



CESENA



MESSAGGIO DELL'EX TIMONIERE DI ANAAO ALL'ASSESSORE RAFFAELE DONINI

Reintegrazione dei medici no vax sospesi «Un errore, la Regione si opponga»

Vergoni contro gli antiscentisti:
«Alla Nasa non ci sono terrapiattisti
E ora che fine faranno i sostituti?»

CESENA

GIAN PAOLO CASTAGNOLI

È andato in pensione appena due giorni fa, ma dopo 34 anni di lavoro al Bufalini Gilberto Vergoni non ha alcuna intenzione di cancellare dalla sua vita il suo impegno per la sanità. Una realtà che negli anni passati ha avuto modo di conoscere anche nell'importante ruolo di responsabile di Anaa Romagna, la principale organizzazione dei medici e dirigenti ospedalieri. Così il neurochirurgo a riposo ha voluto dire la sua su quello che ritiene un grave errore: la decisione presa dal governo Meloni di voltare pagina sul fronte Covid. A partire dalla volontà di reintegrare sul lavoro i professionisti no-vax che sono stati allontanati.

Sono 122 gli operatori sanitari alle dipendenze dell'Ausl Romagna o convenzionati che risultano sospesi in quanto hanno rifiutato di vaccinarsi contro il Covid, eludendo l'obbligo fissato dalla legge nella fase più pesante della pandemia. Tra di

loro, 16 prestavano servizio nel Cesenate: è lo 0,4% dell'intero personale tenuto a proteggersi col siero, a tutela degli assistiti.

Vergoni alla carica

La domanda di Vergoni è tranchant: «Come si fa a andar dietro queste sciocchezze governative, che insinuano sfiducia nei vaccini e nella scienza?». È questo il messaggio che ha inoltrato poche ore fa all'assessore regionale alle Politiche per la salute, Raffaele Donini. Non solo. Lo ha anche invitato a unirsi alla «resistenza» annunciata dal presidente della Regione Puglia. E ad associarsi alla presa di posizione molto forte di Letizia Moratti, assessora della Regione Lombardia, che si è addirittura dimessa.

Sono parecchi i problemi segnalati da Vergoni a seguito del dietrofront del nuovo governo. Si domanda, per esempio, «cosa accadrà di tutti i ricorsi contro gli Ordini, che presto si celebreranno nei tribunali per il rimborso dei mancati guadagni dei no-vax sospesi».



Gilberto Vergoni, in pensione da pochi giorni, contesta la scelta del governo

Inoltre, evidenzia un possibile effetto della scelta fatta, che ritiene inaccettabile: «Come si fa a mandare a casa infermieri e medici che avevano un incarico su quei posti vacanti, dall'oggi al domani?».

Ma soprattutto quello che non va giù all'ex timoniere di Anaa Romagna è il principio generale antiscentifico che si intende sdoganare: «Non dimentichiamo che oltre ai no-vax per la specifica epidemia di Covid e il relativo vaccino, ce ne sono molti che sono proprio contrari

ai vaccini in senso generale. Sarebbe come se la Nasa assumesse dei terrapiattisti», è la conclusione caustica.

L'assessore regionale Donini

Intanto, ieri l'assessore regionale Raffaele Donini ha dichiarato che si aspetta che «il personale medico e infermieristico reintegrato non venga impegnato in reparti in cui ci siano pazienti fragili. Ciò a tutela dei pazienti e degli operatori stessi». Come ha precisato il ministro della Salute, Orazio Schil-

Solo 64 contagi
nel Cesenate
e nessun morto

Nel Cesenate quella di ieri è stata una giornata confortante sul fronte Covid. Si sono registrati 64 nuovi contagi, un dato particolarmente basso: sul territorio dell'Emilia-Romagna i solo nel circondario di Imola i numeri sono stati più bassi. Inoltre, nessuno dei 6 decessi comunicati in regione ha interessato residenti nei quindici comuni del comprensorio. Nella Terapia intensiva del Bufalini continua a non esserci alcun positivo.

laci, spetta alle Ausl la scelta sulla ricollocazione del personale non vaccinato. La Regione ha già convocato per lunedì prossimo la «Cabina di regia Covid», organo tecnico-scientifico deputato a fornire indicazioni operative nel merito. Il titolare dell'assessorato alle Politiche per la salute, con le parole di ieri, ha però già messo le mani avanti, ribadendo la convinzione che la linea in Emilia-Romagna debba essere improntata a garantire la sicurezza dei pazienti.

Giocattoli in dono ai bambini ricoverati a Oncoematologia

Dall'associazione
«Qualcosa di grande
per i piccoli»: gesto
in memoria di un padre

CESENA

Va avanti, inarrestabile, lo slancio generoso dell'associazione «Qualcosa di grande per i piccoli», che nei giorni scorsi ha consegnato a Roberta Pericoli, responsabile del reparto di Oncoematologia pediatrica dell'ospedale «Infermi» di Rimini, numerosi giocattoli per tutte le età, da distribuire ai bambini ricoverati.

Grazia Gori, rappresentante del sodalizio, spiega che è merito di una «donazione fatta da Luigi Ruscelli, un cittadino che ha voluto compiere un gesto di solidarietà in memoria del padre Edoardo, con l'obiettivo di aiutare i bambini ricoverati, ad affrontare le cure con minore



La donazione di giocattoli alla Oncoematologia di Rimini

angoscia, consentendo loro di distrarsi giocando». La delegazione, composta dal donatore, da Grazia Gori e alcuni membri dell'associazione, è stata accolta dalla dottoressa Pericoli e da alcuni operatori della sua équipe.

Dall'Ausl della Romagna e dai professionisti arriva un sentito ringraziamento a «Qualcosa di grande per i piccoli» e a tutti i do-

natori, per questa ennesima donazione, che si va ad aggiungere alle altre ormai innumerevoli iniziative solidali intraprese in questi anni dall'attivissima associazione cesenate, a sostegno del percorso di umanizzazione delle aree pediatriche all'interno delle strutture sanitarie di tutta la Romagna.

Tumore al pancreas e borse per la ricerca

Tra le realizzatrici
anche una ex consigliera
dell'associazione di lotta
a questo tipo di cancro

CESENA

Federica Ghiretti era nata a Parma e fino a pochi giorni fa viveva a Cesena. Dal 2019 faceva parte del Consiglio Direttivo dell'associazione «Oltre la Ricerca Odv» di Rimini, impegnata nella lotta contro il tumore del pancreas.

«Una forza della natura, voleva sempre «fare di più», perché l'impegno come volontaria non le bastava mai. Gridava al mondo come bisogna investire nella ricerca, perché è solo così che si potrà sconfiggere la malattia».

Federica non stava bene e non riusciva a partecipare attivamente e costantemente alle attività dell'associazione. Ha collaborato «da casa». Fino a pochi giorni fa quando è morta; ed attraverso vari appelli sui social,



Federica e le borse solidali

riusciva a coordinare con un gruppo di volontarie (che lei da subito ha definito «le sartine»), nella raccolta di tessuti, pizzi ed accessori vari, da utilizzarsi per confezionare delle borse.

I fondi così raccolti sono devoluti a sostegno della ricerca clinica.

«Grazie Federica e grazie a tutti coloro che sostengono i progetti promossi dall'associazione» continuano ad elogiarla ad «Oltre la Ricerca odv».

PER NON PIANGERE PIÙ

Occhi che lacrimano: l'epifora, un disturbo fastidioso e poco conosciuto

La lacrimazione eccessiva è una patologia frequente che può colpire tutti a qualsiasi età. Spesso comporta un disagio sociale e difficoltà nell'eseguire attività quotidiane in cui è richiesta una qualità visiva chiara, come leggere o guidare. Cause e rimedi

FORLÌ

BARBARA GNISCI

«L'eccessiva lacrimazione è una patologia frequente che può colpire individui di qualsiasi età e che comporta un disagio sociale importante per chi ne è affetto, nonché un discomfort nell'eseguire attività quotidiane in cui è richiesta una qualità visiva chiara, come leggere, usare il PC o guidare, specialmente di notte» spiega la dottoressa Chiara Paci, oculista dell'ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì.

Quando si parla di lacrimazione è fondamentale capire come funziona l'apparato lacrimale: «Lo si potrebbe paragonare a un sistema idraulico, in cui c'è un rubinetto che fa fuoriuscire acqua che viene drenata via da un tubo di scarico. Il rubinetto sarebbe rappresentato dalle ghiandole lacrimali che producono lacrime, appunto, che si distribuiscono su tutta la superficie oculare durante l'ammiccamento (apertura e chiusura delle palpebre), creando un film lacrimale che ha la funzione di lubrificare e proteggere l'occhio. L'ammiccamento permette, inoltre, di pompare le lacrime, attraverso un meccanismo di suzione, all'interno della via lacrimale di deflusso (il tubo di scarico). Tale via parte dall'angolo interno dell'occhio e si trova su entrambe le palpebre, sia superiore che inferiore, dove è presente un puntino lacrimale che risucchia le lacrime all'interno dei rispettivi canali lacrimali, i quali si uniscono a formare un canalino comune che si apre nel sacco lacrimale. Da qui le lacrime defluiscono attraverso il dotto naso-lacrimale all'interno del naso ed è per questo che quando piangiamo ci cola anche il naso». Tale sistema idraulico è in equilibrio fino a quando la quantità di lacrime prodotte è compensata dalla quantità di lacrime che vengono drenate via nel naso: «Quando visitiamo un paziente che lamenta eccessiva lacrimazione, l'obiettivo principale è identificare la causa e, di conseguenza, l'appropriato trattamento».

Sono due le cause principali dell'eccessiva lacrimazione: «L'«occhio lacrimoso» (*watery eye*) è il caso in cui si verifica un' aumentata produzione di lacrime senza alterazioni della via lacrimale di deflusso, che può essere conseguente a patologie della superficie oculare. Condizioni come congiuntiviti, allergie, blefariti, occhio secco, malposizioni palpebrali o la presenza di un corpo estraneo provocano, infatti, un'irritazione dell'occhio, che per proteggersi aumenta la produzione di lacrime. In questi casi, la somministrazione di una terapia medica permette in genere di risolvere il problema».

La seconda causa è l'epifora o «vera lacrimazione» (*tearing eye*): «Si tratta di una situazione in cui la lacrimazione è conseguenza di una diminuzione del deflusso delle lacrime dovuta a un difettoso drenaggio per stenosi o ostruzione





“ Si tratta di una situazione in cui la lacrimazione è conseguenza di una diminuzione del deflusso delle lacrime dovuta a un difettoso drenaggio per stenosi o ostruzione della via lacrimale

totale della via lacrimale che può verificarsi con tre possibili livelli: può capitare che l'ostruzione sia a livello del puntino lacrimale e si eseguirà, quindi, un intervento di puntoplastica che permetterà di allargarlo; se il problema è a livello del canalino lacrimale superiore, inferiore o comune a entrambi bisogna valutare, attraverso una manovra di sondaggio con appositi strumenti, la possibilità di recuperare la pervietà fino al sacco lacrimale. A volte è sufficiente inserire uno stent in silicone, mantenuto solitamente per 3 mesi, che permette di mantenere pervia e dilatata la via lacrimale. Quando invece la stenosi è talmente serrata da non permettere di raggiungere il sacco lacrimale è necessario affrontare un intervento in cui viene inserito permanentemente un piccolo tubicino che dall'angolo interno dell'occhio entra nella cavità nasale bypassando tutta la via lacrimale permettendo, così, alle lacrime di "scivolare" direttamente nel naso». Ma la più frequente sede di ostruzione è a livello della parte finale della via lacrimale, cioè del dotto naso-lacrimale: «Tale ostruzione può essere congenita o acquisita. Se è congenita si manifesta con lacrimazione fin dalla nascita ed è dovuta ad una mancata perforazione della via lacrimale, che fortunatamente nel 90% dei casi si completa entro il primo anno di vita. Tale pervietà può essere raggiunta più rapidamente attraverso un massaggio del sacco lacrimale che può essere effettuato dal genitore adeguatamente informato dall'oculista su come farlo in maniera corretta. I casi acquisiti, viceversa, colpiscono prevalentemente gli anziani ma anche giovani adulti, specialmente di sesso femminile. Questa sede di chiusura è rischiosa in quanto predispone alla dacriocistite, un'infezione del sacco lacrimale dovuta all'accumulo di lacrime e sporcizia all'interno dello stesso. Nei casi acuti si manifesta con un improvviso gonfiore, indurimento e rossore a livello dell'angolo interno dell'occhio, fuoriuscita di pus dai puntini lacrimali e un intenso dolore. Va tempestivamente trattata con terapia antibiotica in quanto è una condizione potenzialmente grave».

In alto Chiara Paci, oculista dell'ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì
Sopra a sinistra Giuseppe Meccariello (otorinolaringoiatra) e Pierluigi Longhena oculista. A destra Chiara Paci insieme a Chiara Bellini (otorinolaringoiatra)

Il trattamento chirurgico è preciso e rapido



FORLÌ

La stenosi del dotto naso-lacrimale, e di conseguenza il disturbo di epifora e il rischio di dacriocistite, viene trattata attraverso l'intervento di dacriocistorinostomia (DCR), realizzato con la stretta collaborazione fra oculisti e otorinolaringoiatri mediante una tecnica mini-invasiva endoscopica. L'approccio multidisciplinare è fondamentale. All'Ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì, un'equipe composta da due otorinolaringoiatri Giuseppe Meccariello e Chiara Bellini e da due oculisti Pierluigi Longhena e Chiara Paci, si occupa della presa in carico e della gestione dei pazienti candidabili ad intervento chirurgico. Questo approccio, ormai rodato, permette di effettuare mediamente più di 100 procedure all'anno garantendo nel contempo alti livelli di professionalità e sicurezza. Da un punto di vista tecnico l'intervento consiste nella creazione di un by-pass tra il sacco lacrimale e la cavità nasale in modo da permettere alle lacrime di defluire nel naso aggirando l'ostacolo nel dotto naso-lacrimale. Prima di sottoporsi a tale intervento è necessario eseguire uno studio radiodiagnostico denominato dacrio-TC che permette di acquisire l'anatomia e il punto esatto dell'ostruzione. In seguito dopo una valutazione sia oculistica che otorinolaringoiatrica, si possono definire i dettagli dell'intervento che viene eseguito in anestesia generale con un tempo medio di 30 minuti. L'anestesia generale consente sia al paziente, sia ai chirurghi di affrontare in maniera precisa e rapida l'intervento riducendo al massimo il discomfort per il paziente. La degenza dura circa un giorno e il recupero dall'intervento è rapido, mentre la riabilitazione della via lacrimale dura circa 3 settimane. L'intervento chirurgico endoscopico mini-invasivo risolve definitivamente la stenosi (restringimento) in percentuale molto alta e conseguentemente anche le infezioni ricorrenti delle vie lacrimali, che possono esporre l'occhio del paziente a serie problematiche infettive.



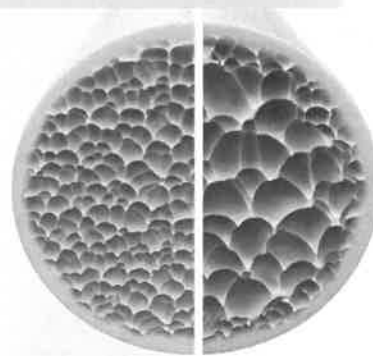
NON ROMPIAMOCI LE OSSA

Osteoporosi, trattarla si può con tecnologie d'avanguardia

Non ne soffrono solo le donne

Colpisce tutte le ossa, rendendole più fragili e soggette a fratture: come intervenire? Lo spiega il dottor Nicola Castaldini, medico internista del Primus Forlì Medical Center

Nicola Castaldini
medico internista
del Primus Forlì
Medical Center
ci spiega come
affrontare
l'osteoporosi



R.E.M.S., l'esame diagnostico senza radiazioni

FORLÌ

Fino a due anni fa, l'unico modo affidabile per effettuare l'esame diagnostico era la somministrazione di raggi X a bassa dose alle vertebre lombari e alla testa del femore, le due sedi che sono l'espressione delle due diverse forme di osso che costituiscono il nostro scheletro. Ora, invece, esiste una tecnologia chiamata R.E.M.S. (Radiofrequency Echographic Multi Spectrometry) che utilizza gli ultrasuoni e che funziona secondo lo stesso principio dei raggi X ma senza utilizzare radiazioni, ossia la quantità di ultrasuoni assorbita rappresenta una misura della densità delle ossa. Si possono evidenziare tre diverse condizioni: un osso nella norma, l'osteoporosi e l'osteopenia che rappresenta una situazione intermedia. Si tratta di un'apparecchiatura recente, già entrata a far parte delle linee guida, che permette di studiare il fattore di fragilità delle ossa, e a differenza della Dexa (densitometria assiale a raggi X), si può effettuare più di una volta all'anno e non espone a radiazioni, sebbene a bassa dose come la DEXA. È estremamente efficace, infatti, per monitorare nel tempo situazioni che hanno bisogno di essere tenute sotto controllo ed è adatta anche per i pazienti oncologici, che così evitano di sottoporsi a ulteriori radiazioni. Il Primus Forlì Medical Center è uno dei pochi centri in Italia ad averla a disposizione».

FORLÌ

«Silente e asintomatica, molto spesso ci si accorge di avere sviluppato l'osteoporosi solo dopo una frattura o, soprattutto nel caso di quella maschile, dopo essersi sottoposti a un esame radiologico per altri motivi» spiega il dottor Nicola Castaldini, medico internista del Primus Forlì Medical Center.

In Italia soffrono di osteoporosi 5 milioni di persone: «Una su cinque sono uomini sopra i 60 anni - continua lo specialista - e per quanto riguarda le donne, una su quattro sviluppa l'osteoporosi nel corso della sua vita, in genere dopo i 45 anni, specialmente dopo la menopausa».

L'osteoporosi è una patologia che consiste nella progressiva riduzione del tessuto osseo, che comporta un indebolimento della resistenza scheletrica: «Colpisce tutte le ossa, rendendole più fragili e soggette a fratture. Ciò che cambia è sia la qualità che la quantità dell'osso; la sua struttura diventa più rarefatta e meno capace di reggere il carico meccanico. Possiamo paragonare lo scheletro alle travi di un edificio che devono reggere l'intera struttura».

Si tratta di una condizione che non va assolutamente sottovalutata: «Quando si verifica una frattura osteoporotica, essa può condurre alla morte nel 5% dei casi durante la fase acuta e addirittura nel 15-20% nel primo anno dopo la frattura. Si deve considerare, infatti, che l'osso è molto vascolarizzato e si può verificare un sanguinamento, oppure possono sopraggiungere complicazioni renali, respiratorie, o a carico di altri organi».

Esistono due forme di questa patologia: «L'osteoporosi primitiva è dovuta a un calo ormonale legato alla menopausa e all'avanzare dell'età, che rappresenta un fattore di rischio mediamente importante (la possibilità di svilupparla aumenta con il passare del tempo); mentre l'osteoporosi secondaria è cor-

“ Una volta individuata la malattia, il primo step è valutare i valori del calcio e della vitamina D: consigliate attività fisica e dieta sana

relata ad altre malattie come diabete, iperparatiroidismo, insufficienza renale, problemi al fegato, anemia, deficit della vitamina D o problemi di assorbimento».

Anche l'utilizzo di alcuni farmaci concorre a manifestarsi dell'osteoporosi: «Gli antiacidi per la gastrite, i farmaci per la tiroide, il cortisone, i diuretici e alcune molecole atte a curare la depressione come la paroxetina aumentano il rischio di osteoporosi».

La diagnosi non sempre è tempestiva: «Talvolta viene annoverato tra i sintomi il dolore, ma esso compare prevalentemente in caso di frattura, quando la patologia non è più agli esordi, e ciò rappresenta un problema, perché così non si riesce a diagnosticarla precocemente e a intervenire appena compare».

Fondamentale è raccogliere l'anamnesi del paziente: «Esistono vari fattori di rischio come il fumo, l'alcol, la sedentarietà, la dieta a basso apporto di calcio, l'utilizzo di troppo sale. Prima si individua l'osteoporosi e prima si possono correggere questi comportamenti inadeguati. L'attività fisica è molto indicata, perché i microtraumi prodotti dal movimento stimolano le cellule dell'osso a produrre nuovo osso».

Per quanto riguarda le terapie: «Una volta individuata la malattia, il primo step è valutare i valori del calcio e della vitamina D. Questa si trova in piccole quantità nel pesce grasso, nell'olio di fegato di merluzzo, nelle uova e soprattutto la produciamo spontaneamente quando ci esponiamo al sole. Poi si possono usare farmaci anti-risorbitori che bloccano il riassorbimento dell'osso e anche farmaci anabolici che stimolano la produzione di nuovo osso. Per le donne, quando sono in menopausa, può essere utile anche una terapia ormonale sostitutiva, ma va valutata di caso in caso».

I NOSTRI CUCCIOLI

Le posizioni del neonato durante gravidanza e parto

Da correggere quelle "viziate"

Tra le cause lo spazio troppo stretto all'interno dell'utero o un parto difficoltoso. Dopo la nascita richiedono un po' di applicazione, ma i risultati sono assicurati



I neonati possono assumere posizioni "viziate": correggerle si può. A destra Enrico Valletta, direttore U.O. Pediatria Ospedale di Forlì

“ Tra le più comuni c'è la testina inclinata da un lato e ruotata dall'altro. In questo caso risulta difficile far cambiare posizione al neonato, che appare infastidito quando ci si prova



FORLÌ

BARBARA GINISCI

Caldo, accogliente e confortevole: si presenta così l'utero materno che ospita il feto durante la gravidanza avvolgendolo nel liquido amniotico. Si tratta di un ambiente che asseconda i movimenti della nuova vita e che la protegge, grazie alle pareti morbide che si adattano progressivamente alle dimensioni in aumento del feto: «Verso la fine della gravidanza gli spazi si fanno sempre più ristretti» spiega il dottor Enrico Valletta, direttore U.O. Pediatria Ospedale di Forlì - fino a quando sopraggiunge il parto, momento durante il quale mamma e neonato adattano reciprocamente le proprie strutture, per fare sì che tutto proceda nel migliore dei modi per entrambi. Tuttavia, quando lo spazio all'interno dell'utero è davvero troppo stretto o quando il parto si fa più difficoltoso, il neonato può assumere delle posizioni obbligate che poi tendono a persistere dopo la nascita e che richiedono un po' di applicazione per essere corrette».

Le cause possono essere diverse: «Potrebbe essere dovuto alla presenza di poco liquido amniotico; oppure lo spazio disponibile deve essere diviso tra gemelli. L'utero potrebbe avere una conformazione particolare o, infine, potrebbe accadere che la progressione del neonato al momento del parto avvenga in posizione poco favorevole». Sono tutte condizioni che possono dar adito a posizioni "viziate" che, se trattate corretta-

mente, quasi certamente si correggeranno: «Tra le malposizioni più comuni c'è la testina inclinata da un lato e ruotata dall'altro. In questo caso risulta difficile far cambiare posizione al neonato, che appare palesemente infastidito quando ci si prova. Si tratta probabilmente di un torcicollo miogeno causato da una contrattura di un muscolo del collo che si chiama sternocleidomastoideo e che collega lo sterno e la clavicola alla mastoide, l'osso che si trova dietro l'orecchio. Meglio intervenire subito con opportuna fisioterapia, esercizi e posizioni che favoriscano una mobilità più libera del collo. Tutto questo anche per evitare che una posizione fissa e prolungata del capo modifichi la simmetria del cranio del bambino appiattendone uno dei lati posteriori, determinando la cosiddetta plagiocefalia. Guidati dal fisiatra e dal fisioterapista, il problema dovrebbe risolversi entro il primo semestre di vita».

Da non dimenticare che la testa dei neonati è morbida e malleabile: «Va detto che il cranio è costituito da ossa che non sono saldate tra loro, ma semplicemente unite da un tessuto fibroso. Ciò è funzionale sia per il passaggio attraverso il canale del parto, sia per assecondare la crescita in volume del cervello nei primissimi anni di vita. È molto importante non lasciare il neonato-lattante sempre nella stessa posizione (generalmente quella supina) per evitare deformazioni che sono più spesso a carico dell'osso occipitale (plagiocefalia posizionale). In questo caso, il pe-

diatra potrà suggerire semplici accorgimenti per variare le posizioni del bambino quando è sveglio, nell'attesa che la crescita migliori spontaneamente la situazione».

Nella pancia della mamma, anche gli arti inferiori del feto hanno bisogno di spazio per svilupparsi armonicamente e per non assumere atteggiamenti viziosi: «È il caso di alcune forme di piede torto e di displasia congenita dell'anca; entrambi hanno un decorso del tutto favorevole a patto che siano trattati precocemente e adeguatamente. Tra le diverse possibilità di piede torto (piedino che è rivolto all'interno) vi è il "piede torto posizionale", che è quello più facilmente risolvibile con opportune manipolazioni fisioterapiche che riporteranno progressivamente il piede alla normale posizione».

Tra le varie cause che predispongono a una anomala conformazione delle anche, la prolungata presentazione podalica del feto è una delle più note insieme alla familiarità e al sesso femminile: «Già la visita nei primi giorni di vita e poi l'ecografia consentiranno di definire la diagnosi e di iniziare tempestivamente il trattamento con l'obiettivo di ristabilire la normale fisiologia dell'articolazione delle anche. Lo spazio è molto importante per un organismo che sta crescendo rapidamente e che deve conformarsi correttamente e se nel corso della gravidanza è stata assunta qualche posizione obbligatoria, la collaborazione con il pediatra, il fisiatra e il fisioterapista potrà aiutare a risolverla positivamente».