

<p>Provider AGENAS N. 2395 - 90010600709</p> <p><b>ASSIMEFAC</b> </p> <p>ASSOCIAZIONE SOCIETÀ SCIENTIFICA INTERDISCIPLINARE DI MEDICINA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ</p>	<p>Area Formazione ed ECM</p> <p>Via Livorno, 36 - 00162 ROMA</p> <p>Tel. +39 0644251853 - E-Mail <a href="mailto:segreteria@assimefac.it">segreteria@assimefac.it</a></p>
---	--

**ACCADEMIA NAZIONALE di ARTE MEDICA E SANITARIA**

**Concordia Magna Res Crescunt**

**E.T.S.**



**Congresso Nazionale 2026**

**MULTA PAUCIS**

**Sabato 14 e 21 marzo**

**Habita79**

**Via Roma, 10 – Pompei (Na)**

***Responsabili Scientifici: Vincenza Alfano - Pasquale Contaldi***

**Presidenti:** Emilio Cirillo - Massimo D'Andrea

**Moderatori:** Simona Collina - Silvana Franca Manco - Pasqualina Buono - Domenico Di Maria

## **RAZIONALE**

Il Congresso annuale dell'Accademia si svolge per favorire la valorizzazione delle professionalità maggiormente rappresentative del territorio ed in particolare modo quelle giovanili che durante l'anno hanno raggiunto speciali livelli ed obiettivi di valore etico, morale, scientifico, culturale ed innovativo. Raggiunge tale scopo, promuovendo la diffusione e la comunicazione delle tematiche che il Comitato Scientifico dell'Ente ha ritenuto impattanti nella formazione, nell'aggiornamento continuo e nella comunicazione interprofessionale.

# PROGRAMMA

## **Sabato 14 Marzo 2026**

- 08.30 Iscrizione dei partecipanti
- 09.00 Saluti delle autorità
  
- 09.15 Prevenzione del danno retinico in AFT - *Roberto Vignapiano*
- 09.30 IPDE5 uso e abuso - *Domenico Sorrentino*
- 09.45 IA - *Vincenzo Troncone*
- 10.00 Ancora TBC? - *Paola Contaldi*
- 10.15 Ascite chilosa - *Leo Ginevra*
- 10.30 DISCUSSIONE - *Roberto Vignapiano/ Domenico Sorrentino/ Vincenzo Troncone/Paola Contaldi/Leo Ginevra*
- 10.45 Analisi biochimica del liquido seminale: un approccio innovativo nell'infertilità maschile - *Giacomo Lazzarino*
- 11.00 Presentazione del libro - K del Polmone - *Pasquale Ruffolo*
- 11.15 Il rapporto tutor tirocinante in Psicologia - *Ilaria La Mura*
- 11.30 Analgesia in travaglio sicuro - *Pierluigi Coppola*
- 11.45 DISCUSSIONE *Giacomo Lazzarino/ Pasquale Ruffolo/ Ilaria La Mura/ Pierluigi Coppola*
- 12.00 Fibromialgia - *Mariateresa Veropalumbo*
- 12.15 Mitigazione dei conflitti e pacificazione preventiva: attività della Chiesa Latina in Terra Santa - *Giovanni Battista Rossi*
- 12.30 Presentazione del Libro - Rispettate chi vi cura - *Claudio Gammella*
- 12.45 DISCUSSIONE *Mariateresa Veropalumbo/ Giovanni Battista Rossi/ Claudio Gammella*
- 13.15 Chiusura dei lavori

## **Sabato 21 Marzo 2026**

- 09.00 Saluti delle autorità
  
- 09.15 Studio randomizzato sulla medicina rigenerativa nelle tendinopatie croniche - *Michela Saracco*
- 09.30 Intolleranze alimentari tra mito e realtà - *Liliana Nappi*
- 09.45 Citologia nasale - *Arturo Armone Caruso*
- 10.00 DISCUSSIONE *Michela Saracco/Liliana Nappi/Arturo Armone Caruso*
- 10.15 Le Commissioni Mediche del Club Alpino Italiano - L'esperienza della Commissione Campana - *Raffaele D'Arco*
- 10.30 Le gambe gonfie – Flebedema e linfedema - *Raffaele Polichetti*
- 10.45 L'endoscopia del terzo millennio - *Riccardo Marmo*
- 11.00 Curvature Biomediche - *Maria Sabatino*
- 11.15 DISCUSSIONE - *Raffaele D'Arco/ Raffaele Polichetti/ Riccardo Marmo/ Maria Sabatino*
- 11.30 Longevità e biomarcatori orali - *Marco Evangelista*
- 11.45 Conflittualità tra professioni sanitarie e maternità - *Carmela Melillo*
- 12.00 Ircomunità - *Caputo Dora*
- 12.30 DISCUSSIONE - *Marco Evangelista/ Carmela Melillo/ Caputo Dora*
- 13.15 Test di valutazione e fine dei lavori

# RIEPILOGO

**ID PROVIDER:** ASSIMEFAC n° 2395

**TITOLO:** Congresso Nazionale 2026 MULTA PAUCIS

**N. EVENTO:**

**SEDE:** Habita79, Via Roma, 10 – Pompei (Na)

**DATA:** Sabato 14 – Sabato 21 Marzo 2026

**OBIETTIVO FORMATIVO:** 10. Epidemiologia – Prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico professionali

**ACQUISIZIONE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALE:**

Il Congresso annuale dell'Accademia si svolge per favorire la valorizzazione delle professionalità maggiormente rappresentative del territorio ed in particolare modo quelle giovanili che durante l'anno hanno raggiunto speciali livelli ed obiettivi di valore etico, morale, scientifico, culturale ed innovativo.

**ACQUISIZIONI COMPETENZE DI PROCESSO:**

Raggiunge tale scopo, promuovendo la diffusione e la comunicazione delle tematiche che il Comitato Scientifico dell'Ente ha ritenuto impattanti nella formazione, nell'aggiornamento continuo e nella comunicazione interprofessionale.

**ACQUISIZIONE COMPETENZE DI SISTEMA:**

Il Congresso annuale dell'Accademia si svolge per favorire la valorizzazione delle professionalità maggiormente rappresentative del territorio ed in particolare modo quelle giovanili che durante l'anno hanno raggiunto speciali livelli ed obiettivi di valore etico, morale, scientifico, culturale ed innovativo.

**N° ORE FORMATIVE:** 8

**CREDITI E.C.M.:** 8

**PARTECIPANTI:** 100

**DESTINATARI EVENTO**

Tutte le professioni sanitarie

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	VINCENZA ALFANO
Indirizzo	VIA E. FERMI 16 SCAFATI
Telefono	3339658707
Codice fiscale	LFNVCN58PHIC06FS
Mail	enzaalfano@alice.it
Pec	Vincenza-alfano@pec.timpee.it
Ruolo (barrare)	Dipendente      Convenzionato      Libero Professionista <input checked="" type="checkbox"/>
Data di nascita	01-09-1958
Laurea	MEDICINA e CHIRURGIA
Specializzazione	Neurologia e Psichiatria
Master	IN MANAGEMENT SANITARIO
Incarico professionale (Attuale)	libero professionista
Pregressi incarichi (Massimo tre)	Direttore Unità Complessa Salute Mentale ASL NA3 sud
Ordine professionale	SALERNO
Numero iscrizione ordine	5424
Onorificenze	

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

Firma

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	PASQUALE CONTALDI		
<b>Indirizzo</b>	VIA TERZE 46 – 84018 – SCAFATI - SALERNO		
<b>Telefono</b>	3334464024		
<b>Codice fiscale</b>	3334464024		
<b>Mail</b>	<a href="mailto:pasqualecontaldi56@gmail.com">pasqualecontaldi56@gmail.com</a>		
<b>Pec</b>	<a href="mailto:concordia.onlus@legalmail.it">concordia.onlus@legalmail.it</a>		
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b>	<b>Convenzionato</b>	<b>Libero Professionista</b>
<b>Data di nascita</b>	22/10/1956		
<b>Laurea</b>	Medicina e Chirurgia		
<b>Specializzazione</b>	Diabetologia		
<b>Master</b>	TUTOR ed ANIMATORE di FORMAZIONE		
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	MEDICINA di FAMIGLIA		
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	TUTOR – LEGALE RAPPRESENTANTE DEL PROVIDER 2395 -		
<b>Ordine professionale</b>	SALERNO		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	SA - 5096		
<b>Onorificenze</b>	Presidente dell'Accademia Nazionale di Arte Medica e Sanitaria Consigliere Nazionale Sindacato Medici Italiani – SMI –		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data 07/02/2026

Firma



**Dot. PASQUALE CONTALDI**  
 REGIONE CAMPANIA  
 A.S.L. SA 1 - SCAFATI  
 Codice 52516/1

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	Pierluigi Coppola		
Indirizzo	Via Berardinetti traversa Baracconi, 7, 84018, Scafati (S)		
Telefono	3394533745		
Codice fiscale	CPPPLG90D13G813I		
Mail	coppolapierluigi@yahoo.it		
Pec	pierluigicoppola@pec.ordinemedicisalerno.it		
Ruolo (barrare)	<input checked="" type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	13/04/1990		
Laurea	Medicina e chirurgia		
Specializzazione	Anestesia, Rianimazione e terapia del dolore		
Master	Ecografia in area critica		
Incarico professionale (Attuale)	Dirigente medico, AOU anestesista e rianimazione O.R. Area Nolana, ASL Napoli 3 Sud		
Pregressi incarichi (Massimo tre)			
Ordine professionale	Salerno		
Numero iscrizione ordine	010883		
Onorificenze			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

28/01/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

Nome e cognome	Sabatino Maria		
Indirizzo	Via della Resistenza trav. Catapano n.12,Scafati (Sa)		
Telefono	3917132500		
Codice fiscale	SBTMRA95B67I438F		
Mail	marysbtn5@libero.it		
Pec			
Ruolo (barrare)	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	27/02/1995		
Laurea	Laurea in biotecnologie per la salute e laureanda in biotecnologie mediche		
Specializzazione			
Master			
Incarico professionale (Attuale)	Docente per percorsi di potenziamento e orientamento in biologia (curvatura biomedica) presso liceo Diaz di Ottaviano		
Pregressi incarichi (Massimo tre)			
Ordine professionale			
Numero iscrizione ordine			
Onorificenze			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data  
25/01/2026

Firma



## C V SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

**(COMPILARE E SALVARE IN PDF)**

<b>Nome e cognome</b>	Riccardo Marmo		
<b>Indirizzo</b>	Via Sotto Braida 32 Sant'Arsenio SA		
<b>Telefono</b>	0975 399385		
<b>Codice fiscale</b>	MRMRCR55B011143Z		
<b>Mail</b>	riccardo.marmo@gmail.com		
<b>Pec</b>			
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b>	<b>Convenzionato</b>	<b>X Libero Professionista</b>
<b>Data di nascita</b>	01/02/1955		
<b>Laurea</b>	Medicina e Chirurgia		
<b>Specializzazione</b>	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva		
<b>Master</b>	Management Sanitario II Livello		
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	Libero professionista, consulente ASL		
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	Dirigente Responsabile UOSD Gastroenterologia PO Polla Referente screening colon retto ASL Salerno		
<b>Ordine professionale</b>	Medici Salerno		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	4439		
<b>Onorificenze</b>	Targa alla carriera Federazione Italiana Società Malattia Apparato Digerente		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data 07/02/2026

Firma



**CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI**  
 (COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	PAOLA CONTALDI		
Indirizzo	VIA SAN FRANCESCO, 18, PIAZZA TURRA		
Telefono	338 47 35 205		
Codice fiscale	CNT PLA 87 A 67 B 813 E		
Mail	paola.contaldi@libero.it		
Pec	paola.contaldi@pec.it		
Ruolo (barrare)	<input checked="" type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	27.05.87		
Laurea	MEDICO		
Specializzazione	MEDICINA INTERNA		
Master	CURE PALLIATIVE		
Incarico professionale (Attuale)	DIRIBENTE MEDICO PO SARNO		
Progressi incarichi (Massimo tre)	DIRIBENTE MEDICO PRESSO PO NOCERA INFERIORE		
Ordine professionale	SALERNO		
Numero iscrizione ordine	10173		
Onorificenze	NEMUL		

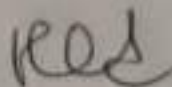
"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

27.05.2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	Giacomo Lazzarino		
<b>Indirizzo</b>	Viale Gottardo 78, Roma		
<b>Telefono</b>	3333477347		
<b>Codice fiscale</b>	LZZGCM85A14H501A		
<b>Mail</b>	giacomo.lazzarino@unicamillus.org		
<b>Pec</b>			
<b>Ruolo</b> (barrare)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dipendente X</b>	<input type="checkbox"/> <b>Convenzionato</b>	<input type="checkbox"/> <b>Libero Professionista</b>
<b>Data di nascita</b>	14/01/1985		
<b>Laurea</b>	Biotechnologie Mediche		
<b>Specializzazione</b>			
<b>Master</b>			
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	Professore Associato di Biochimica (GSD BIOS-07/A) presso UniCamillus - Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma.		
<b>Progressi incarichi</b> (Massimo tre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricercatore di Biochimica (GSD BIOS-07/A) presso UniCamillus - Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma.</li> <li>• Ricercatore Post-Doc di Biochimica (GSD BIOS-07/A) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.</li> </ul>		
<b>Ordine professionale</b>			
<b>Numero iscrizione ordine</b>			
<b>Onorificenze</b>			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data 04/02/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	ARTURO ARMONE CARUSO		
<b>Indirizzo</b>	VIA AMEDEO MODIGLIANI, 9 POZZUOLI		
<b>Telefono</b>	3396069421		
<b>Codice fiscale</b>	RMNNTR61R26G964P		
<b>Mail</b>	armocar@libero.it		
<b>Pec</b>	arturo.armonecaruso.q1kc@na.omceo.it		
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b> X	<b>Convenzionato</b>	<b>Libero Professionista</b> X
<b>Data di nascita</b>	26 ottobre 1961		
<b>Laurea</b>	MEDICINA E CHIRURGIA		
<b>Specializzazione</b>	OTORINOLARINGOIATRIA		
<b>Master</b>	II LIV. RINOALLERGOLOGIA PRATICA, VESTIBOLOGIA PRATICA, ALLERGOLOGIA PEDIATRICA, DOTTORATO MORFOLOGIA APPL.		
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	DIRETTORE SANITARIO		
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)			
<b>Ordine professionale</b>	NAPOLI		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	25669		
<b>Onorificenze</b>			

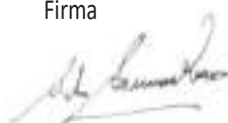
"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

04 FEBBRAIO 2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	Dr. Claudio Gammella		
<b>Indirizzo</b>	Piazza Rosselli 3, 80019 Qualiano Napoli		
<b>Telefono</b>	+393920607304		
<b>Codice fiscale</b>	GMMCLD67C19F839V		
<b>Mail</b>	claudio.gammella@gmail.com		
<b>Pec</b>	dr.gammella@pec.it		
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b>	<b>Convenzionato</b>	<b>Libero Professionista</b>
<b>Data di nascita</b>	19/031967		
<b>Laurea</b>	Odontoiatria e protesi dentaria		
<b>Specializzazione</b>	Implantologia		
<b>Master</b>			
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)			
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)			
<b>Ordine professionale</b>	Napoli		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	3168		
<b>Onorificenze</b>			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

Firma

## CVSINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

Nome e cognome	Enzo Piermichele Troncone		
Indirizzo	Via benedetto croce 76 Salerno 84121		
Telefono	+39 393 5476046		
Codice fiscale	TRNNPR82E08H926W		
Mail	enzo@butterflydecisions.com		
Pec	Enzo.troncone@pec.it		
Ruolo (barrare)	Dipendente	Convenzionato	<del>Libero Professionista</del>
Data di nascita	08/05/1982		
Laurea	Ingegneria gestionale		
Specializzazione	Ingegneria gestionale		
Master	Business Administration		
Incarico professionale (Attuale)	Amministratore Delegato Butterfly Decisions srl		
Pregressi incarichi (Massimo tre)			
Ordine professionale			
Numero iscrizione ordine			
Onorificenze			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

07/02/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	ROBERTO VIGNAPIANO		
Indirizzo	VIA ACCI DE DE GASPERI 66 SCAFATI (SA)		
Telefono	366410467		
Codice fiscale	VGN RRT 89 C 19 I 483 C		
Mail	roberto.vignapiano@gmail.com		
Pec	roberto.vignapiano@pec.it		
Ruolo (barrare)	Dipendente	Convenzionato <input checked="" type="checkbox"/>	Libero Professionista
Data di nascita	19/03/1989		
Laurea	MEDICINA E CHIRURGIA		
Specializzazione	OPTALMOLOGIA		
Master	/		
Incarico professionale (Attuale)	SPECIALISTA AMBULATORIALE ABC SALERNO		
Progressi incarichi (Massimo tre)	/		
Ordine professionale	MEDICI E ODONTOIATRI		
Numero iscrizione ordine	SA 10787		
Onorificenze	/		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

05/02/2026

Firma

Roberto Vignapiano

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	PASQUALE RUFFOLO		
Indirizzo	VIA F. PETRARCA n. 20 - NAPOLI		
Telefono	3470859005		
Codice fiscale	RFFPQL52N18F839C		
Mail	mino.ruffolo100@gmail.com		
Pec	pasquale.ruffolo.2la9@na.omceo		
Ruolo (barrare)	Dipendente	Convenzionato	Libero Professionista <input checked="" type="checkbox"/>
Data di nascita	18.06.1952 NAPOLI		
Laurea	MEDICINA E CHIRURGIA		
Specializzazione	CHIRURGIA ONCOLOGICA - ENDOCRINOCHIRURGIA CHIRURGIA TORACO-PULMONARE		
Master			
Incarico professionale (Attuale)	LIBERO PROFESSIONISTA		
Pregressi incarichi (Massimo tre)	DIRETTORE MEDICO SENILOGIA - TESTA-COLLO RESPONSABILE CHIRURGIA TORACO-PULMONARE		
Ordine professionale	NAPOLI		
Numero iscrizione ordine	16796		
Onorificenze			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data 29/01/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	Raffaele D'Arco		
<b>Indirizzo</b>	Via C. Marano 18, Castellammare di Stabia, (NA)		
<b>Telefono</b>	3337686127		
<b>Codice fiscale</b>	DRCRFL54E12C129X		
<b>Mail</b>	dottore@raffaeledarco.it		
<b>Pec</b>	raffaele.darco@pec.it		
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b>	<b>Convenzionato</b>	<b>Libero Professionista</b> X
<b>Data di nascita</b>	12/05/1954		
<b>Laurea</b>	29/10/1979		
<b>Specializzazione</b>	Diabetologia e Malattie del Ricambio		
<b>Master</b>			
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)			
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	Medicina Generale		
<b>Ordine professionale</b>	Napoli		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	15820		
<b>Onorificenze</b>			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data 25/01/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	dora caputo		
<b>Indirizzo</b>	Dante Alighieri ,47 84077 Torre Orsaia Salerno Italia		
<b>Telefono</b>	3474864498		
<b>Codice fiscale</b>	CPTDRO71E66L274J		
<b>Mail</b>	radora71@gmail.com		
<b>Pec</b>	dora.caputo@pec.opisalerno.it		
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b>	<b>Convenzionato</b>	<b>Libero Professionista</b> X
<b>Data di nascita</b>	26/05/1971		
<b>Laurea</b>	Infermieristica		
<b>Specializzazione</b>			
<b>Master</b>	Coordinamento		
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	Infermiere		
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	Coordinamento		
<b>Ordine professionale</b>	Opisalerno		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	3413		
<b>Onorificenze</b>			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

03/02/2026

Firma

Dora Caputo

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	Marco Evangelista		
<b>Indirizzo</b>	Via Fragnito 60		
<b>Telefono</b>	3312049849		
<b>Codice fiscale</b>	VNGMRC86L22H892G		
<b>Mail</b>	doc.evangelista@gmail.com		
<b>Pec</b>	marco.evangelista.gwlq@na.omceo.it		
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Dipendente</b> X	<b>Convenzionato</b>	<b>Libero Professionista</b>
<b>Data di nascita</b>	22-07-1986		
<b>Laurea</b>	Medicina e Chirurgia		
<b>Specializzazione</b>	Medicina Interna		
<b>Master</b>	Cardiologia pediatrica		
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	Dirigente medico AORN Ospedali dei colli - Monaldi		
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	Napoli		
<b>Ordine professionale</b>	34964		
<b>Numero iscrizione ordine</b>			
<b>Onorificenze</b>			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

3.2.2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	GINEVRA LEO		
Indirizzo	VICOLO CAVOUR n°6, SIANO (SA)		
Telefono	349 1156027		
Codice fiscale	LEOVR91R67F912H		
Mail	ginevra.leo@gmail.com		
Pec	ginevra.leo@pec.ordinemedici <del>sa</del> saerno.it		
Ruolo (barrare)	<input checked="" type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	27/10/1991		
Laurea	MEDICINA E CHIRURGIA		
Specializzazione	MEDICINA INTERNA		
Master			
Incarico professionale (Attuale)	DIRIGENTE MEDICO, MEDICINA INTERNA P.O. SARNO		
Pregressi incarichi (Massimo tre)	DIRIGENTE MEDICO IN PS A.O.U. RUGGERI dal 1/07/2021 al 2/09/2023		
Ordine professionale	ORDINE MEDICI SARNO		
Numero iscrizione ordine	01112		
Onorificenze	/		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

4/02/2026

Firma

Ginevra Leo

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	ILARIA LA MURA		
Indirizzo	VIA RENATO RAIOLA n° 61		
Telefono	3290210010		
Codice fiscale	LNRRLR186C44C129P		
Mail	ildmura.ilaria@hotmail.it		
Pec	ildavidlamura@psypcc.it		
Ruolo (barrare)	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	4/3/1986		
Laurea	PSICOLOGIA		
Specializzazione	PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE		
Master	PSICOLOGIA DELLO SPORT - DIDATTICA DELL'INSEGNAMENTO: BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI		
Incarico professionale (Attuale)			
Pregressi incarichi (Massimo tre)			
Ordine professionale	PSICOLOGI CAMPANIA		
Numero iscrizione ordine	7303		
Onorificenze			

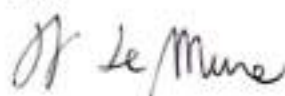
"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

3/2/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	Carmela Melillo		
<b>Indirizzo</b>	Via Cavalcavia Prete Trav. A. Vivaldi n° 1 - Scafati		
<b>Telefono</b>	3348046545		
<b>Codice fiscale</b>	MLLCML94A49F839H		
<b>Mail</b>	carmenmelillo065@gmail.com		
<b>Pec</b>	c_melillo@psypec.it		
<b>Ruolo</b> (barrare)	Dipendente	Convenzionato	Libero <del>Professionista</del>
<b>Data di nascita</b>	09/01/1994		
<b>Laurea</b>	Psicologia Clinica e della salute		
<b>Specializzazione</b>			
<b>Master</b>	Psicologia Giuridica, Medicina Legale e valutazione del danno		
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	Docente, psicologo clinico		
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	Docente, Tutor universitario		
<b>Ordine professionale</b>	Ordine degli Psicologi della Regione Campania- Napoli		
<b>Numero iscrizione ordine</b>	9428		
<b>Onorificenze</b>			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

25/01/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

<b>Nome e cognome</b>	RAFFAELE POLICHETTI
<b>Indirizzo</b>	VIA ROMA 28 – NOCERA INFERIORE – 84014 SALERNO
<b>Telefono</b>	330842069
<b>Codice fiscale</b>	PLCRFL53P14H431E
<b>Mail</b>	rafaelsuperior@libero.it
<b>Pec</b>	
<b>Ruolo</b> (barrare)	<b>Libero Professionista</b>
<b>Data di nascita</b>	14/09/1953
<b>Laurea</b>	MEDICINA E CHIRURGIA
<b>Specializzazione</b>	CHIRURGIA VASCOLARE E CHIRURGIA GENERALE
<b>Master</b>	
<b>Incarico professionale</b> (Attuale)	LIBERO PROFESSIONISTA
<b>Pregressi incarichi</b> (Massimo tre)	DOCENTE DI CHIRURGIA VASCOLARE UNIVERSITA' LA SAPIENZA
<b>Ordine professionale</b>	SALERNO
<b>Numero iscrizione ordine</b>	3745
<b>Onorificenze</b>	

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

Firma

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

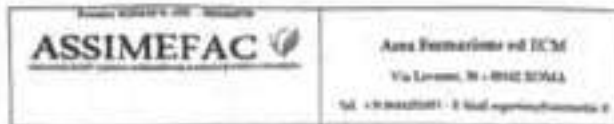
Nome e cognome	GIOVANNI BATTISTA ROSSI		
Indirizzo	VIA CIRCUVALLAZIONE 44-40059 TORRE DEL GRECO		
Telefono	+39 328 61 20490		
Codice fiscale	RSSGNN54L28L259F		
Mail	GIOROSSI2807@GMAIL.COM		
Pec	GIOVANNIBATTISTA.ROSSI@CERENA.OMCEO.IT		
Ruolo (barrare)	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Libero Professionista</u>
Data di nascita	28/07/1956		
Laurea	MEDICINA E CHIRURGIA		
Specializzazione	CHIRURGIA ONCOLOGICA		
Master			
Incarico professionale (Attuale)	IN QUIESCENZA		
Pregressi incarichi (Massimo tre)	DIRIG. GASTROENTEROLOGIA IST. PASCALE (NAPOLI)		
Ordine professionale	MEDICI		
Numero iscrizione ordine	15113		
Onorificenze	C.A.V. GR. CROCE ORDINE SANTO SEPOLCRO		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data  
26/1/2026

Firma  
Giovanni Battista Rossi



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)


Nome e cognome	MICHELA SANABRO		
Indirizzo	Via SAN - ' ANTONIO, 36 GUARDIA SANFRANCESCO (BN)		
Telefono	338 1867979 6		
Codice fiscale	SRC MHL90P62E525J		
Mail	MICHELSANABRO@GMAIL.COM		
Pec	MICHELSANABRO@OKEEONOMAPEC.IT		
Ruolo (barrare)	<input checked="" type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	22/09/1990		
Laurea	MEDICINA E ODONTOLOGIA		
Specializzazione	ONTOLOGIA E TRAUMATOLOGIA		
Master	-		
Incarico professionale (Attuale)	DIPENDENTE MEDICO		
Pregressi incarichi (Massimo tre)	-		
Ordine professionale	ORDINE DEI MEDICI DI ROMA		
Numero iscrizione ordine	RM 62286		
Onorificenze	-		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

26/1/2026

Firma  


## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	LILIANA NAPPÌ		
Indirizzo	VIA LUIGI STURTO N°8 SCAFATI		
Telefono	3476729583		
Codice fiscale	NAPP LLN86 H65L 845 S		
Mail	LILIANA.NAPPI@LIVE.IT		
Pec	LILIANA.NAPPI@PEC.ORDINEMEDICISALERNO.IT		
Ruolo (barrare)	Dipendente	Convenzionato	Libero Professionista
		X	X
Data di nascita	25/06/1986		
Laurea	MEDICINA E CHIRURGIA		
Specializzazione	ALLERGIOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA		
Master	ALLERGIOLOGIA PEDIATRICA / CITOLOGIA NABAC - I° e II° LIVELLO		
Incarico professionale (Attuale)	SPERCIUSTA AMBULATORIALE ASC NA 35UD ecc		
Pregressi incarichi (Massimo tre)	/		
Ordine professionale	ORDINE MEDICI SALERNO		
Numero iscrizione ordine	SA 10157		
Onorificenze	/		

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

04/02/2026

Firma

Liliana Nappi

## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	Domenico Sorrentino		
Indirizzo	VIA DON ANGELO 44 SCAFATI		
Telefono	3889942840		
Codice fiscale	SRRDNC81E15I483H		
Mail	domenicosorrentino@hotmail.it		
Pec			
Ruolo (barrare)	Dipendente	Convenzionato x	Libero Professionista
Data di nascita	15.05.1981		
Laurea	medicina e chirurgia		
Specializzazione	urologia		
Master	uroginecologia, urologia robotica, andrologia		
Incarico professionale (Attuale)	specialista ambulatoriale DS 61 e 71		
Pregressi incarichi (Massimo tre)			
Ordine professionale	Ordine dei medici di Salerno		
Numero iscrizione ordine	9353		
Onorificenze			

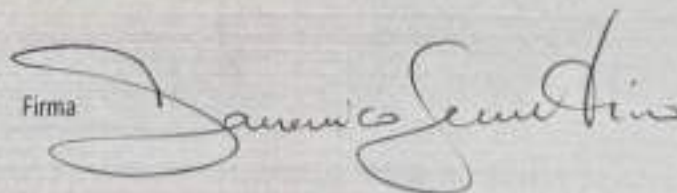
"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data

04/02/2026

Firma



## CV SINOTTICO PER ACCREDITAMENTO EVENTI

(COMPILARE E SALVARE IN PDF)

Nome e cognome	MARIATERESA VEROPALUMBO		
Indirizzo	VIA PANORAMICA N° 33, POSCOREALE (NA)		
Telefono	339 45 78 104		
Codice fiscale	VRPHTR92D60H931L		
Mail	mariteresa.psy@gmail.com		
PEC	mariteresa.veropalumbo@psypec.it		
Ruolo (barrare)	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato	<input checked="" type="checkbox"/> Libero Professionista
Data di nascita	20/04/1992		
Laurea	PSICOLOGIA		
Specializzazione	PSICOTERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTALE		
Master			
Incarico professionale (Attuale)			
Pregressi incarichi (Massimo tre)			
Ordine professionale	REGIONE CAMPANIA		
Numero iscrizione ordine	8003/2018		
Onorificenze			

"Il sottoscritto, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara la veridicità delle informazioni contenute nel presente curriculum.

Autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/03 e della normativa vigente in materia, esclusivamente ai fini degli adempimenti necessari per la corretta registrazione di eventi formativi validi ai fini del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina."

Data 03-02-2026

Firma

