

L'uso dei device nello studio di medicina generale

The use of the device in the general practice

Noel Polignano
MMG ASL RM3



ABSTRACT Alcuni devices sono estremamente utili per risolvere situazioni delicate che rischierebbero di rimanere senza una diagnosi. E' questo il caso di un paziente che si è rivolto al suo MMG lamentando palpitazioni. Tutti gli esami eseguiti non evidenziavano nulla di patologico fino a quando il paziente non ha acquistato un device in grado di registrare un tracciato ECG.

Some devices are extremely useful for resolving delicate situations that would risk remaining without a diagnosis. This is the case of a patient who turned to his GP complaining of palpitations. All the tests performed did not show anything pathological until the patient purchased a device capable of recording an ECG trace

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

L'uso dei device nello studio di medicina generale
Rivista SIMG 2025;
32 (02):42-45.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

CASO CLINICO

Uomo di 64 anni si presenta a studio riferendo episodi di "cardiopalmo", termine un po' ambiguo che il paziente non sa spiegare meglio: tachicardia? aritmie? fastidiosa percezione del proprio battito cardiaco? Dalla sua cartella informatica si desume quanto segue: ipertensione arteriosa in trattamento con Ramipril 5 mg da qualche anno, le ultime analisi eseguite 2 anni prima sono nella norma, non fuma, assume una media di 2-3 caffè al giorno e, sempre ammettendo che il paziente dica la verità al proprio medico, non assume cocaina, domanda che sarebbe sempre bene fare in questi casi, anche alla luce di eventuali terapie con betabloccanti (*la cocaina causa un aumento di concentrazione delle catecolamine: adrenalina, noradrenalina e dopamina, che stimolano i recettori adrenergici causando vasocostrizione e tachicardia; bloccando i recettori beta si lasciano più disponibili i recettori alfa, con aumento degli effetti cardiovascolari della cocaina. Per questo motivo, la crisi ipertensiva da cocaina viene trattata con benzodiazepine e nitrati ev¹*).

Al momento del suo arrivo in studio l'esame obiettivo è nella norma, non presenta soffi cardiaci o carotidei, non sono presenti edemi declivi, la pressione è 120/80 mmHg e non è tachicardico né aritmico. Si esegue un elettrocardiogramma (**Figura 1**) che risulta nella norma (nel caso in cui si sospettino aritmie è bene effettuare un ECG quanto prima, in quanto alcune di queste sono eventi non costanti

nel tempo e potrebbero essere assenti ad un successivo ECG eseguito giorni se non addirittura settimane o mesi dopo dallo specialista). Gli vengono prescritti esami ematochimici, in particolar modo elettroliti e ormoni della tiroide, che risulteranno anche essi nella norma, e si invia il paziente a visita cardiologica.

Dalla visita specialistica non emerge nulla di patologico, anche l'ecocardiogramma è normale (spesso un prolasso della mitrale può manifestarsi con cardiopalmo), si soprassiede all'esecuzione di un holter cardiaco 24h in quanto se l'evento avviene molto di rado bisognerebbe essere particolarmente fortunati a eseguire l'esame il giorno in cui si manifesterà l'aritmia e si invita il paziente a seguire una vita "sana" o comunque più sana di quanto non faccia: abolizione di caffè, alcolici e bevande eccitanti in genere, vitto "leggero e in bianco" per evitare eventuali reflusso gastroesofageo e contrasto dello stress (notoriamente causa di tutti i sintomi inspiegabili). Dopo qualche mese di apparente benessere, il paziente torna in studio riferendo, la sera prima, un fastidioso episodio di cardiopalmo durato alcuni minuti. L'esame obiettivo è ancora negativo, e a questo punto consiglio l'acquisto di un device che esegua un ECG in caso di necessità. Digitando su Google le parole "mini ECG" compaiono diversi prodotti dai costi differenti ma comunque accessibili, essenzialmente di due tipologie:

1. palmari, delle dimensioni di un cellulare con due sensori laterali sui quali poggiare le dita,
 2. orologi da polso.
- Esistono poi in commercio anche degli

sfigmomanometri in grado di valutare il ritmo, anche questi affidabili e che avvisano della presenza di aritmie ma non eseguono tracciati ECG.
Il paziente acquistò un apparecchio da

polso, e dopo circa due mesi, dopo un'ulteriore e fastidiosa percezione di cardiopalmo, esegue la registrazione del tracciato ECG, portandomelo il giorno dopo in studio (**Figura 2**): finalmente un ECG dimostrante una fibrillazione atriale ad alta frequenza ventricolare (138 b/min). Si esegue immediatamente un ECG per valutare se l'aritmia è ancora presente, nel qual caso il paziente sarebbe stato inviato in PS per una eventuale cardioversione, ma ancora una volta il tracciato è perfettamente normale. Si tratta dunque di una fibrillazione atriale parossistica (per definizione quando dura <7 giorni) che rappresenta tuttavia un rischio per potenziali tromboembolie.

A questo punto occorre farsi 2 domande:

1. il paziente necessita di terapia anticoagulante?
2. se sì, quali anticoagulante? DOAC (Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban) o AVK (warfarin, acenocumarolo)?

Alla prima domanda si può rispondere applicando la scala **CHA₂DS₂VASC**:

C: insufficienza cardiaca (1pt)

H: ipertensione (1pt)

A2: età >75aa (2pt)

D: diabete mellito (1pt)

S2: pregresso ICTUS/TIA, tromboembolismo (2pt)

V: malattia vascolare (1pt)

A: età 64-74 aa (1pt)

SC: sesso femminile (1pt)

L'anticoagulazione è indicata per valori ≥ 2 nel maschio e ≥ 3 nella femmina² (è quindi facile capire dalla tabella che tutte le persone sopra i 75aa o tutte le persone con pregresso TIA, avendo un CHA₂D-S₂VASC uguale a 2 dovrebbero iniziare la terapia, così come tutti gli ipertesi che siano anche diabetici, situazioni frequentissime tra i pazienti della medicina generale). Il paziente in questione è un maschio di 64aa iperteso e quindi ha un punteggio CHADVASC di 2, pertanto ha un rischio tromboembolico tale da richiedere una terapia anticoagulante.

A questo punto, quale terapia? DOAC o AVK?

In caso di patologia valvolare mitralica o presenza di protesi valvolare meccanica vi è un rischio tromboembolico più elevato e quindi sono preferibili gli AVK, i quali consentono, attraverso il dosaggio dell'INR, di controllare l'anticoagulazione.

Il paziente in questione non presenta patologia valvolare mitralica né è portatore di protesi valvolare; si inizia pertanto,

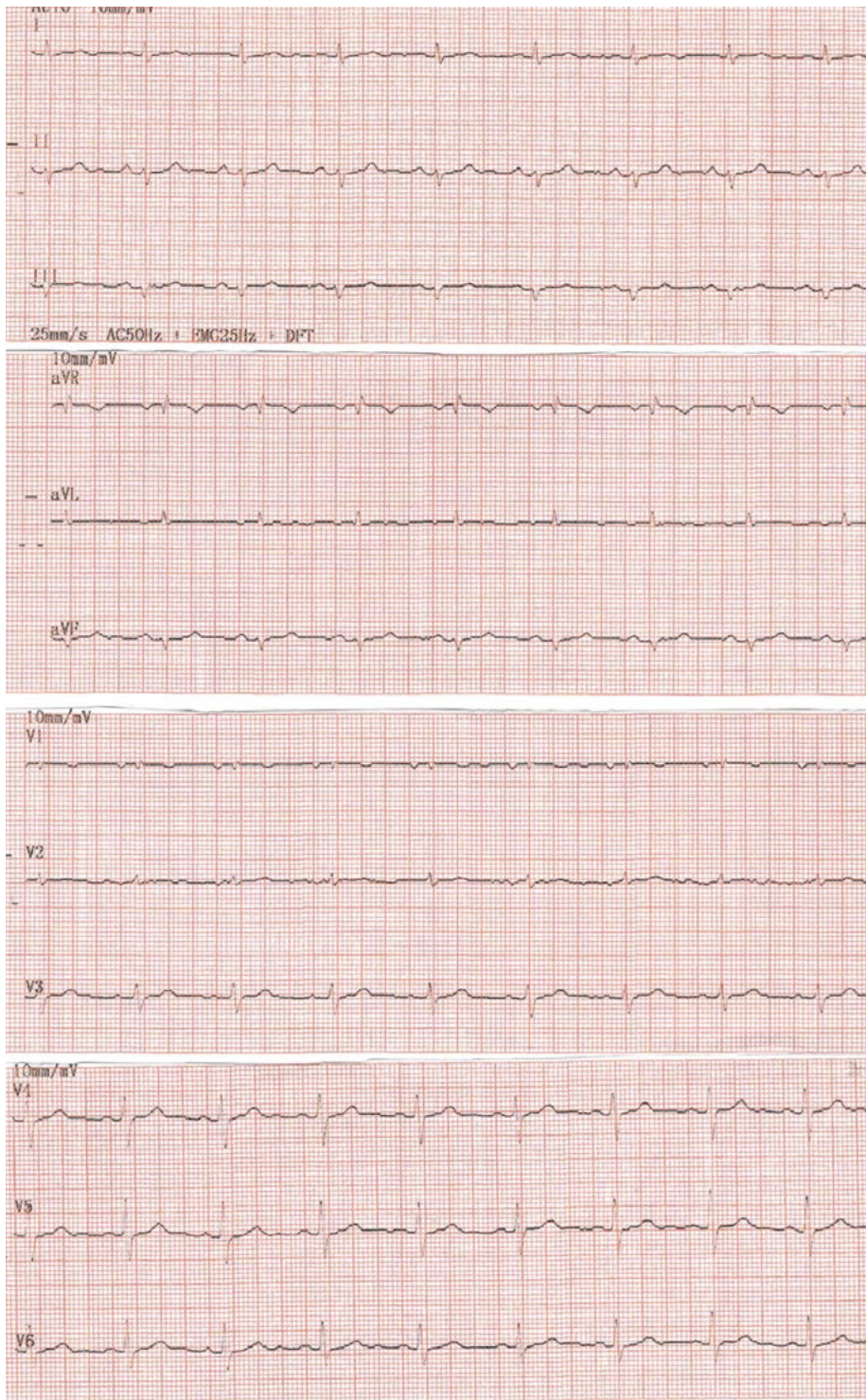


Figura 1 - Tracciato ECG eseguito in studio, perfettamente normale: ritmo sinusale a frequenza 75 b/min, asse deviato a sin, PR 0.16 msec, ripolarizzazione ventricolare nella norma



Figura 2 - Tracciato ECG del device: ritmo irregolare ad alta frequenza tipico della fibrillazione atriale

previa compilazione di piano terapeutico, terapia con un DOAC ed eseguirà, prima semestralmente e poi annualmente, esami ematochimici per il controllo di creatinina e piastrine.

CONCLUSIONI

L'uso di device può risultare estremamente utile nella gestione di alcuni pazienti tipici della Medicina Generale. Hanno prezzi accessibili e riescono a risolvere situazioni che altrimenti rimarrebbero senza un chiaro inquadramento diagnostico. Il paziente presentato in questo caso clinico avrebbe potuto essere erroneamente inquadrato come un paziente ansioso e quindi trattato con benzodiazepine o antidepressivi esponendolo a rischio di un evento tromboembolico.

Bibliografia

1. Richards JR, et al. β -Blockers, cocaine, and the unopposed α -stimulation phenomenon. *Cardiovasc Pharmacol Ther* 2017;22:239-49.
2. ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2024;45:3314-414.

"In ricordo del Dottor Claudio Morrieri, amico e collega, dal quale ho imparato tante cose"

Il Commento

Erik Lagolio

SIMG - Coordinatore macroarea

Disturbi non Differibili

Il caso clinico descritto ci offre uno spunto per riflettere su due aspetti fondamentali della Medicina Generale contemporanea: da un lato, il ruolo centrale del medico di famiglia nella gestione dei disturbi non differibili e, dall'altro, l'importanza della tecnologia come strumento diagnostico e gestionale.

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta il primo approdo per il paziente con sintomi acuti, transitori o aspecifici. Questo ruolo non è solo di prossimità geografica, ma si radica nella conoscenza profonda e completa del paziente, grazie alla continuità del rapporto relazionale e alla possibilità di osservare l'evoluzione clinica nel tempo. Nel caso specifico, l'integrazione del sintomo di cardiopalmo in una visione complessiva del paziente è stata determinante. Il MMG, unico custode della complessità del paziente, ha potuto sfruttare l'approccio longitudinale per valutare il sintomo non come un episodio isolato, ma come parte di un quadro clinico che evolve nel tempo.

Questo aspetto, spesso trascurato nella medicina specialistica, rappresenta uno

dei punti di forza della Medicina Generale. La possibilità di utilizzare il tempo come alleato diagnostico consente al medico di trasformare ogni sintomo in un tassello utile per giungere a una diagnosi più accurata, riducendo al contempo il rischio di sovradiagnosi o di trattamenti inappropriati. In un contesto in cui i pazienti sono sempre più complessi, sia per l'età avanzata sia per la presenza di multimorbilità, l'approccio sistematico e olistico del medico di famiglia si rivela fondamentale per garantire una gestione ottimale dei disturbi non differibili.

A fianco di questa dimensione "classica" della Medicina Generale, emerge con forza il ruolo della tecnologia come strumento indispensabile per ampliare le capacità diagnostiche del medico. I device digitali, come il dispositivo ECG descritto nel caso clinico, permettono di superare i limiti degli strumenti tradizionali, offrendo la possibilità di identificare condizioni cliniche che altrimenti rimarrebbero senza una diagnosi. La loro applicazione nella pratica quotidiana non deve essere vista come una complicazione aggiuntiva, ma come un'opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza.

Tuttavia, affinché questa opportunità si traduca in un reale vantaggio clinico, è necessario che i medici acquisiscano nuove competenze. Il MMG deve imparare a valutare i pro e i contro dei dispositivi disponibili sul mercato, comprendendo le differenze tra i vari strumenti in termini

di affidabilità, facilità d'uso e costo. Questo gli consente di decidere se integrare alcuni device nella propria pratica ambulatoriale o se guidare il paziente nell'acquisto e nell'utilizzo di strumenti personali. La capacità di orientarsi in questo panorama tecnologico è cruciale: solo un medico informato può sfruttare al meglio il potenziale dei device, evitando al contempo di creare confusione o ansia nei pazienti.

Sebbene l'adozione di nuove tecnologie possa sembrare, inizialmente, un ulteriore carico di lavoro per il medico, in realtà deve essere considerata un investimento. Il tempo dedicato a comprendere,

integrare e utilizzare una tecnologia ben progettata si traduce, a lungo termine, in un risparmio di tempo nella gestione complessiva del percorso assistenziale del paziente. Una diagnosi tempestiva e precisa, facilitata dalla tecnologia, permette infatti di evitare esami ripetuti, consulenze specialistiche non necessarie e complicanze legate a ritardi diagnostici. Tuttavia, affinché questo potenziale si realizzi pienamente, è necessario che anche le aziende produttrici dei device si assumano la responsabilità di comprendere e rispondere ai bisogni dei medici. I dispositivi tecnologici devono essere progettati non solo per attrarre il paziente, ma

anche per integrarsi in modo funzionale nella pratica quotidiana del medico. È fondamentale che i device siano compatibili con i software di gestione degli studi medici, che forniscano dati chiari e affidabili e che siano facili da utilizzare sia per i medici sia per i pazienti. Solo in questo modo i device possono diventare un vero alleato, e non un ostacolo, per il medico di famiglia.

Il futuro della medicina generale non può prescindere dalla tecnologia, ma essa deve essere al servizio del medico e del paziente, inserendosi armoniosamente in quel rapporto umano e clinico che rimane il pilastro fondamentale della cura.