

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLA SPALLA INSTABILE



Autori: *Dott. Francesco Hinegk e Dott.ssa Giusj Scaffidi Ingiona*
Relatori: *Dott. FT OMPT Diego Ristori, Dott. FT OMPT Simone Miele*

INTRODUZIONE e OBIETTIVI

L'**instabilità gleno-omeroale** è una condizione frequente nei giovani e negli sportivi, caratterizzata dalla perdita del rapporto articolare tra testa omerale e glenoide, con episodi ricorrenti di sublussazione o lussazione che compromettono funzione articolare, performance sportiva e qualità di vita. Le variabili eziologiche (traumatica o atraumatica), direzionali (anteriore, posteriore, multidirezionale) e morfologiche (lesioni associate) rendono diagnosi e trattamento complessi.

Questa revisione sistematica valuta l'**efficacia del trattamento conservativo dell'instabilità gleno-omeroale**, analizzando protocolli riabilitativi e fattori prognostici che ne influenzano gli esiti. Il confronto con la chirurgia viene considerato per chiarire i contesti clinici di maggiore indicazione, con l'obiettivo di definire criteri e strumenti utili alla personalizzazione terapeutica.

RISULTATI

Nella revisione sono stati inclusi **42 studi**. Il diagramma di flusso rappresentato riassume i vari passaggi della selezione degli studi. Il trattamento conservativo è risultato efficace nei casi di instabilità atraumatica, multidirezionale e posteriore, soprattutto con protocolli strutturati e personalizzati (es. Watson MDI, WIP-p), con miglioramenti nei punteggi funzionali, riduzione del dolore e ritorno allo sport nel 70–90% dei pazienti. L'integrazione di NMES e biofeedback ha potenziato controllo motorio e stabilità. L'efficacia dipende da compliance, qualità del programma e assenza di lesioni ossee. Nei giovani con instabilità traumatica anteriore e lesioni associate il trattamento conservativo presenta tassi di fallimento superiori al 50%, mentre la chirurgia garantisce maggiore stabilità e ritorno allo sport, pur esponendo a complicanze come rigidità articolare, problematiche neurovascolari e degenerazione precoce.

CONCLUSIONI

La gestione dell'instabilità gleno-omeroale richiede un approccio integrato e personalizzato.
→ Il **trattamento conservativo** rappresenta l'opzione preferenziale nei casi atraumatici o non strutturali, se basato su protocolli riabilitativi strutturati e personalizzati, centrati sul paziente.
→ Nei casi traumatici con lesioni ossee o nei soggetti ad alta richiesta funzionale la **chirurgia** rimane indicata per garantire un esito stabile e duraturo.

Il processo decisionale deve fondarsi su una valutazione clinica accurata, sull'utilizzo di classificazioni validate (es. FEDS) e sull'integrazione di PROMs. L'eterogeneità delle evidenze attuali rende necessario sviluppare studi multicentrici con protocolli condivisi e follow-up più lunghi. Molti studi presentano follow-up brevi, campioni ridotti e outcome secondari poco esplorati, come la soddisfazione del paziente o la propriocezione.

Le prospettive future puntano a percorsi riabilitativi sempre più personalizzati e partecipativi, integrati da strumenti digitali per ottimizzare monitoraggio, aderenza e risultati clinici.

MATERIALI e METODI

La ricerca condotta sui database **PubMed** e **PEDro**, tra Ottobre 2024 e Marzo 2025, ha incluso RCT e studi osservazionali (dal 2000 al 2025) in inglese o italiano, su trattamenti conservativi (esercizio terapeutico, terapia manuale, tecnologie neuromuscolari) e di confronto con quello chirurgico, in soggetti con instabilità di spalla, senza limitazioni d'età, genere o tipo di instabilità, escludendo soltanto i pazienti con condizioni neurologiche o altre patologie. Sono stati analizzati outcome clinici validati (WOSI, MISS, OSIS, DASH, VAS), tasso di recidiva, ritorno allo sport e complicanze, considerando tipologia di instabilità, lesioni associate, durata del follow-up e sistemi di classificazione (es. FEDS). Per la valutazione qualitativa del rischio di bias, negli studi RCT, è stato utilizzato lo strumento **CASP**.

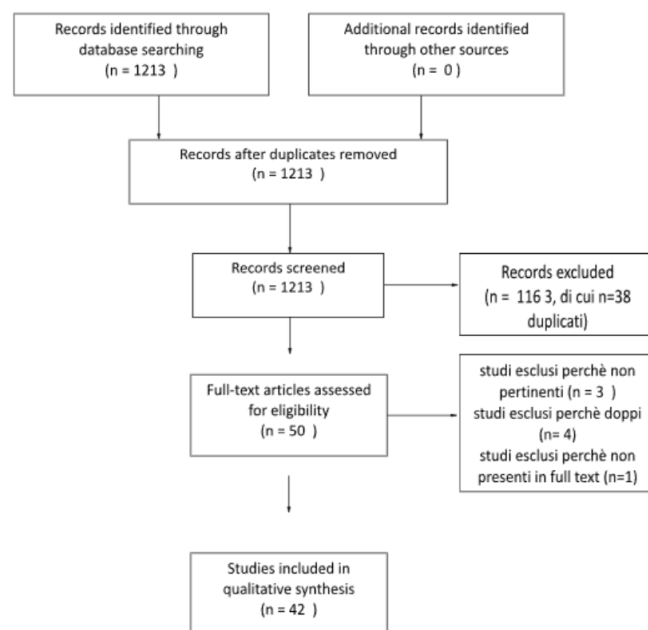
I
d
e
n
t
i
f
i
c
a
t
i
o
n

S
c
r
e
e
n
i
n
g

E
l
i
g
i
b
i
l
i
t
y

I
n
c
l
u
d
e
d

PRISMA 2009 Flow Diagram



BIBLIOGRAFIA

