

Salute e territorio: la sfida delle cure primarie nella gestione delle fratture

Le fratture rappresentano circa l'1% delle presentazioni cliniche nella Mg e, sebbene spesso vengano indirizzate direttamente agli specialisti, quelle a basso rischio raramente richiedono un intervento ortopedico complesso. Queste potrebbero essere trattate in sicurezza dal Mmg, a patto che disponga delle competenze e delle infrastrutture adeguate

La gestione delle fratture nelle cure primarie rappresenta una frontiera fondamentale per l'efficienza dei sistemi sanitari moderni. Le fratture costituiscono circa l'1% delle presentazioni cliniche nella medicina generale e, sebbene spesso vengano indirizzate direttamente agli specialisti, quelle a basso rischio raramente richiedono un intervento ortopedico complesso. Secondo le fonti, queste lesioni possono essere trattate esclusivamente e in sicurezza dal **medico di medicina generale**, a patto che il professionista disponga delle competenze e delle infrastrutture adeguate.

L'implementazione di **Cliniche delle fratture nelle cure primarie (Pcfc) (*)** ha dimostrato risultati significativi: in un caso studio nel Queensland tali strutture hanno gestito con successo il **23% dei rinvii** che altrimenti sarebbero gravati sulle cliniche ospedaliere, con una percentuale di re-invio all'ospedale di appena il 5.5% dovuta a complicazioni cliniche o mancata guarigione. L'importanza del Mmg risiede nella sua capacità di agire come **coordinatore delle cure**, personalizzando i piani di

trattamento e connettendo il paziente a una rete di specialisti e professionisti sanitari alleati, come i fisioterapisti.

Per una gestione efficace nel setting territoriale, tre pilastri sono i fondamentali per il Mmg:

1 **Comprensione della guarigione ossea:**

il medico deve conoscere le quattro fasi biologiche: infiammazione (settimana 1), callo molle (settimane 2-3), callo duro (settimane 4-12) e rimodellamento (da settimane ad anni). Questa conoscenza guida la tempistica dei controlli, solitamente fissati a 7-14 giorni per verificare la posizione della frattura tramite raggi X prima che il callo diventi duro;

2 **Competenza nell'esame iniziale e nella gestione:**

è cruciale esaminare non solo l'area lesionata, ma anche le articolazioni superiori e inferiori e lo stato neurovascolare. Per ridurre il rischio di diagnosi errate (che nei dipartimenti di emergenza riguardano il 3.7% dei casi), il Mmg deve sempre richiedere proiezioni radiografiche anteroposteriori (Ap) e laterali;

3 **Sviluppo di una rete di riferimento:**

un Mmg esperto deve sapere quando la complessità richiede l'intervento dell'ortopedico, come nei casi di fratture aperte, scomposte, con compromissione neurovascolare o tipologie specifiche come le fratture di Salter-

Harris (III-V) e quelle del polo prossimale dello scafoide.

Oltre alla competenza clinica, il successo di questo modello dipende da un **set-up logistico appropriato**. Il Mmg deve avere accesso immediato a diagnostica per immagini, materiali di consumo per l'immobilizzazione (come gesso di Parigi o bende in fibra di vetro) e risorse di riferimento clinico aggiornate. Nonostante i benefici clinici e la riduzione della pressione sugli ospedali, permangono barriere significative, tra cui un'educazione muscoloscheletrica talvolta limitata e sistemi di remunerazione spesso inadeguati a coprire il tempo e i materiali necessari per procedure complesse come l'immobilizzazione con gesso.

In conclusione, potenziare il ruolo del Mmg nella gestione delle fratture non solo migliora l'accesso alle cure per i pazienti, ma ottimizza le risorse sanitarie globali. Se adeguatamente supportato da formazione, assicurazione medica specifica e una rete di collaborazione, il medico di famiglia diventa il pilastro della **continuità assistenziale**, accompagnando il paziente dalla diagnosi iniziale fino alla riabilitazione finale.

E.T.

* Le "cliniche delle fratture" in Italia non sono sempre strutture fisiche dedicate, ma piuttosto **modelli organizzativi (Fis)** che integrano le cure primarie con le strutture ospedaliere e specialistiche.

• Adie JW, et al. *Basic fracture management in general practice*. *Aust J Gen Pract* 2025; 54:823-828. doi: 10.31128/AJGP-11-24-7465