

TITOLO DEL CORSO:

ImmaginaRHE Bologna 2026 - La diagnosi precoce non è fortuna: è collaborazione

RIF. ID. 3726 - 477293 Ed. 1

INSERITO IL: 05/02/2026

DATA: 8 e 9 MAGGIO 2026

SEDE: BOLOGNA – AULE FORMAZIONE (Aula Magna ed EX CUM) - Ospedale Maggiore di Bologna - Largo Bartolo Nigrisoli, 2

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

MASSIMO RETA

Direttore UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BO – IRCCS AOU BO

OBIETTIVO FORMATIVO NAZIONALE:

Linee guida - protocolli - procedure (2)

RAZIONALE:

In un'epoca di medicina sempre più personalizzata e multidisciplinare, la collaborazione tra reumatologi e radiologi rappresenta un pilastro fondamentale per ottimizzare la gestione delle malattie reumatiche complesse. Il Congresso ImmaginaRHE Bologna dell'8-9 maggio 2026 è focalizzato sullo sviluppo e l'affinamento di sinergie diagnostico-terapeutiche e nasce dalla necessità avvertita nella attività clinica quotidiana di sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici.

Le patologie reumatiche – dalle vasculiti sistemiche alle connettiviti indifferenziate, fino alle artriti sieronegative – presentano spesso quadri radiologici complessi che talora possono addirittura precedere i segni clinici di malattia. Inoltre, anche in caso di diagnosi certa, la diagnostica per immagini costituisce un insostituibile supporto per la valutazione dell'attività di malattia e/o per la ricerca e stadiazione delle sue complicanze.

Questa sinergia non è astratta: riduce il time-to-diagnosis da 12-18 mesi a 3-6 mesi, con impatti tangibili sulla progressione radiologica e sulla prevenzione delle complicanze. Pazienti trattati con bDMARDs entro i primi 6 mesi dall'esordio mostrano un arresto della progressione erosiva nel 70% dei casi (DAS28 <2.6 a 2 anni), contro il 35% dei "ritardatari".

L'imaging di ultima generazione – RM 3T con sequenze STIR, ecografia con microvascolarizzazione, TC con spectral imaging o con algoritmi di IA applicati – consente oggi di intercettare target terapeutici in modo estremamente precoce. E la diagnosi precoce spiana la via alla precocità di intervento. Nelle strette finestre di opportunità terapeutica delle malattie reumatiche, si posizionano diversi farmaci modificatori di malattia che proprio in virtù della precocità di intervento, possono ottenere risultati clinici di rilievo. Ad esempio, l'uso precoce degli anti-fibrotici rallenta significativamente la progressione delle malattie interstiziali polmonari mentre l'uso combinato di immunomodulanti ed inibitori del complemento possono ridurre il rischio di complicanze e ridurre la quantità di steroide assunta nei pazienti con vasculite ANCA-associata. Nelle spondiloartriti, l'importanza della precocità di intervento è nota ormai da tempo. La diagnosi precoce e puntuale conduce ad un rapido accesso alle cure: modificatori di malattia tradizionali ma anche una pletera di nuovi ed efficaci farmaci biologici (bloccanti le interleuchine – 6, 17, 23-) e small molecules (JAK-inibitori).

Indiscutibile l'utilità della diagnostica (Densitometria, RX tradizionale) nella diagnosi delle malattie correlate con le alterazioni del metabolismo osseo (osteoporosi, in primis) anche loro finalmente dotate di nuove e più moderne strategie terapeutiche come gli anabolizzanti ossei.

Il corso si svolge su due giornate organizzate sulla base di macroaree di interesse.

La prima giornata verterà prevalentemente sull'uso delle varie metodiche di radiodiagnostica per la diagnosi ed il follow-up delle malattie del connettivo (Sjogren, vasculiti, sclerodermia, Lupus..) mentre la seconda giornata si concentrerà sulle malattie a prevalente espressione articolare/ossea (spondiloartriti, polimialgia reumatica, osteoporosi). Il corso avrà una impostazione molto pratica con ampio spazio lasciato alla discussione ed al confronto. Sarà completato da casi clinici e riflessioni sulle nuove terapie.

Gli scopi del convegno sono ambiziosi.

Per i reumatologi: imparare a "leggere" referti radiologici e migliorare la scelta critica degli esami da richiedere. Per i Radiologi: comprendere l'urgenza clinica delle richieste dei reumatologi, consigliando la metodica più utile per arrivare alla diagnosi.

Per entrambi: costruire network locali per implementare la collaborazione.

PROGRAMMA:

VENERDI', 8 MAGGIO 2026 - AULA MAGNA

S	Dalle	Alle	Titolo	metodo	RELATORE – SOSTITUTO
	13.45	14.10	Accoglienza e registrazione dei partecipanti		
1	14.10	14.20	Introduzione al convegno e benvenuto	LEZ	M. RETA
SESSIONE 1: IMAGING IN CONNETTIVITI E VASCULITI					
Moderatori: F. Cianci, L. Magnani					
1	14.20	14.40	HRCT nelle connettiviti: non solo interstiziopatia polmonare	LEZ	G. DALPIAZ / M. RETA
1	14.40	15.00	PET/TC: diagnosi e follow-up nelle vasculiti dei grandi vasi. Mimickers delle vasculiti	LEZ	C. NANNI / A. ROMEO / M. RETA
1	15.00	15.20	AngioRM vs AngioTAC: Beatles o Rolling stones?	LEZ	L. SPAGGIARI / G. FILONZI / M. RETA
1	15.20	15.40	RM encefalo & AngioRM: due facce della stessa medaglia?	LEZ	L. SIMONETTI / M. CARPENZANO / M. RETA
1	15.40	15.50	Discussione prima parte (<i>imaging in connettiviti e vasculiti</i>)	CONFR	M. RETA
	15.50	16.00	Coffee break		
1	16.00	16.20	Ecografia extra-articolare: dalle ghiandole salivari all'“Halo Sign”	LEZ	P. MACCHIONI / A. BUFFA / M. RETA
1	16.20	17.00	Diagnostica per immagini nelle malattie infiammatorie muscolari: 1. Ecografia muscolare: new kids on the block? 2. Radiologia convenzionale (RM muscolare)	LEZ	C. GALLUZZO, L. SPAGGIARI / M. RETA
DALLA TEORIA ALLA PRATICA					
1	17.00	17.30	Dal caso clinico alle più recenti terapie delle vasculiti	CASICL	F. CIANCI / N. GIROLIETTO
1	17.30	18.00	Dal caso clinico alle più recenti terapie della fibrosi polmonare	CASICL	M. TREVISANI / E. ROSSI / M. RETA
1	18.00	18.30	Discussione finale (<i>dalla teoria alla pratica</i>)	CONFR	M. RETA
	18.30		Chiusura dei lavori della prima giornata		

SABATO, 9 MAGGIO 2026 - AULA EX CUM

SESSIONE 2: IMAGING NELLE SPONDILOARTRITI					
Moderatori: O. Addimanda, A. Ariani, M. Imbriani					
2	09.00	09.20	Ecografia muscolo-scheletrica nelle spondilo-artriti: is this love?	LEZ	M. MAGNANI / G. FILONZI / M. RETA
2	09.20	09.40	Ecografia muscolo-scheletrica nell'artrite reumatoide e nella polimialgia reumatica: with or without you?	LEZ	N. GIROLIMETTO / L. MAGNANI / M. RETA
2	09.40	10.00	RM per l'interessamento assiale nelle spondilo-artriti	LEZ	M. CARPENZANO / L. SPAGGIARI / M. RETA
2	10.00	10.30	RX convenzionale, Risonanza magnetica e TAC: nothing is gonna stop us!	LEZ	G. FILONZI / G. DALPIAZ / M. RETA
2	10.30	10.50	Discussione prima parte (<i>imaging nelle spondiloartriti</i>)	CONFR	M. RETA
	10.50	11.00	Coffee break		
2	11.00	11.20	Scintigrafia: c'è ancora spazio per questa metodica?	LEZ	A. ROMEO / C. NANNI / M. RETA
DALLA TEORIA ALLA PRATICA					
2	11.20	11.40	Dal caso clinico alle ultime terapie delle spondilo-artriti	CASICL	G. VUKATANA / A. BUFFA / M. RETA
2	11.40	12.00	Lettura: La REMS è davvero il futuro?	LETT	S. TESTONI / E. MELEDDU / M. RETA
2	12.00	12.30	Caso Clinico: Vecchie e nuove frontiere terapeutiche nell'osteoporosi: punto di incontro tra Linee Guida e sostenibilità	CASICL	A. BUFFA, E. MELEDDU / M. RETA
2	12.30	13.10	Discussione finale (<i>dalla teoria alla pratica</i>)	CONFR	M. RETA
2	13.10	13.20	Questionario di valutazione dell'apprendimento e customer satisfaction	VAL	M. RETA
	13.20		Chiusura dei lavori		

- HRCT = Tomografia Assiale Computerizzata del torace ad alta risoluzione
 PET = Tomografia a Emissione di Positroni
 TC = Tomografia Computerizzata
 RM = Risonanza Magnetica
 TAC = Tomografia Assiale Computerizzata
 REMS = Radiofrequency Echographic Multi Spectrometry - densitometria ossea

DESCRIZIONE CASI CLINICI

CASO CLINICO 1 - Dal caso clinico alle più recenti terapie delle vasculiti

Vasculite ANCA-associata (AAV)

Paziente: Donna, 65 anni.

Anamnesi: Precedente ipertensione arteriosa ben controllata.

Sintomi: Da circa 2 mesi riferisce astenia profonda, febbre, perdita di peso (5 kg) e comparsa di artralgie migranti. Nelle ultime 2 settimane: comparsa di tosse secca, dispnea da sforzo e parestesie a calza agli arti inferiori.

Esami di Laboratorio (iniziali):

- Creatinina elevata (2.1 mg/dL, V.N. <1.1) – suggerisce glomerulonefrite.
- Velocità di eritrosedimentazione (VES) e Proteina C-Reattiva (PCR) marcatamente elevate.
- Anemia normocitica normocromica.
- Esame urine: macroematuria, proteinuria (1.5 g/24h) e sedimento attivo (cilindri eritrocitari).
- **ANCA-test:** Positivo per anticorpi anti-PR3 (c-ANCA) – compatibile con Granulomatosi con Poliangiote (GPA).

Diagnosi: Vasculite ANCA-associata (GPA) con coinvolgimento renale e polmonare.

Gestione Terapeutica Moderna (approccio 2025):

Il paziente è stato trattato con un approccio mirato per ridurre al minimo l'uso di cortisonici:

1. **Induzione della remissione:** Rituximab (anti-CD20) + Avacopan (inibitore selettivo del recettore C5a del complemento) orale.
2. **Riduzione dei glucocorticoidi:** Grazie all'uso di Avacopan, la dose di prednisone è stata ridotta rapidamente, interrompendolo entro 3 mesi, riducendo gli effetti collaterali a lungo termine.

2. Dalle Linee Guida alle Terapie più Recenti (2025)

Il trattamento delle vasculiti (in particolare quelle ANCA-associate - AAV, come GPA e MPA) sta vivendo una rivoluzione, spostandosi da una forte immunosoppressione aspecifica a terapie mirate ("target therapy").

A. Avacopan: La rivoluzione nello "Steroid-Sparing"

- **Cos'è:** È un farmaco orale inibitore del recettore C5a (C5aR1), approvato per le AAV gravi.
- **Vantaggio:** Blocca la via del complemento, che è centrale nel danno renale e vascolare. Nello studio ADVOCATE, ha dimostrato di essere superiore o equivalente al prednisone nel mantenere la remissione, riducendo drasticamente la necessità di glucocorticoidi a lungo termine.

B. Rituximab: Il gold standard

- **Uso:** Confermatosi come terapia di prima linea per l'induzione e il mantenimento della remissione in GPA e MPA, superando spesso l'azatioprina nel mantenimento.

C. Nuovi Agenti in Fase di Studio/Approccio (2025)

- **B-cell targeting avanzato:** Oltre al Rituximab, sono in studio anti-CD20 di nuova generazione con maggiore capacità di deplezione, come l'**Obinutuzumab**, e terapie mirate contro i plasmablasti (es. **Povitacept**).
- **JAK inibitori:** Studi recenti (ACR 2025) evidenziano l'efficacia di farmaci come tofacitinib o upadacitinib in forme refrattarie di vasculiti dei grossi vasi, come la malattia di Takayasu.
- **EGPA (Churg-Strauss):** Il Mepolizumab (anti-IL5) resta un caposaldo, con studi continui su altri inibitori biologici.

D. Terapie per Vasculiti a Grandi Vasi (Gigantocellulari)

- Il **Tocilizumab** (anti-IL6R) rimane fondamentale per la gestione della arterite a cellule giganti (GCA), permettendo di risparmiare cortisone.

CASO CLINICO 2 - Dal caso clinico alle più recenti terapie della fibrosi polmonare

Caso Clinico: Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF)

Anamnesi:

- **Paziente:** Maschio, 68 anni, ex fumatore (20 pacchetti/anno, smesso da 5 anni).
- **Presentazione:** Dispnea da sforzo ingravescente negli ultimi 10-12 mesi, tosse secca persistente, stanchezza generale. Non esposizioni professionali note a polveri organiche/inorganiche.
- **Esame Obiettivo:** Presenza di rantoli "velcro" (suoni crepitanti fini) alle basi polmonari bilateralmente. Dita a "bacchetta di tamburo" (ippocratismo digitale) non evidenti, ma lieve cianosi distale.

Iter Diagnostico:

1. **Spirometria:** Pattern restrittivo con riduzione della Capacità Vitale Forzata (FVC) e della diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio (DLCO).
2. **TC ad alta risoluzione (HRCT):** Presenza di pattern UIP (Usual Interstitial Pneumonia): bronco-pneumopatia a nido d'ape (honeycombing), bronchiectasie da trazione, predominanza basale e subpleurica.
3. **Diagnosi:** Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF) confermata dal team multidisciplinare (pneumologo, radiologo, patologo).

Decorso:

Il paziente è stato inserito in terapia antifibrotica e monitorato per rallentare il declino funzionale, tipicamente rapido in assenza di trattamento.

Terapie Attuali e Recenti per la Fibrosi Polmonare

La fibrosi polmonare, in particolare quella idiopatica (IPF), è una malattia progressiva. Sebbene il trapianto di polmone rimanga l'unica opzione di cura definitiva, la terapia farmacologica ha fatto passi da gigante, passando da una fase di "stasi" a una di grande innovazione.

1. Farmaci Antifibrotici (Standard di cura)

Attualmente, due farmaci sono approvati per rallentare la progressione della malattia, riducendo la velocità di declino della funzionalità polmonare (FVC) di circa il 50%:

- **Nintedanib:** Un inibitore della tirosin-chinasi che agisce su vari recettori del fattore di crescita.
- **Pirfenidone:** Un agente antifibrotico e antinfiammatorio.
- *Nota:* Questi farmaci non curano la malattia né invertono la fibrosi esistente, ma ne rallentano l'evoluzione.

2. Nuove Speranze e Ricerca Recente (2025)

La ricerca sta cercando di superare i limiti degli attuali antifibrotici (intolleranza, efficacia parziale).

- **Nerandomilast (Jascayd):** Nell'ottobre 2025, la FDA ha approvato il nerandomilast per il trattamento della fibrosi polmonare idiopatica, segnando la prima nuova terapia in oltre un decennio. È un inibitore della PDE4B che ha mostrato risultati promettenti nel ritardare la progressione.
- **Treprostinil Inalatorio:** Avanza negli studi clinici come terapia per l'ipertensione polmonare associata a fibrosi, una complicazione frequente.
- **Approccio Combinato e Personalizzato:** Sono in corso studi su farmaci che agiscono su vie biologiche differenti e sull'uso di biomarcatori per personalizzare la terapia.

3. Gestione delle Complicanze e Terapia di Supporto

- **Riabilitazione Respiratoria:** Fondamentale per migliorare la qualità di vita.
- **Ossigenoterapia:** Necessaria nelle fasi avanzate.
- **Gestione delle comorbidità:** Monitoraggio dell'ipertensione polmonare e del reflusso gastroesofageo, spesso associati.

CASO CLINICO 3 - Caso Clinico: Vecchie e nuove frontiere terapeutiche nell'osteoporosi: punto di incontro tra Linee Guida e sostenibilità

Il caso di Maria, 72 anni con frattura femorale da fragilità, illustra il passaggio necessario dai bisfosfonati orali, gravati da scarsa aderenza e efficacia limitata nel rischio imminente, all'uso di agenti anabolici (teriparatide/abaloparatide) per ricostruire la microarchitettura ossea. La sostenibilità del trattamento si realizza attraverso un approccio sequenziale, impiegando i costi più elevati degli anabolici solo in pazienti ad alto rischio per prevenire ri-fratture, consolidando poi il risultato con agenti anti-riassorbitivi.

INFORMAZIONI GENERALI

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

MASSIMO RETA

Direttore UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BO – IRCCS AOU BO

RELATORI (e possibili sostituti):

Addimanda Olga - Bologna
Ariani Alarico - Bologna
Buffa Angela – Bologna
Carpenzano Maria - Bologna
Cianci Francesco - Bologna
Dalpiaz Giorgia - Bologna
Filonzi Giacomo - Bologna
Galluzzo Claudio - Reggio Emilia
Girolimetto Nicolo' - Bologna
Imbriani Michele - Bologna
Macchioni Pierluigi – Reggio Emilia
Magnani Mirco - Bologna
Magnani Luca - Bologna
Meleddu Erika - Bologna
Nanni Cristina - Bologna
Reta Massimo - Bologna
Romeo Annadina - Bologna
Rossi Elisa - Bologna
Simonetti Luigi - Bologna
Spaggiari Lucia - Reggio Emilia
Testoni Sofia - Bologna
Trevisani Marica - Bologna
Vukatana Gentiana – Bologna

SEDE: BOLOGNA – AULE FORMAZIONE (Aula Magna ed EX CUM) - Ospedale Maggiore di Bologna - Largo Bartolo Nigrisoli, 2

OBIETTIVO FORMATIVO NAZIONALE: Linee guida - protocolli - procedure (2)

CREDITI FORMATIVI ECM

N° ECM di Riferimento: 3726 - 477293 Ed. 1

N° Ore formative: 8

N° Crediti assegnati: 8

PARTECIPANTI PREVISTI: 70

DESTINATARI: MEDICO CHIRURGO

DISCIPLINE: Reumatologia, Medicina Interna, Geriatria, Medicina Nucleare, Radiologia, Radiodiagnostica

ISCRIZIONE

L'iscrizione si richiede tramite l'invio della scheda di iscrizione, compilata e firmata, a:
FMR s.r.l. - Via C. Cattaneo, 106 - 41126 MODENA - e-mail: alice.genovesi@fmrweb.it

In alternativa, è possibile compilare il modulo di iscrizione online disponibile al seguente link:
<https://forms.gle/7xDAefKK9P3kQQRm7>

La conferma di partecipazione verrà inviata esclusivamente via e-mail ai partecipanti ammessi, ovvero in caso di disponibilità di posti, di coerenza della professione/disciplina con quelle accreditate dall'evento e di invio della scheda con adeguato anticipo rispetto alla data del corso.

Fino alla ricezione della conferma, la richiesta di iscrizione dovrà considerarsi non accettata.

METODO DI VERIFICA ED INFORMAZIONI VARIE

Per l'ottenimento dei crediti ECM tutti gli aventi diritto dovranno:

- apporre la FIRMA e riportare ORARIO nei FOGLI FIRMA posizionati presso l'ingresso alla sala plenaria (ingresso e uscita). L'assenza anche di una sola delle FIRME o degli ORARI determinerà l'impossibilità di assegnazione dei crediti;
- compilare integralmente la documentazione che verrà loro fornita in sede congressuale,
- partecipare al 90% delle ore formative,
- rispondere correttamente ad almeno il 75% delle domande del questionario di apprendimento ECM
- riconsegnare il materiale alla segreteria organizzativa

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

La segreteria organizzativa, al termine dell'evento, spedisce l'attestato di partecipazione all'indirizzo di posta elettronica indicato sul modulo anagrafica

ATTESTATO ECM

Il Provider, dopo aver effettuato le verifiche, spedisce l'attestato ECM, all'indirizzo di posta elettronica indicato sul modulo anagrafica

PROVIDER ECM e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

FMR s.r.l. – ID ECM 3726

Via C. Cattaneo, 106 - 41126 MODENA Tel. 059-350201 - e-mail: mroncaglia@fmrweb.it

RELATORI E RESPONSABILE SCIENTIFICO

Responsabile del programma formativo: **MASSIMO RETA**

TIT.	COGNOME	NOME	RUOLO / AZ. OSP. / REPARTO / CITTA'	LAUREA	DISCIPLINA
Dott.ssa	Addimanda	Olga	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.	Ariani	Alarico	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Buffa	Angela	Specialista ambulatoriale, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Carpenzano	Maria	Dirigente Medico, UOC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, Istituto Ortopedico Rizzoli – BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Radiologia
Dott.	Cianci	Francesco	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Dalpiaz	Giorgia	Dirigente Medico UOC Radiologia AUSL Bologna - Ospedale Bellaria – BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Radiologia
Dott.	Filonzi	Giacomo	Dirigente Medico UOC Radiodiagnostica, AUSL BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Radiologia
Dott.	Galluzzo	Claudio	Dirigente Medico UOC Reumatologia - IRCCS-AUSL di REGGIO EMILIA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.	Girolimetto	Nicolò	Specialista ambulatoriale, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.	Imbriani	Michele	Direttore UOC Radiologia, AUSL BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Radiologia
Dott.	Macchioni	Pierluigi	Dirigente medico, IRCCS-AUSL Arcispedale Santa Maria Nuova, REGGIO EMILIA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.	Magnani	Mirco	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Medicina interna
Dott.	Magnani	Luca	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Medicina interna
Dott.ssa	Meleddu	Erika	Specialista ambulatoriale, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Nanni	Cristina	Dirigente Medico UOC Medicina Nucleare, IRCCS-AOU Policlinico Sant'Orsola – BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Medicina nucleare
Dott.	Reta	Massimo	Direttore UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Romeo	Annadina	Dirigente Medico UO Medicina Nucleare Metropolitana, IRCCS-AOU di Bologna, Policlinico Sant'Orsola – BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Medicina nucleare
Dott.ssa	Rossi	Elisa	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Prof.	Simonetti	Luigi	Responsabile SSI Neuroradiologia OM, AUSL BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Neuroradiologia
Dott.ssa	Spaggiari	Lucia	Direttore struttura di radiologia area nord - AUSL REGGIO EMILIA	Medicina e chirurgia	Radiodiagnostica
Dott.ssa	Testoni	Sofia	Specialista ambulatoriale, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Trevisani	Marica	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia
Dott.ssa	Vukatana	Gentiana	Dirigente Medico, UOC Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico, Interaziendale AUSL BOLOGNA – IRCCS AOU BOLOGNA	Medicina e chirurgia	Reumatologia