



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Sede del Master

Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
e Maxillo Facciali
"Sapienza" Università di Roma
Via Caserta, 6 - 00161 Roma

Bando

www.uniroma1.it/didattica/master/2015/chirurgia-orale-1

Info Iscrizioni

Prof. Alberto De Biase
alberto.debiase@uniroma1.it

Prof. Andrea Cicconetti
andrea.cicconetti@uniroma1.it
06.49976601

Segreteria organizzativa
Dott.ssa Larenzia Orazi
larenzia.orazi@uniroma1.it
06.49976626

Segreteria Didattica
Sig.ra Patrizia Passacantilli
patrizia.passacantilli@uniroma1.it
06.49978141



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Sapienza - Università' di Roma
Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
e Maxillo Facciali
Via Caserta, 6 - 00161 Roma

Master di II Livello

Chirurgia Orale

Direttore
Prof. Alberto De Biase

Dir. Scientifico
Prof. Andrea Cicconetti

La partecipazione al Master
rilascerà n. 60 C.F.U.
ed esenterà dall'acquisizione dei
crediti E.C.M. per l'intero anno 2016

Anno Accademico 2015-2016

Obiettivi del Master

Il Master annuale di Area Odontoiatrica in Chirurgia Orale ha lo scopo di rispondere ad esigenze culturali e professionali in termini di diagnosi, prevenzione e riabilitazione del cavo orale. Il Master costituisce un'ulteriore possibilità di aggiornamento scientifico e di addestramento clinico nell'ambito della chirurgia orale con l'obiettivo di formare dei sanitari competenti ed autonomi nell'espletamento delle diverse tecniche chirurgiche.

Ordinamento didattico

Il corso è costituito da:

- **Sessioni Teoriche:** Lezioni frontali tenute da Docenti afferenti all'Università "Sapienza" nonché Docenti provenienti dal mondo accademico Nazionale e dal contesto libero-professionale.
- **Sessioni Cliniche:** Frequenze presso l'ambulatorio della UOC di Chirurgia Orale, divisi in piccoli gruppi. Tale sessione prevede preparazione del caso, pianificazione del trattamento e discussione degli interventi eseguiti. Gli studenti, inoltre, potranno periodicamente assistere a interventi in sala operatoria.
- **Sessioni Pratiche:** Esercitazione su tecniche diagnostiche e terapeutiche su tessuti animali e modelli didattici.

Argomenti

- Anatomia chirurgica del cavo orale
- Ergonomia e strumentario chirurgico
- Pazienti a rischio
- Anestesiologia in Chirurgia Orale
- Elementi di implantologia
- Chirurgia piezoelettrica
- Lesioni epiteliali potenzialmente maligne
- Tumori odontogeni
- Elementi di Radiologia

- Carcinoma del cavo orale
- Lembi e suture
- Chirurgia del terzo molare
- Chirurgia endodontica
- Chirurgia laser
- Chirurgia delle cisti e delle neoformazioni del cavo orale
- Tecniche biotiche del cavo orale
- Flogosi odontogene e comunicazioni oro-antrali
- Fisiopatologia del seno mascellare
- Chirurgia preimplantare, rialzo del seno mascellare
- Medicina legale: discussione di casi clinici
- Sistematiche implantari: presentazione di alcune metodiche implantari
- Discussione della tesi e conferimento del Master in Chirurgia Orale

Modalità di partecipazione

Sono ammessi al Master i Laureati in Medicina e Chirurgia e i Laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Sono ammessi a frequentare il Master un numero limitato di iscritti. Nel caso in cui le domande superino il numero di posti disponibili sarà formulata una graduatoria di merito in base ad una valutazione comparativa dei titoli presentati dal candidato, valutazione che sarà effettuata dai membri del consiglio Didattico Scientifico.

Se il numero di domande è inferiore al numero massimo di iscritti non sarà fatta selezione.

La quota di iscrizione al Master è di € 4.000,00.

Quota di Iscrizione

L'iscrizione al Master è regolata dal bando pubblicato sul sito:

www.uniroma1.it/didattica/master/2015/chirurgia-orale-1

MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

MASTER II LIVELLO "Chirurgia Orale"

a.a. 2015/2016

da inviare entro il 16/01/2016 via fax al numero:06/49976626
Oppure via mail al seguente indirizzo: alberto.debiase@uniroma1.it

LA SOLA COMPILAZIONE DEL MODULO NON HA VALIDITÀ AI FINI DELL'ISCRIZIONE
L'ISCRIZIONE È SUBORDINATA ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA, COME DA BANDO

SI PREGA SCRIVERE IN STAMPATELLO E DI COMPILARE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE

Il/La sottoscritto/a.....

Qualifica.....

Titolo di studio.....

Nato/a a

Cod. Fisc.....

Residente a

Via.....

Città.....CAP.....Prov.....

Tel.....Cell.....

Fax.....

Email.....

Chiede la pre-iscrizione al **MASTER II LIVELLO** in "**Chirurgia Orale**".
Dichiara di possedere i titoli di studio sopra elencati e di impegnarsi a frequentare il Master secondo le modalità prefissate.

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del d. lgs 196/2003 sul Trattamento dei Dati personali ed in particolare degli artt. 4, 13, 21, 23, 24, 27, 37, 43, 44, 45, e 137, autorizzo, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma _____

Data _____