

**COMPILARE E  
TRASMETTERE  
ESCLUSIVAMENTE IN  
FORMATO DIGITALE**

**RIUNIONE  
POLICENTRICA  
IN EPILETTOLOGIA  
2022**

## **Riunione Policentrica in Epilettologia**

*Roma, 27-28 gennaio 2022*

### **Informazioni sulla compilazione e l'invio degli Abstract**

I contributi scientifici dovranno essere redatti esclusivamente tramite il sito web dedicato improrogabilmente entro e non oltre il **5 novembre 2021**.

**Non è permesso che la stessa persona compaia come primo autore in più di un contributo originale.**

<b>Topics 2022</b>	Saranno accettati un massimo di 40 casi. Indicare la categoria relativa all'argomento del contributo scientifico: - EPILETTOLOGIA DELL'ETÀ ADULTA - EPILETTOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA - GENETICA - NEUROCHIRURGIA
<b>Deadline abstract</b>	<b>5 novembre 2021</b>
<b>Invio</b>	Gli abstract potranno essere inviati solamente via internet compilando il form online
<b>Problemi</b>	Per qualsiasi problematica relativa all'invio dell'abstract inviare una e-mail al seguente indirizzo <a href="mailto:lice.informa@ptsroma.it">lice.informa@ptsroma.it</a> oppure contattare il numero 06 85355590 int. 211
<b>File</b>	Il lavoro dovrà essere impaginato su un file <b>.doc</b> (documento word)
<b>Codice (PIN)</b>	A conferma dell'invio del lavoro verrà indicato un codice di riferimento che vi consigliamo di annotare per eventuali comunicazioni o modifiche
<b>Specifiche del file .doc (obbligatorio l'utilizzo dell'apposito template)</b>	
<b>Lingua</b>	<b>Italiano</b>
<b>Formato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il lavoro deve essere impaginato nel formato A4 in un file <b>.doc</b> (documento word)</li><li>• Lunghezza non superiore ad 1 pagina</li><li>• Il form permette l'invio di un solo documento (file)</li><li>• Il documento non deve superare 1024 kb (1 MB)</li></ul> <p><u>N.B. :se le dimensioni del file superassero i 1024 KB (1 MB) il lavoro potrebbe non arrivare</u></p>
<b>Intestazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il titolo deve essere scritto in corsivo, carattere Georgia, dimensione 13</li><li>• Per ogni autore va riportato l'Iniziale del nome ed il Cognome per esteso (Georgia, 10, corsivo)</li><li>• Per ogni autore va indicato l'istituto di provenienza, sezione di ... / clinica di..., dipartimento di ..., università/ospedale, città (Georgia, 10, corsivo)</li></ul>
<b>Corpo</b>	Il testo deve avere le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"><li>• deve essere così strutturato: <b>Caso clinico singolo (non sono ammesse casistiche)</b> <b>Presentazione sintetica</b></li></ul>

	<p><b>È OBBLIGATORIO seguire pedissequamente le indicazioni riportate nella check-list allegata (per caso non chirurgico oppure per caso chirurgico)</b></p> <p>tipo di carattere Georgia, dimensione 10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deve contenere <b>max 250 parole (escluso titolo, autori, affiliazioni e bibliografia)</b></li> <li>• interlinea 1,5 – spaziatura prima e dopo: 6pt</li> <li>• nessuna linea vuota tra i paragrafi</li> </ul>
<b>Presentazione</b>	Esclusivamente comunicazione orale
<p><b>Ai fini dell'accreditamento ECM, tutti i presentatori di casi clinici (inclusi medici in formazione specialistica e tutti coloro che non sono interessati ad ottenere i crediti formativi) sono tenuti a trasmettere contestualmente all'abstract la seguente documentazione</b></p> <p><b>ATTENZIONE: GLI ABSTRACT PRIVI DI TALE DOCUMENTAZIONE NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE</b></p>	
<b>Curriculum vitae</b>	in formato europeo, datato e firmato in originale o con firma digitale ( <b>vedi Allegato 1</b> ) – inviare a mezzo email: <a href="mailto:lice.informa@ptsroma.it">lice.informa@ptsroma.it</a> o fax 0685356060
<b>Autocertificazione per il Conflitto di Interesse</b>	datata e firmata in originale o con firma digitale ( <b>vedi Allegato 2</b> ) – inviare a mezzo email: <a href="mailto:lice.informa@ptsroma.it">lice.informa@ptsroma.it</a> o fax 0685356060
<b>Sintesi Casi Clinici</b>	Compilare l'apposita tabella ( <b>vedi Allegato 3</b> ) – inviare <b>esclusivamente</b> a mezzo email: <a href="mailto:lice.informa@ptsroma.it">lice.informa@ptsroma.it</a> come file .doc (documento word) - <b>NO FOTO/IMMAGINE O PDF</b>
<b>Progetto Giovani (PG)</b>	
<b>Progetto Giovani</b>	<p>La LICE promuove e incoraggia la partecipazione di giovani medici al Policentrico offrendo 40 soggiorni gratuiti (<i>1 notte in camera doppia con altro collega vincitore del PG</i>), a colleghi di <b>età compresa entro i 35 anni (alla data del 27 gennaio 2022)</b>. L'essere iscritto alla LICE e presentare un caso clinico al Policentrico costituiranno titolo preferenziale nel caso in cui le domande superino i posti a disposizione.</p> <p>Le domande verranno prese in considerazione soltanto se i richiedenti faranno pervenire alla Segreteria, <b>entro il 30 novembre p.v.</b>, a mezzo email: <a href="mailto:lice.informa@ptsroma.it">lice.informa@ptsroma.it</a> o fax 0685356060, l'apposito modulo, debitamente compilato (<b>vedi Allegato 4</b>). <u>Non verranno prese in considerazione domande inviate ad altri indirizzi e-mail od oltre la scadenza.</u></p>

## Check-list presentazioni Policentrica CASI NON CHIRURGICI

N° ITEM	ITEM	DESCRIZIONE	RIGA/ PAGINA
1	Titolo e autori		
2	Abstract	a) Introduzione: motivo della presentazione (novità diagnostiche, particolarità cliniche, etc)	
		b) Presentazione del caso: Principali dati clinici Principali diagnosi e interventi terapeutici Principali outcome Conclusioni e quesiti aperti (necessari)	
3	Introduzione	Breve sintesi del caso clinico	
4	Informazioni sul paziente	a) Dati demografici (es. età, genere, etnia, occupazione)	
		b) Sintomatologia prevalente riportata dal paziente	
		c) Anamnesi fisiologica e patologica, familiare e psicosociale, incluso: informazioni genetiche e dettagli su rilevanti comorbidità, precedenti interventi terapeutici e relativi outcome	
5	Timeline	Illustrare con 1 figura date e tempistiche rilevanti del caso clinico	
6	Valutazione diagnostica	a) esame obiettivo, test di laboratorio, di imaging	
		b) EEG (a pagina intera su 1 diapositiva, leggibili le derivazioni)	
		c) Ragionamento diagnostico, incluse le diagnosi differenziali	
		d) Variabili prognostiche se applicabili	
7	Interventi terapeutici	a) Tipologie di intervento: farmacologico, preventivo, self-care Modalità di somministrazione (es. dose, strength, durata) Variazioni terapeutiche (e loro razionale)	
8	Follow up e outcome	a) Sintetizzare il decorso clinico dalle visite di follow up, compresi Outcome soggettivi e oggettivi Risultati positivi o negativi dei test diagnostici rilevanti eseguiti durante il follow up Compliance e tollerabilità al trattamento (e loro modalità di valutazione) Eventi avversi o imprevisti	
9	Discussione	a) Punti di forza e di debolezza nella gestione del caso clinico b) Fonti bibliografiche rilevanti (massimo 3) c) Razionale delle conclusioni (incluse le valutazioni di causa ed effetto) d) Quesiti da rivolgere agli esperti (1-3, indispensabili) SE ASSENTI il caso non viene accettato	

**Check-list presentazioni Policentrica CASI CHIRURGICI**

N° ITEM	ITEM	DESCRIZIONE	RIGA/ PAGINA
1	Titolo e autori	<b>Pz operato / Pz non operato. Definire correlazioni anatomico-elettro-cliniche</b>	
2	Parole chiave	Elementi principali del caso clinico, in 2-5 parole	
3	Abstract	a) Introduzione: motivo della presentazione (novità diagnostiche, particolarità cliniche, tecniche chirurgiche)	
		b) Presentazione del caso: Principali dati clinici Principali diagnosi e interventi terapeutici Principali outcome e ipotesi se negativo Conclusioni e quesiti aperti (necessari)	
4	Introduzione	Breve sintesi del caso clinico	
5	Informazioni sul paziente	a) Dati demografici (es. età, genere, etnia, occupazione)	
		b) Sintomatologia prevalente riportata dal paziente, Semiologia esordio e attuale	
		c) Anamnesi fisiologica e patologica, familiare e psicosociale, incluso: Periodo perinatale, sviluppo, informazioni genetiche e dettagli su rilevanti comorbidità, precedenti interventi terapeutici e relativi outcome	
6	Timeline	Illustrare con 1 figura date e tempistiche rilevanti del caso clinico	
7	Valutazione diagnostica	a) esame obiettivo, test di laboratorio, di imaging, neuropsicologia	
		b) EEG (a pagina intera su 1 diapositiva, leggibili le derivazioni)	
		c) Ragionamento diagnostico, incluse le diagnosi differenziali e le possibili terapie chirurgiche o non	
		d) Variabili prognostiche se applicabili	
8	Interventi terapeutici	a) Tipologie di intervento: indagini ulteriori, indagini invasive, chirurgia curativa o palliativa, esclusione dalla chirurgia b) Deficit attesi	
9	Follow up e outcome	a) Sintetizzare il decorso clinico dalle visite di follow up, compresi Outcome chirurgico e cognitivo Istologia Indagini genetiche su tessuto RM ed EEG Eventi avversi o imprevisti	
10	Discussione	a) Punti di forza e di debolezza nella gestione del caso clinico b) Fonti bibliografiche rilevanti (massimo 3) c) Razionale delle conclusioni (incluse le valutazioni di causa ed effetto) d) Quesiti da rivolgere agli esperti (1-3, indispensabili) SE ASSENTI il caso non viene accettato	



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Nome(i) / Cognome(i) **Nome(i) Cognome(i)** Facoltativo (v. istruzioni)  
 Indirizzo(i) Numero civico, via, codice postale, città, nazione. Facoltativo (v. istruzioni)  
 Telefono(i) Facoltativo (v. istruzioni) Cellulare: Facoltativo (v. istruzioni)  
 E-mail Facoltativo (v. istruzioni)  
 Cittadinanza Facoltativo (v. istruzioni)  
 Data di nascita Facoltativo (v. istruzioni)  
 Sesso Facoltativo (v. istruzioni)

### Occupazione desiderata/Settore professionale

**Facoltativo (v. istruzioni)**

### Esperienza professionale

Date Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto. Facoltativo (v. istruzioni)  
 Lavoro o posizione ricoperti  
 Principali attività e responsabilità  
 Nome e indirizzo del datore di lavoro  
 Tipo di attività o settore

### Istruzione e formazione

Date Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso frequentato con successo. Facoltativo (v. istruzioni)  
 Titolo della qualifica rilasciata  
 Principali tematiche/competenze professionali possedute  
 Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione  
 Livello nella classificazione nazionale o internazionale Facoltativo (v. istruzioni)

### Capacità e competenze personali

Madrelingua(e) **Precisare madrelingua(e)**

Altra(e) lingua(e)

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

**Lingua**

**Lingua**

Comprensione		Parlato		Scritto	
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale		

Capacità e competenze sociali Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)

Capacità e competenze organizzative	Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
Capacità e competenze tecniche	Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
Capacità e competenze informatiche	Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
Capacità e competenze artistiche	Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
Altre capacità e competenze	Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. (facoltativo, v. istruzioni)
Patente	Indicare la(e) patente(i) di cui siete titolari precisandone la categoria. (facoltativo, v. istruzioni)
<b>Ulteriori informazioni</b>	Inserire qui ogni altra informazione utile, ad esempio persone di riferimento, referenze, ecc. (facoltativo, v. istruzioni)
<b>Allegati</b>	Enumerare gli allegati al CV. (facoltativo, v. istruzioni)
<b>Firma</b>	Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".

**AUTOCERTIFICAZIONE DI DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI**

NOME		COGNOME	
INDIRIZZO		CAP	CITTA'
TEL.	N° CELL.		
E-MAIL			
LUOGO		DATA DI NASCITA	

CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_ DISCIPLINA \_\_\_\_\_

ATTIVITÀ PROFESSIONALE:  LIBERO PROFESSIONISTA  DIPENDENTE  CONVENZIONATO

Ai sensi dell'art. 76, comma 4, dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, i docenti, moderatori, relatori, formatori, tutor sono tenuti a sottoscrivere una dichiarazione avente ad oggetto l'esistenza di rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario, intrattenuti nei due anni precedenti all'evento, o l'insussistenza di tali rapporti. La dichiarazione deve essere consegnata al provider, il quale provvede a conservarla e a renderla disponibile presso la sede legale per almeno 5 anni.

A seguito del "Regolamento dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5.11.2009 e per l'accreditamento", approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua il 13.01.2010, dell'Accordo Stato-Regioni del 19.04.2012 e di tutta la normativa applicabile in materia di Educazione Continua in Medicina, in qualità di Provider desideriamo segnalarVi il rispetto delle seguenti regole:

- Rispetto dei tempi previsti da programma scientifico;
- Comunicazione alla platea, prima di iniziare la propria relazione, di eventuali conflitti di interesse in campo sanitario;
- Astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare in qualsivoglia modo o forma, la denominazione commerciale di farmaci e non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici ecc.);
- Si potrà ringraziare lo/gli sponsor solo prima dell'apertura ufficiale o alla conclusione dei lavori scientifici, ribadendo l'eventuale conflitto di interesse

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d. l. 269/2003 convertito in legge 25 novembre 2003, n.326 e ai sensi dell'art. dell'art. 3.3 sul Conflitto d'Interessi, pag. 18-19 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012

IN QUALITÀ DI

RESP. SCIENTIFICO  MODERATORE  RELATORE  TUTOR  DOCENTE

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**  
 PER L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO  
**RIUNIONE POLICENTRICA IN EPILETTOLOGIA**  
 che si terrà a  
**Roma il 27-28 gennaio 2022**

assenza di conflitto di interessi  
 che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa in base Regolamento sulla Protezione dei dati GDPR (2016/679)**

Firmando la presente scheda Lei ci autorizza a trattare i Suoi dati personali nel rispetto del Regolamento EU 2016/679. Ai sensi del suddetto decreto, i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente dalla PTS s.r.l., si precisa che l'informativa sul trattamento dei dati personali deve contenere tra le finalità, l'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM, tra cui la pubblicazione dei curricula dei docenti e dei responsabili scientifici nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti e dei docenti".

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SINTESI CASO CLINICO**

**COMPILARE E TRASMETTERE ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO WORD (no pdf/no foto)**  
**non** saranno accettate schede compilate a mano e/o trasmesse a mezzo fax

**(max 10 righe per colonna)**

Iniziali del paziente	Fascia d'età (pediatrica o adulta)	Sesso	Storia Clinica	Strategia terapeutica* <b>NO NOMI COMMERCIALI</b> <b>NO SIGLE/ACROMIMI</b>
<b>NOME DEL PRESENTATORE:</b>				

***\* si ricorda che in ottemperanza alla normativa ECM ed AIFA non è consentito menzionare il nome commerciale dei prodotti farmaceutici pertanto si invita ad utilizzare esclusivamente il nome della molecola – è altresì vietato l'utilizzo di acronimi***

COMPILARE ESCLUSIVAMENTE  
IN STAMPATELLO

**RIUNIONE POLICENTRICA IN EPILETTOLOGIA**  
**Roma, 27-28 gennaio 2022**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,

Specializzazione \_\_\_\_\_,

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_,

**richiede di partecipare al PROGETTO GIOVANI\***

*\* La LICE promuove e incoraggia la partecipazione di giovani medici al Policentrico offrendo 40 soggiorni gratuiti (1 notte in camera doppia con altro collega vincitore del PG), colleghi di **età inferiore ai 36 anni (il candidato non dovrà aver compiuto ancora 36 anni il giorno dell'inizio del Policentrico)**. L'essere iscritto alla LICE e presentare un caso clinico al Policentrico 2022 (deadline invio abstract: 5 novembre 2021) costituiranno titolo preferenziale nel caso in cui le domande superino i posti a disposizione.*

**DEADLINE PER LA SOTTOMISSIONE DEL PROGETTO GIOVANI: 30 NOVEMBRE 2021**

Consenso all'utilizzo dei propri dati personali (ai sensi Art. 10 della L.675/96 e seguenti):

Nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, a tutela della privacy, si rende noto che i dati personali in possesso della LICE sono raccolti per l'esclusivo perseguimento dei fini istituzionali della Società. I dati raccolti (cartacei e/o informazioni) possono essere utilizzati a fini scientifici e/o per informazioni presso altre Società Scientifiche, ed inoltre essere inserite nel sito istituzionale [www.lice.it](http://www.lice.it)

In considerazione del GDPR 2016/679 il sottoscritto:

acconsente

non acconsente

all'utilizzo dei propri dati personali da parte della LICE.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE I DATI RIPORTATI NEL PRESENTE MODULO SONO CORRETTI. PENA L'ESCLUSIONE DELLA CANDIDATURA**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_