

RESPONSABILE DELL'EVENTO

Cesare Storti – Responsabile Servizio di Elettrofisiologia e Cardiolazione
Istituto di Cura Città di Pavia

DOCENTI

Roberto Fogari – Responsabile Clinica Medica II – IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

Amedeo Mugellini – Clinica Medica II – IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

Maria Claudia Negro – Servizio di Elettrofisiologia e Cardiolazione
Istituto di Cura Città di Pavia

Cesare Storti – Responsabile Servizio di Elettrofisiologia e Cardiolazione
Istituto di Cura Città di Pavia

Con il supporto non
condizionante di

GUIDOTTI



L'evento è accreditato nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina con l'identificativo **182-20942**, secondo le attuali disposizioni, per **30 medici** (Medicina Generale e Cardiologia) ed eroga **7 crediti formativi** al superamento del questionario di apprendimento ed al corretto espletamento di tutte le procedure amministrative.



PROVIDER ECM
RES - FAD - FSC
Id 182 Albo Age.Na.S.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
DATRE S.r.l.
c/o Complesso Neos - Via di Vorno, 9a/4
55060 Guamo (Lu)
tel. 0583 949305 -- fax 0583 404180
segreteria.ecm@datre.it

SARTANI E IL CUORE OLTRE IL CONTROLLO PRESSORIO

Collegio Universitario
“Alessandro Volta”

Pavia, 4 febbraio 2012

IL RAZIONALE DEL TEMA

Il paziente iperteso, soprattutto se con comorbidità o fattori di rischio cardiovascolare, per l'ottimizzazione della terapia richiede molto spesso l'interazione tra ambulatori di medicina generale e reparti specialistici.

Per di più, i medici per gestire i pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare all'interno dell'ambulatorio di medicina generalistica necessitano di un continuo aggiornamento per poter così ottenere per il paziente la scelta terapeutica migliore in termini di riduzione di morbi-mortalità cardiovascolare, di semplicità del trattamento e di adesione alla terapia.

Per contrastare la progressione del paziente nel continuum cardiovascolare, il medico curante spesso utilizza un modulatore del RAS. Tutto ciò si basa su evidenze scientifiche che appunto questi farmaci hanno dimostrato in questi ultimi anni. La terapia antipertensiva d'oggi dovrebbe quindi puntare alla riduzione di questo rischio cardiovascolare residuo indirizzandosi su terapie sempre più innovative. La fibrillazione atriale è l'aritmia di maggior riscontro nella pratica clinica, in particolare nei pazienti ipertesi. Il rischio di mortalità nella popolazione con fibrillazione atriale è dalle 2 alle 8 volte maggiore rispetto alla popolazione senza l'aritmia; in particolare se associata allo scompenso cardiaco può condizionare pesantemente la prognosi del paziente.

Lo scompenso cardiaco, nell'ambito del continuum cardiovascolare, rappresenta sicuramente una tappa importante nella gestione e nel trattamento del paziente che, se sottovalutata, può aumentare notevolmente la probabilità di eventi cardiovascolari maggiori.

Proprio per questi motivi, dal punto di vista scientifico, è fondamentalmente corretto impiegare alcuni principi attivi, in determinate condizioni cliniche, con specifiche modalità di impiego tenendo in particolar conto la titolazione posologica, la durata del trattamento e l'associabilità con principi attivi di classi farmacologiche diverse.

OBIETTIVI DEL CORSO

- Aggiornare le conoscenze del medico sull'inquadramento diagnostico e prognostico dei pazienti ipertesi.
- Ottimizzare gli strumenti per svolgere un'adeguata azione di prevenzione primaria e secondaria.
- Valutare le novità terapeutiche alla luce delle recenti linee guida internazionali.
- Creare i presupposti per uniformare i protocolli diagnostici e terapeutici da condividere con cardiologi e medici di medicina generale.

PROGRAMMA

8.30 Saluto ed introduzione al corso

I SESSIONE: IPERTENSIONE E FIBRILLAZIONE ATRIALE

Moderatore: A. Mugellini

9.00 Identificazione del paziente iperteso a rischio aritmico (M.C. Negro)

9.45 Il ruolo dei farmaci che agiscono sul RAAS nella prevenzione della fibrillazione atriale (R. Fogari)

10.30 La fibrillazione atriale nello scompenso cardiaco: causa aggravante o scatenante? (C. Storti)

11.15 Discussione

11.30 Coffee break

II SESSIONE: IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO

Moderatore: C. Storti

11.45 Ipertensione e scompenso cardiaco: la dimensione del problema (M.C. Negro)

12.30 Ipertensione e scompenso: opzioni terapeutiche (A. Mugellini)

13.15 Discussione

13.30 Lunch

III SESSIONE: NUOVI ORIZZONTI TERAPEUTICI

Moderatore: R. Fogari

14.00 Nuove terapie di associazione per il controllo dell'ipertensione: il razionale del loro utilizzo (A. Mugellini)

14.45 La denervazione renale percutanea mediante radiofrequenza (C. Storti)

15.00 La terapia elettrica dello scompenso cardiaco (M. C. Negro)

16.15 Discussione

16.30 Presentazione e discussione di casi clinici (C. Storti)

17.00 Questionario ECM per verifica di apprendimento - fine lavori

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

I sartani e il cuore Oltre il controllo pressorio

Collegio Universitario Alessandro Volta
Via Ferrata, 17 – PAVIA
4 febbraio 2012

TARGET: MEDICI DI MEDICINA GENERALE, CARDIOLOGI, INTERNISTI, GERIATRI

MODALITÀ DI EROGAZIONE: RESIDENZIALE

TEAM DI PROGETTO

Responsabile Scientifico

Cesare Storti - Responsabile Servizio di Elettrofisiologia e Cardioritmo - Istituto di Cura Città di Pavia

Docenti

Roberto Fogari Responsabile Clinica Medica II - IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

Amedeo Mugellini - Clinica Medica II - IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

Maria Claudia Negro - Servizio di Elettrofisiologia e Cardioritmo - Istituto di Cura Città di Pavia

Cesare Storti - Responsabile Servizio di Elettrofisiologia e Cardioritmo - Istituto di Cura Città di Pavia

IL RAZIONALE SCIENTIFICO

Il paziente iperteso, soprattutto se con comorbidità o fattori di rischio cardiovascolare, per l'ottimizzazione della terapia richiede molto spesso l'interazione tra ambulatori di medicina generale e reparti specialistici.

Per di più, i medici per gestire i pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare all'interno dell'ambulatorio di medicina generalistica, necessitano di un continuo aggiornamento per poter così ottenere per il paziente la scelta terapeutica migliore in termini di riduzione di morbi-mortalità cardiovascolare, di semplicità del trattamento e di adesione alla terapia.

Per contrastare la progressione del paziente nel continuum cardiovascolare, il medico curante spesso utilizza un modulatore del RAS. Tutto ciò si basa su evidenze scientifiche che appunto questi farmaci hanno dimostrato in questi ultimi anni. La terapia antipertensiva d'oggi dovrebbe quindi puntare alla riduzione di questo rischio cardiovascolare residuo indirizzandosi su terapie sempre più innovative.

La fibrillazione atriale è l'aritmia di maggior riscontro nella pratica clinica, in particolare nei pazienti ipertesi. Il rischio di mortalità nella popolazione con fibrillazione atriale è dalle 2 alle 8 volte maggiore rispetto alla popolazione senza l'aritmia; in particolare se associata allo scompenso cardiaco può condizionare pesantemente la prognosi del paziente. Lo scompenso cardiaco, nell'ambito del continuum cardiovascolare, rappresenta sicuramente una tappa importante nella gestione e nel trattamento del paziente che, se sottovalutata, può aumentare notevolmente la probabilità di eventi cardiovascolari maggiori.

Proprio per questi motivi, dal punto di vista scientifico, è fondamentalmente corretto impiegare alcuni principi attivi, in determinate condizioni cliniche, con specifiche modalità di impiego tenendo in particolar conto la titolazione posologica, la durata del trattamento e l'associabilità con principi attivi di classi farmacologiche diverse.

GLI OBIETTIVI SCIENTIFICI

- Aggiornare le conoscenze del medico sull'inquadramento diagnostico e prognostico dei pazienti ipertesi.
- Ottimizzare gli strumenti per svolgere un'adeguata azione di prevenzione primaria e secondaria.
- Valutare le novità terapeutiche alla luce delle recenti linee guida internazionali.
- Creare i presupposti per uniformare i protocolli diagnostici e terapeutici da condividere con cardiologi e

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

medici di medicina generale

ORE FORMATIVE: 7

CREDITI CONSEGUITI: 7

N. PARTECIPANTI : 30 Medici di medicina generale, Cardiologi, internisti, Geriatri

Programma

I sartani e il cuore Oltre il controllo pressorio

Collegio Universitario Alessandro Volta
Via Ferrata, 17 – PAVIA
4 febbraio 2012

08.00 Registrazione partecipanti e pre test

08.30 Saluto ed introduzione al corso

I SESSIONE: IPERTENSIONE E FIBRILLAZIONE ATRIALE - Moderatore: A. Mugellini

09.00 Identificazione del paziente iperteso a rischio aritmico (M.C. Negro)

09.45 Il ruolo dei farmaci che agiscono sul RAAS nella prevenzione della fibrillazione atriale (R. Fogari)

10.30 La fibrillazione atriale nello scompenso cardiaco: causa aggravante o scatenante? (C. Storti)

11.15 Discussione

11.30 Coffee breack

II SESSIONE: IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO - Moderatore: C. Storti

11.45 Ipertensione e scompenso cardiaco: la dimensione del problema (M.C. Negro)

12.30 Ipertensione e scompenso: opzioni terapeutiche (A. Mugellini)

13.15 Discussione

13.30 Lunch

III SESSIONE: NUOVI ORIZZONTI TERAPEUTICI - Moderatore: R. Fogari

14.00 Nuove terapie di associazione per il controllo dell'ipertensione: il razionale del loro utilizzo (A. Mugellini)

14.45 La denervazione renale percutanea mediante radiofrequenza (C. Storti)

15.00 La terapia elettrica dello scompenso cardiaco (M. C. Negro)

16.00 Discussione

16.30 Presentazione e discussione di casi clinici (C. Storti)

17.00 Questionario ECM per verifica di apprendimento

17.30 Fine lavori

Abstract

IL RUOLO DEI FARMACI CHE AGISCONO SUL RAAS NELLA PREVENZIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Roberto Fogari

La fibrillazione atriale è una condizione sempre più frequente a seguito del progressivo allungamento dell'età media. Essa è però favorita anche da altre condizioni quali la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco o la presenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare, tra i quali l'ipertensione riveste il ruolo più importante a causa della sua alta prevalenza nella popolazione.

Da un punto di vista fisiopatologico le modalità con cui l'ipertensione favorisce la comparsa di fibrillazione atriale sono rappresentate da una disfunzione diastolica e da un'attivazione sistemica e/o locale del sistema renina-angiotensina. L'insieme di questi due fattori porta al cosiddetto "rimodellamento atriale" che rappresenta il substrato elettrico-strutturale in grado di favorire o facilitare lo sviluppo di fibrillazione atriale.

L'aumentata produzione di angiotensina II influenza le correnti ioniche, facendo aumentare il calcio libero intracellulare o alterando la conduttanza del potassio, con conseguente ulteriore riduzione del periodo refrattario e accorciamento della durata del potenziale d'azione.

L'angiotensina II agisce peraltro anche sul rimodellamento "strutturale" dell'atrio, in quanto promuove lo sviluppo di fibrosi atriale attraverso l'attivazione di numerose chinasi.

Dato il ruolo del sistema renina-angiotensina l'effetto che i farmaci inibenti tale sistema possa avere sulla fibrillazione atriale è stato oggetto di numerose osservazioni.

Una recente metanalisi in cui sono stati inclusi solo studi rigorosamente controllati evidenziò che sia gli ACE-inibitori che gli Angio II antagonisti possedevano un effetto preventivo rispetto alla fibrillazione atriale anche se di entità diversa a seconda delle diverse condizioni in cui essa veniva valutata. Tra gli studi di prevenzione primaria basti qui ricordare lo studio LIFE in cui in pazienti ipertesi con ipertrofia ventricolare sinistra, il trattamento con losartan prevenne la comparsa di fibrillazione più di quanto non fece l'atenololo.

Per quanto riguarda gli studi di prevenzione secondaria, in tutti i pazienti in cui un ACE-inibitore o un AT1 bloccante veniva aggiunto ad una terapia con amiodarone già in corso si è osservata una riduzione del 30-40% degli episodi di ricaduta rispetto a coloro che avevano perseguito la sola terapia con amiodarone⁷. Il risultato non è apparso invece così netto in coloro in cui il bloccante del sistema renina-angiotensina veniva dato da solo: in alcuni migliorava, mentre in altri restava invariato. Questi ultimi però sembravano caratterizzati dall'inclusione di una casistica caratterizzata da notevole compromissione dell'apparato cardiovascolare, con atrio sinistro ingrandito, con contemporaneo uso di molti altri farmaci, in particolare di ACE-inibitori¹⁰. Non sempre vi era inoltre distinzione tra pazienti ipertesi e pazienti normotesi e risultava ben chiaro se vi fosse una qualche differenza tra i pazienti trattati con ACE-inibitori e quelli trattati con AT1 bloccanti.

Un contributo per tentare di dare una spiegazione a queste problematiche viene da numerosi studi pubblicati negli ultimi anni in cui è stato valutato l'effetto di un trattamento con un sartano rispetto ad uno con un ACE-inibitore in soggetti ipertesi che avevano lamentato nei mesi precedenti almeno un episodio di fibrillazione atriale parossistica. Si osservò che i pazienti in trattamento con entrambi i bloccanti del sistema renina-angiotensina avevano avuto meno ricadute di fibrillazione parossistica rispetto ai gruppi di controllo, ma che tra quelli in trattamento col sartano il numero delle ricadute era significativamente minore rispetto a quelli trattati con l'ACE-inibitore.

In conclusione, alla stato attuale delle nostre conoscenze, si può affermare che nei pazienti ipertesi con fibrillazione atriale parossistica, il blocco degli AT1 recettori sembra essere più efficace rispetto all'ACE inibizione nel ridurre sia la frequenza degli episodi di fibrillazione parossistica che la loro gravità.

Questi risultati suggeriscono che gli effetti antiaritmici derivanti dal blocco degli AT1 recettori possano dipendere, oltre che da una maggiore inibizione degli effetti dell'angiotensina II, anche da effetti specifici sulla conduzione elettrica atriale.

Soltanto studi clinici di larghe proporzioni mirati a questo obiettivo potranno meglio chiarire e definire queste problematiche.

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

La fibrillazione atriale nello scompenso cardiaco: causa aggravante o scatenante?

Cesare Storti

La fibrillazione atriale è l'aritmia cardiaca di più frequente riscontro, può raggiungere più del 5-7% della popolazione al di sopra dei 75 anni di età con il 35% di correlazione con l'ipertensione arteriosa. In particolare, quando non controllata, determina non solo un peggioramento della qualità della vita ma può causare anche una riduzione dell'aspettativa di vita. Nei casi di scompenso cardiaco più avanzato la fibrillazione atriale è presente fino al 50% dei pazienti ed è considerata un fattore prognostico nettamente sfavorevole sia per quanto riguarda l'aggravamento dello scompenso cardiaco che per la mortalità.

I costi per trattare la fibrillazione atriale sono enormi, in particolare se consideriamo che è l'aritmia a più alto tasso di ricoveri in ospedale per anno, con una durata media che varia dai 5 ai 7-9 giorni a seconda che avvengano in Cardiologia o in reparti medici non specialistici (dove la degenza è in media più lunga). Ingenti sono pure i costi sia per la fibrillazione atriale che per lo scompenso, relati alla instaurazione della terapia ipocoagulante che serve a prevenire i possibili e temuti episodi tromboembolici.

La terapia ipocoagulante richiede ambulatori attrezzati e programmati all'uopo che garantiscano controlli di esami del sangue seriati atti a mantenere il valore ottimale di un esame del sangue (attività protrombinica), valore che deve stare all'interno di un determinato range per garantire efficacia e prevenire maggiori possibilità di emorragia.

La stretta correlazione fra le due patologie è sottolineata anche dall'esistenza di casi di scompenso cardiaco che si manifesta con dispnea, incremento ponderale per eccesso di deposito di acqua nei tessuti e stanchezza, sintomi scatenati direttamente da una fibrillazione atriale ad elevata frequenza di risposta ventricolare.

Il riconoscimento di questi casi (spesso persone di età non anziana, senza cardiopatie in atto) può portare alla decisione di riportare immediatamente il ritmo sinusale con una cardioversione elettrica ciò che si accompagna, il più delle volte, ad una completa risoluzione del quadro clinico. La ripresa del ritmo regolare determina una rapida scomparsa dei sintomi con l'eliminazione dell'acqua in eccesso e il ripristino anche anatomico delle dimensioni del cuore, che si era dilatato, ai livelli normali.

Il ripristino e mantenimento del ritmo sinusale può essere ottenuto farmacologicamente ma la efficacia e la sicurezza sono limitate nel lungo termine e spesso molti farmaci antiaritmici sono controindicati in pazienti con concomitante scompenso cardiaco.

Si stanno sviluppando nuove alternative non farmacologiche per il trattamento di pazienti affetti da fibrillazione atriale e scompenso cardiaco.

In particolare, l'ablazione transcateretere delle vene polmonari sembra essere una metodica promettente in casistiche limitate.

Attualmente, l'evidenza clinica sottolinea come il controllo della frequenza cardiaca ottenuto mediante la terapia elettrica di resincronizzazione cardiaca associata all'ablazione del nodo AV rappresenti un efficace trattamento.

Ulteriori studi sono necessari per validare ulteriormente queste nuove metodiche.

La denervazione renale percutanea mediante radiofrequenza

Cesare Storti

Si stima che in Italia il numero di pazienti affetti da ipertensione sottoposti a un trattamento farmacologico sia di circa 10 milioni e, nonostante la disponibilità di numerose classi di farmaci efficaci e solitamente ben tollerati, sono ancora meno i pazienti sotto controllo dalle terapie praticate.

Secondo recenti studi condotti nel nostro paese non più del 20-25% dei pazienti ipertesi raggiunge con il trattamento i valori di 130/80 mmHg, considerati come ottimali per la prevenzione degli eventi cardiovascolari e renali. La principale ragione di questo insufficiente controllo risiede nella difficoltà per molti pazienti di adattarsi ad una terapia che deve durare per tutta la vita e della quale si temono gli effetti.

Oggi è possibile intervenire sull'ipertensione resistente attraverso la denervazione renale, un intervento miniminvasivo che agisce sul legame tra le fibre nervose del sistema simpatico presenti nel rene e la pressione.

La nuova procedura trasferisce, in campo clinico, studi di 30 anni fa, che dimostrano la centralità del rene nello sviluppo dello stato ipertensivo, attraverso una molteplicità di meccanismi. Uno di questi è rappresentato dal Sistema Nervoso Simpatico, le cui fibre giungono al rene correndo lungo e all'interno delle arterie renali. Attraverso queste fibre, il sistema simpatico controlla gli stimoli che dal cervello arrivano al rene, con effetti sulla pressione. Nei casi di ipertensione arteriosa, si verifica un'iperattività del sistema simpatico. La denervazione renale si propone di ridurre questa iperattività, e quindi l'ipertensione.

La denervazione renale rappresenta un'opzione innovativa e sicura per il trattamento dell'ipertensione. La procedura è molto semplice e dura circa 40 minuti. Si ricorre ad un catetere per ablazione che dall'arteria femorale arriva fino alle arterie renali; una volta che il dispositivo giunge a destinazione, dal catetere viene erogata energia a radiofrequenza a bassa potenza, finalizzata a disattivare le terminazioni del nervo simpatico, senza ledere il vaso.

Lo studio multicentrico, prospettico, randomizzato **Symlicity HTN 2** (parte di un programma di studi ancora in corso), condotto su pazienti con ipertensione resistente e pubblicato nel 2010 su Lancet, ha dimostrato che a seguito di questa procedura si possono ottenere riduzioni medie della pressione arteriosa sistolica e diastolica nell'ordine di 32 e 12 mmHg rispettivamente, a 6 mesi di follow up. I dati finora raccolti inoltre mostrano una sostanziale assenza di effetti indesiderati.

Sebbene al momento l'utilizzo della denervazione sia limitato alle forme più gravi e resistenti d'ipertensione, non si può escludere che con il crescere dell'esperienza e di ulteriori risultati positivi, questa tecnica possa trovare applicazione anche per altre patologie che prevedono un'iperattività del sistema nervoso, come il diabete o le malattie renali croniche.

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

Curriculum Vitae

PROF. ROBERTO FOGARI

Roberto Fogari, nato a Brescia il 24.12.1943.

Laureato in Medicina e Chirurgia con lode presso l'Università di Pavia il 19.7.1968.

ATTIVITA' ACCADEMICA

Assistente Universitario presso l'Istituto di Clinica Medica dal 1.9. 1969.

Professore Associato di Medicina Interna presso l'Università di Pavia dal 26.9. 1983.

Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Pavia dal 1.11.1999.

RESPONSABILITA' ASSISTENZIALE

Direttore Unità Operativa di Medicina Interna presso l'Ospedale S. Raffaele (MI) dal 1989 al 1994.

Direttore Unità Operativa di Medicina Interna dell'Istituto Città di Pavia dal 1994 al 1999.

Direttore Clinica Medica II del Policlinico S. Matteo dall'1.11.99 a tutt'oggi.

SPECIALIZZAZIONI

Specializzazione in Cardiologia conseguita presso l'Università di Pavia il 31.10.1970.

Specializzazione in Fisiopatologia Respiratoria conseguita presso l'Università di Torino il 12.7.1972.

Specializzazione in Medicina Interna conseguita presso l'Università di Pavia il 26.10.1976.

Followship presso il "Silikose Forschung Institut" della Rhur Universitat dal 1.3.72 al 31.12.72.

SOCIETA' SCIENTIFICHE

E' membro delle seguenti società italiane e straniere :

- Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
- Società Italiana di Cardiologia
- Società Italiana di Medicina Interna
- International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy
- International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy
- International Society of Hypertension
- European Society of Hypertension
- American Society of Hypertension

ALTRE ATTIVITA'

- Direttore del Centro per lo Studio dell'Ipertensione Arteriosa e della Fisiopatologia Cardiovascolare dell'Università di Pavia dall' 1.11.1999 a tutt'oggi.
- Membro del Comitato Etico di Medicina Interna e Terapia Medica dal 1990 a tutt'oggi.

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

Autore di più di 400 pubblicazioni scientifiche su riviste italiane ed internazionali.

Le principali riguardano la fisiopatologia delle maggiori amine biogene e la fisiopatologia e la terapia dell'ipertensione arteriosa essenziale, delle ipertensioni secondarie e degli effetti del diabete mellito sull'apparato cardiovascolare.

Autore di più di 450 presentazioni scientifiche a Congressi, italiani ed internazionali

Autore del trattato di "Semeiotica Medica e Metodologia Clinica " Piccin Ed. Padova, 1999.

Autore delle seguenti monografie:

" I Beta-bloccanti nell'Ipertensione essenziale"(1984)

" Cuore e Ipertensione" (1985)

" Cardioprotezione e Ipertensione" (1988)

" ACE-Inibizione ed insufficienza cardiaca" (1990)

" Il ruolo delle catecolamine nell'ipertensione arteriosa" (2000)

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

DOTT. AMEDEO MUGELLINI

Amedeo Mugellini, nato a Milano il 21.06.1960

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pavia

Ricercatore Universitario Confermato (Professore Aggregato) in Medicina Interna (MED 09) presso Università degli Studi di Pavia

SPECIALIZZAZIONE E TITOLI ACCADEMICI

Diploma di specialista in Medicina Interna conseguito presso l'Università degli Studi di Pavia

Diploma di specialista in Cardiologia conseguito presso l'Università degli Studi di Pavia

Dottore di Ricerca in Fisiopatologia Medica e Terapia (XV Ciclo)

ATTIVITA' DIDATTICA

Docente titolare del corso di Medicina Interna e Coordinatore del Corso Scienze Mediche della Laurea Magistrale in Odontoiatria

Docente di Fisiopatologia Clinica presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

Docente di Terapia Avanzata presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

Attività seminariale, insegnamento ufficiale di Medicina Interna presso la Scuola di Specializzazione in Geriatria

Attività seminariale, insegnamento ufficiale di Medicina Interna, nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Attività seminariale, insegnamento ufficiale di Semeiotica Medica e Metodologia Clinica, nel corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Attività seminariale, insegnamento ufficiale di Medicina Interna, nel corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

Autore di 81 pubblicazioni scientifiche per lo più su riviste internazionali riguardanti la fisiopatologia e la terapia dell'ipertensione arteriosa essenziale.

Autore di più di 350 presentazioni scientifiche a Congressi, italiani ed internazionali.

DOTT. MARIA CLAUDIA NEGRO

La Dottoressa Maria Claudia Negro, nata a Pavia il 4 settembre 1966, ha conseguito il Diploma di Maturità presso il Liceo Ginnasio Ugo Foscolo di Pavia nell'anno 1985, riportando la votazione di 52/60.

Si è iscritta alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia nell'anno accademico 1985/86.

Ha regolarmente frequentato, negli anni 1989, 1990, 1991, l'Istituto di Clinica Medica I dell'Università di Pavia, IRCCS Policlinico S. Matteo, in qualità di allieva interna, dedicandosi costantemente sia all'attività di reparto che a quella di ricerca.

Ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia il 18 luglio 1991, discutendo la tesi sperimentale di Laurea dal titolo " confronto fra valori pressori casuali e valori monitorati nella valutazione del paziente iperteso" riportando la votazione di 110/110 Lode.

Dall'epoca della laurea in poi, ha continuato a frequentare l'Istituto di Clinica Medica I, in qualità di volontaria, partecipando all'attività assistenziale e di ricerca, quest'ultima rivolta allo studio dell'ipertensione arteriosa e delle correlazioni con gli altri fattori di rischio cardiovascolare.

Per l'anno accademico 1993/94 ha superato l'esame di ammissione alla Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università di Pavia.

Durante il corso di specializzazione ha seguito l'attività didattica programmata e ha svolto il tirocinio pratico formativo previsto dall'Ordinamento della Scuola dal D. L. 257/91, presso il Dipartimento di Medicina Interna –Sezione Medicina Interna, Malattie Vascolari e Metaboliche del Policlinico S. Matteo.

In tale Dipartimento si è occupata dell'attività di reparto, di quella ambulatoriale e dell'attività di ricerca. Nello stesso periodo, ha frequentato il laboratorio di ecocardiografia dell'Ospedale S. Carlo di Milano, in qualità di volontaria.

In data 28 ottobre 1996, ha conseguito il Diploma di Specializzazione in Cardiologia, discutendo una tesi sperimentale

Titolo

Responsabile della redazione

Data compilazione

dal titolo “ Terapia antiipertensiva, ossidazione delle LDL e poggessione dell’aterosclerosi”, riportando a votazione di 50/50.

Dal mese di maggio 1997, svolge la sua attività presso l’Unità Funzionale di Cardiologia, coordinata dal Dr.Storti, della Clinica Città di Pavia in qualità di assistente medico di I livello.

Qui si occupa dell’attività di reparto, ambulatorio e, in particolare, del laboratorio di ecocardiografia (transtoracica , transesofagea, stress-dipiridamolo, interventistica).

DOTT. CESARE STORTI

Dr. Cesare Storti nato a Pavia il 4 novembre 1960,

Ha conseguito il diploma di Maturità Scientifica nel 1979, si è iscritto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Pavia nell’anno accademico 1979-80 frequentando in qualità di interno l’Istituto di Clinica Medica I (dir. Prof. Mauri) dal 1983 al 1985 e ha conseguito la laurea il 25 ottobre 1985 con 110/110 e lode discutendo la tesi sperimentale “Infarto miocardico posterolaterale non visibile all’ecg: utilità di un approccio multiparametrico” (relatore Prof. Bobba direttore della Cattedra di Fisiopatologia Cardiorespiratoria).

Dopo il conseguimento dell’abilitazione alla professione nella seconda sessione ’85, è stato ammesso alla scuola di specialità in Cardiologia dell’Università di Pavia nell’anno accademico 1985-86 e ha usufruito di una borsa di studio per frequenza alla scuola di specializzazione dal 1985 al 1988.

Ha successivamente conseguito la specialità in Cardiologia il 26 maggio 1989 con 50/50 discutendo la tesi sperimentale “Omotrapianto cardiaco e sistema neurovegetativo: valutazione seriata mediante registrazioni ecografiche dinamiche”.

Durante l’iter formativo e professionale post-laurea svolto presso le strutture universitarie e ospedaliere del Policlinico S. Matteo, ha partecipato oltre che all’attività di tipo assistenziale in reparto e in unità di terapia intensiva coronarica, allo studio del ruolo della trombosi e dello spasmo coronarico nell’infarto miocardico acuto e nell’angina instabile e allo studio del rigetto in soggetti sottoposti a trapianto cardiaco.

Dal 1989 ha partecipato soprattutto all’attività del Laboratorio di Elettrofisiologia diretto dal Prof. J.A. Salerno:

- partecipando alla valutazione elettrofisiologica intra e post operatoria dei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico per aritmie cardiache sia sopraventricolari che ventricolari
- partecipando sia come primo operatore che come cooperatore alla valutazione elettrofisiologica e all’esecuzione di procedure di ablazione transcatetere di focolai aritmogeni in pazienti affetti da aritmie sopraventricolari che ventricolari
- partecipando sia come primo operatore che come cooperatore all’impianto di pace-maker e di defibrillatori impiantabili

Nel 1997 ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Medicina interna e Terapia Medica presso l’Università di Pavia.

Dal 1996 esercita la propria attività presso l’Istituto Città di Pavia inizialmente in qualità di Aiuto Corresponsabile del Reparto di Aritmologia, Elettrofisiologia e Cardiostimolazione e dal 1999 come Dirigente Responsabile. In tale reparto, all’anno, vengono eseguite circa 400 procedure di aritmologia interventistica comprendenti studi elettrofisiologici endocavitari, ablazioni transcatetere di aritmie, impianto di pace-maker definitivi e di defibrillatori impiantabili. Dal 2000 ad oggi è stato inoltre consulente aritmologo presso gli Ospedali Pubblici di Lodi, Crema e “Celesia” di Genova e presso le strutture private Clinica Città di Alessandria, Clinica Pederzoli di Peschiera del Garda e Hesperia Hospital di Modena.

Dal 2002 è stato nominato delegato provinciale della società di aritmologia AIAC e dal 2004 riveste tale carica anche per la SICOA (Società Italiana Cardiologia Ospedaliera Accreditata)