

Capitolo 6 · Valutazione dell'anca

Dolore inguinale, laterale o gluteo: osservare la funzione prima del test

Il dolore attribuito all'anca può essere avvertito nell'inguine, sul fianco, nel gluteo o perfino al ginocchio. Una sede da sola non identifica la causa. Storia, cammino, movimento attivo e passivo, forza e prove mirate aiutano a descrivere il problema e a decidere quale informazione manca.

Obiettivo

Raccogliere una storia funzionale, riconoscere quando il trauma o i sintomi sistemici cambiano la priorità, osservare il cammino in sicurezza, confrontare le rotazioni e documentare il significato limitato di ogni test.



Figura 1. La valutazione procede da sicurezza e funzione a movimento e ipotesi. Lo schema non formula una diagnosi.

Come usare queste pagine

Le sezioni centrali distinguono ciò che la persona fa da sola da ciò che l'esaminatore accompagna. I casi mostrano perché una visita può ampliarsi o fermarsi presto. La scheda finale aiuta a scrivere una nota che un altro professionista possa ricostruire.

Parole chiave

Inguinale: parte anteriore alta della coscia. Laterale: lato esterno dell'anca. Rotazioni: movimenti che richiedono posizione e metodo descritti.

1. Partire dall'attività che è cambiata

Chiedi alla persona dove sente il dolore e quale attività lo modifica: camminare, salire scale, entrare in auto, infilare calze, dormire su un fianco o alzarsi da una sedia. Registra durata, esordio, trauma, progressione, zoppia, dolore notturno, febbre e capacità di caricare. Una limitazione funzionale concreta è più ripetibile di “anca dolorosa”.

Domanda	Dato	Esempio
“Dove sente il dolore?”	Sede principale e irradiazione.	“Indica inguine destro e parte anteriore della coscia.”
“Quale gesto è difficile?”	Attività e fase del movimento.	“Fatiga a infilare la calza destra.”
“Come è iniziato?”	Trauma, comparsa graduale e andamento.	“Dopo caduta ieri” o “da mesi, progressivo”.
“Quanto cammina?”	Distanza, assistenza e variazione.	“Si ferma dopo un isolato per dolore laterale.”

La descrizione del paziente e l'osservazione dell'esaminatore restano separate. Se la persona dice “la gamba cede”, chiedi se si tratta di dolore, perdita di forza, blocco o paura di cadere. Solo dopo, e se sicuro, osserva il gesto che la preoccupa.

Consegna

“Mi mostri il movimento fin dove è comodo. Se il dolore cambia o sente instabilità, si fermi e me lo dica.”

Dal racconto alla domanda clinica

Il dolore nel fianco quando si dorme sul lato interessato solleva domande diverse dal dolore inguinale che compare nel ruotare la gamba. Entrambi richiedono un esame dell'anca, ma la visita va costruita sulla funzione e sui dati osservati, non su una lista fissa di test.

Una piccola mappa funzionale

Attività	Chiedi di precisare
Cammino	Dopo quanto tempo o distanza compare il sintomo? Serve un ausilio?
Scale	Quale gamba guida la salita e la discesa? Serve il corrimano?
Vestirsi	Il limite è flessione, rotazione, equilibrio o dolore?

2. Quando la sicurezza viene prima

Dopo una caduta, dolore acuto intenso, incapacità di caricare, deformità o arto in posizione insolita richiedono un percorso tempestivo. Non far camminare una persona per “verificare” se può farlo quando ciò comporta rischio. Anche febbre, dolore articolare importante e sintomi sistemici cambiano la priorità. Il capitolo sui segnali d’allarme resta il riferimento per il triage.

Scenario	Scelta prudente	Nota utile
Caduta con dolore inguinale e difficoltà a caricare.	Non forzare cammino o rotazioni; valutazione traumatica tempestiva.	Meccanismo, lato, funzione spontanea e dolore.
Febbre e anca molto dolente.	Considerare percorso urgente secondo contesto.	Temperatura riferita/misurata, esordio, sintomi associati.
Dolore progressivo senza trauma.	Esame graduato se condizioni generali stabili.	Durata, carico, attività e sintomi sistemici.
Deficit neurologico nuovo.	Integrare valutazione appropriata.	Distribuzione, esordio, funzione e motivo dell’invio.

Regola pratica

Un test non eseguito per dolore o rischio va registrato come non eseguito, con motivo. Non equivale a un risultato negativo.

Immagini dopo trauma

La scelta degli esami dipende dal sospetto clinico. I criteri ACR per dolore acuto e sospetta frattura considerano il contesto e i risultati delle indagini iniziali. Questa guida non trasforma un test casalingo di carico in una decisione sull’imaging. La valutazione professionale resta necessaria.

Esempio di nota

“Caduta sul fianco destro; dolore inguinale intenso, evita il carico. Cammino e rotazioni non testati per sicurezza; indicata valutazione traumatica tempestiva.”

Che cosa comunicare nel passaggio

Oltre al luogo del dolore, chi riceve la persona ha bisogno di sapere quando è accaduto l’evento, se c’è stato un cambiamento immediato della capacità di caricare, quali movimenti spontanei hai osservato e quali prove hai evitato. Un esame abbreviato ma documentato bene riduce l’ambiguità. Se i sintomi peggiorano o compaiono nuovi segni, la priorità può cambiare rapidamente.

3. Osservare postura e cammino

Se la persona può camminare in sicurezza, osserva un breve tragitto su superficie libera con possibilità di fermarsi. Nota velocità, lunghezza dei passi, tempo di appoggio, uso di ausili e movimenti del tronco. Una zoppia descrive un pattern, non una diagnosi. Chiedi se il passo osservato è abituale o è cambiato con il dolore.

Vedi	Descrivi	Evita
Appoggio breve su un lato.	Lato e tratto osservato.	“Lesione dell’anca” dal solo passo.
Tronco che si inclina.	Direzione e fase del carico.	Attribuire subito una specifica debolezza.
Passi piccoli.	Distanza, velocità e ausilio.	Ignorare paura o equilibrio.
Difficoltà ad alzarsi.	Uso delle braccia, tempo e dolore.	Chiamare ogni difficoltà “forza ridotta”.

Un test di equilibrio o monopodalico può comportare rischio di caduta. Prima valuta se serve assistenza, appoggio o omissione. Se la persona usa abitualmente un bastone, documenta se la prova è stata osservata con o senza ausilio; non cambiare condizione senza annotarlo.

Nota modello

“Cammina per il breve tratto osservato con bastone; tempo di appoggio destro ridotto e tronco inclinato a destra nella fase di carico. Riferisce dolore laterale destro durante il passo.”

Confronto tra visite

Per interpretare un cambiamento, usa un tragitto simile, annota ausili e condizioni. “Cammina meglio” è meno utile di “percorre lo stesso corridoio senza fermarsi, con bastone come nella visita precedente”.

Se non è sicuro osservare il cammino

Puoi descrivere come la persona passa dalla sedia alla posizione eretta soltanto se il trasferimento è già sicuro e necessario. Altrimenti registra il motivo dell’omissione. Non chiedere un passo senza ausilio per rendere il test “più puro”: un dato ottenuto con rischio di caduta non migliora la visita. Annota se il comportamento osservato è quello che la persona usa abitualmente.

Formula pratica

“Cammino non osservato per dolore acuto e rischio di caduta; durante il trasferimento assistito riferisce dolore inguinale destro.”

4. Movimento attivo: funzione e compensi

Chiedi movimenti semplici in posizioni tollerabili: flessione dell'anca seduti o supini, abduzione se appropriata e gesti funzionali come portare il piede verso la scarpa. Osserva se il tronco compensa, dove compare il sintomo e se il limite è per dolore, fatica o rigidità. Il movimento della colonna o del bacino può far sembrare più ampia l'escursione dell'anca.

Gesto	Domanda	Da annotare
Flettere l'anca da seduti.	"Quanto solleva il ginocchio da solo?"	Lato, posizione, dolore, compenso.
Spostare la gamba di lato.	"Il gesto è sicuro e tollerato?"	Ampiezza osservata e stabilità.
Infilare una calza.	"Quale fase non riesce a compiere?"	Funzione, aiuto dell'altra mano, sede del dolore.
Alzarsi da una sedia.	"Serve appoggio delle braccia?"	Assistenza, tempo e sintomo evocato.

Non chiedere una ripetizione soltanto per ottenere un numero se il primo gesto ha provocato dolore importante. Quando la misura del movimento serve per il monitoraggio, indica posizione, strumento, lato e sintomo. Una stima visiva non è una goniometria.

Esempio

"Flessione attiva dell'anca sinistra da seduto incompleta per dolore inguinale, con inclinazione posteriore del tronco. Destra eseguita senza il medesimo compenso."

Una prova funzionale vale solo nel contesto

Una persona può evitare il gesto per timore di cadere pur avendo ampiezza passiva disponibile. La funzione osservata è reale, ma il motivo del limite va indagato con domande e prove tollerabili, non assegnato per intuizione.

Tre parole da sostituire

Vago	Più utile
"Rigida"	Quale direzione, in quale posizione e con quale sintomo?
"Debole"	Quale gesto non riesce a compiere e la prova è limitata dal dolore?
"Zoppica"	Su quale lato riduce l'appoggio e con quale ausilio?

5. Movimento passivo e rotazioni

Con consenso, sostieni l'arto e accompagna lentamente la flessione e le rotazioni in una posizione ripetibile. Stabilizza il bacino senza forzare. Chiedi dove inizia il dolore e se è quello abituale. La rotazione interna e quella esterna sono utili per descrivere un limite, ma la risposta dipende dalla posizione di anca e ginocchio, dal rilassamento e dal dolore.

Attivo	Passivo	Interpretazione prudente
Ridotto	Più ampio	Esplora dolore, forza, controllo e timore.
Ridotto	Ridotto	Descrivi direzioni, qualità e difesa; non assegnare causa unica.
Non eseguito	Non eseguito	Motivo e percorso, soprattutto dopo trauma.
Completo	Doloroso in una direzione	Registra sede, fase del movimento e sintomo abituale sì/no.

La posizione cambia il risultato

Una rotazione provata seduti non è automaticamente comparabile con la stessa rotazione provata supini. Se cambi posizione per comfort, annotalo. Se il bacino ruota insieme alla gamba, il movimento osservato non rappresenta soltanto l'anca. Riduci l'arco e descrivi il compenso anziché forzare una misura apparentemente precisa.

Consegna

“Accompagno lentamente la gamba. Mi fermi quando compare un dolore che non vuole superare; non dobbiamo arrivare più lontano a ogni costo.”

Se la persona contrae i muscoli e trattiene il fiato, il passivo può diventare non interpretabile. Scrivi il limite della prova, cambia posizione se appropriato o interrompi.

Un esempio di confronto corretto

“Rotazione interna passiva dell'anca sinistra valutata supina con anca e ginocchio flessi; dolore inguinale prima del limite osservato, con difesa. Destra nella stessa posizione più ampia e tollerata.” Il testo non pretende di conoscere il limite anatomico vero quando la difesa ha interrotto il gesto. Per una visita successiva conserva le condizioni della prova.

Da evitare

Non scrivere un angolo in gradi se è stato soltanto stimato visivamente. Una descrizione onesta è più utile di un numero inventato.

Tavola fotografica · Osservare, muovere, accompagnare

Immagine generata per scopo didattico. Le posizioni sono generali e non rappresentano un esame reale, un test diagnostico o un risultato clinico.



A · Cammino	B · Attivo	C · Passivo
Osserva il gesto soltanto se sicuro e con l'ausilio abituale.	La persona solleva la gamba con il proprio sforzo.	Il clinico sostiene e accompagna senza forzare.

Domande che l'immagine non risolve

Quanto dolore sente la persona? Dove lo sente? Il passo osservato è abituale? La gamba è sollevata con compenso del tronco? Il passivo è limitato da dolore o da difesa? Le risposte richiedono interazione e documentazione. Una fotografia mostra una posizione, non la causa del sintomo.

Per il video bonus

Il video può aiutare a riconoscere la sequenza generale. Per un paziente reale, tecnica e interpretazione richiedono formazione e condizioni di sicurezza.

Esercizio visivo

Guarda i tre pannelli e scrivi una frase per ciascuno che inizi con "Osservo..." anziché con un nome di diagnosi. Se la frase richiede un dato non visibile, trasformala in una domanda da porre alla persona.

Esempio di domanda

"Nel pannello del cammino il paziente usa un ausilio nella vita quotidiana? Il dolore compare già al primo passo o dopo qualche minuto?"

6. Palpazione: sede e corrispondenza del sintomo

Chiedi al paziente di indicare la sede principale prima di toccare. Un dolore laterale può essere riferito vicino al grande trocantere, mentre quello inguinale può essere profondo e non facilmente riproducibile alla pressione. Palpa soltanto aree pertinenti e accessibili con consenso, confronta quando utile e chiedi se si tratta del dolore abituale.

Sede riferita	Descrizione utile	Limite
Inguine	Punto indicato, gesto evocatore e profondità riferita.	Non tutta la sede è palpabile in modo utile.
Lato dell'anca	Area precisa, pressione e dolore abituale sì/no.	La dolorabilità non prova da sola una borsite.
Gluteo	Area, irradiazione e relazione con schiena/cammino.	La sede non esclude una causa extra-articolare.
Coscia o ginocchio	Origine percepita, percorso e gesto.	Un dolore riferito può richiedere esame più ampio.

La palpazione che provoca soltanto un dolore nuovo non equivale al sintomo che ha portato la persona alla visita. Scrivi la discordanza. Evita pressioni reiterate che aumentano il dolore senza cambiare la decisione. Nelle aree intime rispetta privacy, consenso e necessità clinica.

Nota modello

“Dolorabilità alla pressione lieve sull’area laterale dell’anca sinistra, simile al dolore riferito quando dorme sul fianco. Dolore inguinale non evocato dalla palpazione eseguita.”

Una domanda semplice

“È lo stesso dolore che sente quando cammina?” Questa frase spesso chiarisce più di una scala numerica isolata, perché collega il reperto alla funzione.

Quando la sede è inguinale

Il dolore può essere profondo e non riproducibile con una pressione superficiale. In quel caso il dato principale resta il racconto associato al movimento e alla funzione. Non aumentare la pressione per “trovare” obbligatoriamente un punto dolente. La scelta successiva deriva dall’insieme di storia, movimenti e sicurezza, non dall’assenza di dolorabilità palpatoria.

Nota breve

“Dolore inguinale destro riferito nella rotazione, non riprodotto dalla palpazione superficiale tollerata; nessuna conclusione isolata da questo dato.”

7. Forza e controllo del bacino

Una prova di forza richiede una posizione definita, una consegna chiara e resistenza graduata. Se il dolore interrompe subito, descrivi la prova come limitata dal sintomo anziché assegnare una forza massima. L'abduzione e altri movimenti possono essere valutati con metodi appropriati, ma postura, compensi e comprensione influiscono sul risultato.

Situazione	Nota più utile
Mantiene la posizione senza dolore.	Movimento, lato, posizione e resistenza applicata.
Cede quando compare dolore laterale.	"Interrotta per dolore", con sede e fase; forza massima non graduabile.
Il bacino si inclina durante il gesto.	Descrivi direzione e momento; considera equilibrio e dolore.
Non può assumere la posizione.	Motivo dell'omissione, senza giudizio di debolezza.

Equilibrio non è sinonimo di forza

Una prova monopodalica coinvolge anche sicurezza, fiducia, dolore e controllo. Se la persona cerca un appoggio, registra il comportamento, non una diagnosi automatica di insufficienza muscolare. Non togliere un ausilio necessario soltanto per rendere "puro" il test. Se esiste rischio di caduta, scegli una posizione diversa o ometti la prova.

Esempio

"In appoggio monopodalico sinistro richiede sostegno immediato per instabilità percepita; prova sospesa. Forza degli abduttori non quantificata con questo gesto."

Per confronti successivi, mantieni stessa posizione e condizioni. Se un esercizio di forza suscita dolore nuovo, interrompi e documenta la risposta.

Distingui quattro possibili limiti

Il gesto si interrompe per...	Come documentarlo
Dolore	Sede e momento della comparsa, prova non graduabile se necessario.
Equilibrio	Appoggio cercato e assistenza richiesta.
Fatica	Numero di tentativi e recupero riferito.
Comprensione	Consegna ripetuta e validità della prova.

8. Test mirati per dolore inguinale

FADIR e FABER sono nomi di posizioni/prove che possono evocare sintomi, ma un dolore durante la manovra non identifica da solo una struttura. Prima decidi quale ipotesi stai esplorando, verifica che la flessione e le rotazioni siano tollerabili, ottieni consenso e definisci che cosa registrerai: sede del dolore, somiglianza con il sintomo abituale e limite del movimento.

Prima	Durante	Dopo
Quale domanda clinica?	Dove compare il sintomo?	Concorda con storia e movimento?
Posizione raggiungibile?	È dolore abituale o nuovo?	Era interpretabile senza difesa?
Trauma escluso/valutato?	La persona chiede di fermarsi?	Il risultato cambia il passo successivo?

Scrivere un reperto, non un'etichetta

“FADIR positivo” dice troppo poco. Una nota più utile: “Durante flessione, adduzione e rotazione interna dell'anca destra, la persona riferisce dolore inguinale simile a quello che compare entrando in auto; manovra interrotta al primo limite tollerato.” Anche questa descrizione va interpretata con il resto della visita.

Dopo trauma

Non eseguire prove provocatrici di rotazione per completare una scheda se esiste sospetto di lesione traumatica non chiarita.

Un test non provocativo non esclude tutte le cause di dolore. Se la posizione non è raggiungibile per rigidità o dolore, il risultato non è interpretabile: annota il motivo e usa altri dati. La precisione descrittiva vale più del segno “+/-”.

Se il test cambia il dolore

A volte la manovra provoca dolore in un punto nuovo, diverso da quello lamentato durante il cammino. Riporta entrambe le sedi. Se il paziente si difende e il movimento si arresta presto, evita di attribuire il risultato a una struttura precisa. Una prova ben eseguita può essere comunque poco informativa per quel problema: anche questa è una conclusione utile.

Controllo finale

La nota deve dire quale test, in quale anca, quale dolore e se era quello abituale. Se manca uno di questi elementi, “positivo” non è sufficiente.

9. Integrare anca, colonna e ginocchio

Il dolore riferito alla coscia o al ginocchio può richiedere l'esame dell'anca; quello gluteo può richiedere anche storia ed esame lombare. Non presupporre una sola origine dalla sede. Guarda se il movimento dell'anca riproduce il sintomo principale, se il dolore cambia con il tronco e quali attività sono limitate. Una visita ampliata deve restare proporzionata al problema e alla sicurezza.

Pattern	Domande successive	Errore da evitare
Dolore inguinale con rotazioni limitate.	Attivo/passivo, durata, funzione e altri segni.	"Artrosi certa" senza integrazione.
Dolore laterale e fianco dolente.	Sonno sul lato, palpazione, cammino e forza tollerata.	"Borsite certa" dal solo punto.
Dolore al ginocchio con anca rigida.	Il movimento dell'anca evoca il dolore abituale?	Esaminare solo il ginocchio.
Gluteo con sintomi sotto il ginocchio.	Storia lombare e neurologica pertinenti.	Chiamare ogni dolore "anca".

La discordanza è un dato

Se il paziente riferisce dolore inguinale camminando ma la prova in posizione supina provoca soltanto dolore laterale, documenta entrambi. Non modificare il racconto per adattarlo al test. La sintesi dovrebbe mostrare quali dati concordano, quali no e quale domanda resta aperta.

Imaging nel dolore cronico

I criteri ACR distinguono gli scenari di dolore cronico e le indagini appropriate secondo sospetto e risultati precedenti. La decisione è clinica e contestuale, non dipende da un solo test.

Sintesi in tre righe

Riferito: attività, sede e andamento. Osservato: cammino, movimento, confronto e prove tollerate. Decisione: ipotesi provvisoria, dato discordante e informazione che manca. Questa struttura rende chiaro quando il dolore al ginocchio richiede di guardare anche l'anca o quando il dolore gluteo apre una domanda sulla colonna.

10. Due casi commentati

Caso A - Dolore inguinale graduale

Una persona riferisce dolore inguinale destro da mesi quando entra in auto e infila le calze. Cammina con un passo leggermente più breve a destra, senza ausili. La flessione attiva è limitata dal dolore; la rotazione interna passiva, eseguita con consenso, riproduce parte del sintomo abituale. Una prova mirata può aggiungere un dato, ma non costituisce da sola una diagnosi. La nota separa movimento, funzione e ipotesi.

Nota: “Dolore inguinale destro progressivo durante ingresso in auto e vestizione; flessione attiva limitata dal sintomo; rotazione interna passiva dolorosa nella stessa sede. Quadro da integrare con storia e ulteriori dati.”

Caso B - Caduta e impossibilità di caricare

Una seconda persona arriva dopo una caduta con dolore intenso all'anca e non riesce a caricare. Il racconto del trauma e la funzione spontanea bastano a cambiare la priorità: non chiedi un cammino di prova né esegui FADIR o FABER. Documenti posizione, sede, funzione e sintomi distali pertinenti e organizza un percorso di valutazione tempestiva.

Caso	Scelta	Perché
A	Sequenza graduata e prove pertinenti.	La persona tollera movimento e confronto.
B	Sospensione dei test provocativi.	Trauma e impossibilità di caricare richiedono sicurezza.

Messaggio

La stessa struttura di visita può produrre un esame lungo o breve. La ragione della scelta deve comparire nella nota.

Domanda al lettore

Nel caso A quale dato funzionale useresti per un controllo successivo? Nel caso B quale prova non eseguita deve essere esplicitata nel passaggio di consegne?

Risposte possibili

Nel caso A puoi descrivere come entra in auto o come infila la calza, mantenendo simili condizioni al controllo. Nel caso B esplicita che cammino di prova e rotazioni provocatrici non sono stati richiesti per dolore dopo trauma e incapacità di caricare. La differenza tra i casi non dipende dall'età del paziente o dal numero di test: dipende dai dati disponibili e dal rischio della prova.

11. Esercizi pratici con risposte

1. Dopo caduta, il paziente non riesce a caricare. Devi osservare il cammino per completare la scheda? 2. Il FADIR provoca un dolore laterale diverso dal dolore inguinale abituale. Come descrivi il reperto? 3. L'attivo è limitato, il passivo più ampio. Puoi concludere che esiste debolezza muscolare?

Risposte ragionate

1. No. Registra impossibilità riferita/osservata e motivo per cui il cammino non è stato richiesto; priorità al percorso traumatico. 2. Scrivi manovra, sede e discordanza, senza chiamare "positivo" il solo dolore. 3. No. Considera dolore, forza, controllo e timore; descrivi la differenza e scegli una prova tollerabile se appropriato.

Riscrivi la nota

Frase vaga: "Anca bloccata, test positivo, zoppia". Versione verificabile: "Dolore inguinale sinistro riferito entrando in auto; durante il breve cammino osservato riduce l'appoggio sinistro; flessione attiva incompleta per dolore; passivo più ampio ma interrotto dal medesimo sintomo; prova di rotazione non eseguita dopo aumento del dolore."

Controllo	Sì / da completare
Ho distinto il racconto dal reperto.	
Ho indicato lato, posizione e attività.	
Ho descritto attivo e passivo separatamente.	
Ho motivato le prove omesse o non interpretabili.	

Esercizio di trasferimento

Scegli un gesto quotidiano diverso, per esempio alzarsi da una sedia. Scrivi una frase osservativa e una domanda che chiarisca se il limite è dolore, equilibrio o difficoltà di movimento. Non assegnare una diagnosi prima di aver descritto il gesto.

Autoverifica

Un lettore che non ha visto la visita potrebbe ripetere le condizioni essenziali e capire perché hai proseguito o interrotto?

Scheda rapida · Dolore dell'anca

Passaggio	Domanda guida
Sicurezza	Trauma, carico impossibile, febbre o sintomi neurologici nuovi?
Funzione	Quale attività è cambiata e quando?
Sede	Inguine, lato, gluteo, coscia o ginocchio?
Cammino	È sicuro? Quale ausilio, distanza e compenso?
Attivo	Quale gesto compie da solo e dove compare il dolore?
Passivo	Che cosa cambia con accompagnamento senza forzare?
Palpazione	La pressione riproduce il sintomo abituale?
Forza	La prova è valida o limitata da dolore/equilibrio?
Test mirato	Quale domanda chiarisce, e il risultato è interpretabile?
Sintesi	Quali dati concordano e qual è il passo successivo?

In una frase

Collega sede e gesto, osserva il cammino soltanto quando è sicuro, confronta attivo e passivo e descrivi il reperto prima dell'ipotesi.

Riferimenti e ambito

[1] ACR Appropriateness Criteria. Acute Hip Pain. <https://acsearch.acr.org/docs/3082587/Narrative/>

[2] ACR Appropriateness Criteria. Chronic Hip Pain. <https://acsearch.acr.org/docs/69425/Narrative/>

[3] NICE CKS. Greater trochanteric pain syndrome: Assessment.

<https://cks.nice.org.uk/topics/greater-trochanteric-pain-syndrome/diagnosis/assessment/>

[4] Merck Manual Professional. Gait Disorders in Older Adults. <https://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/gait-disorders-in-older-adults/gait-disorders-in-older-adults>

[5] MSD Manual Professional. Evaluation of the Patient With Joint Symptoms. <https://www.msdmanuals.com/professional/musculoskeletal-and-connective-tissue-disorders/approach-to-the-patient-with-joint-symptoms/evaluation-of-the-patient-with-joint-symptoms>

Uso didattico. L'immagine è generata e non documenta un paziente reale. Una revisione clinica e l'adattamento ai percorsi locali sono necessari prima della pubblicazione.