiti. Sintesi: dati concordanti e discordanti, test omessi e motivo del passo successivo. Usa questi tre campi per verificare la tua nota prima di chiuderla.