

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale delle Professioni
Sanitarie e delle Risorse Umane del
Servizio Sanitario Nazionale

PEC: dgrups@postacert.sanita.it

Resp. Proced.: - Dr.ssa C. D'Addio

Resp. Istrutt.: - Dr.ssa M. E. Pinto

p.c. OMCeO CATANIA

OGGETTO: Regolamento
Registro Medicina estetica_
OMCeO Catania -
trasmissione ex art. 35
D.P.R. n. 221/1950.

Si trasmette, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 35 del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, copia del "**Regolamento Registro Medicina estetica**", deliberato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Catania con delibera n. 77 del 7 dicembre 2022 e approvato dal Comitato Centrale di questa Federazione con delibera n. 438 del 15 dicembre 2022 di cui si allega copia.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Filippo Anelli

All.ti

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs. 82/2005



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

IL VALORE DEL REGISTRO

Sulla scia di quanto già formalmente redatto negli anni da numerosi Ordini, l'OMCeO di Catania ha maturato l'esigenza e necessità di istituire un Registro specifico destinato a tutti coloro i quali, iscritti in via esclusiva all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Catania, vogliano praticare la Medicina ad Indirizzo Estetico, nei limiti di propria competenza previsti dalla legge. Il Registro è suddiviso in due sezioni per competenza (Sezione Medici Chirurghi e Sezione Odontoiatri)

La Medicina Estetica, infatti, costituisce un capitolo della Medicina tradizionale in seno alla quale confluiscono branche di settore, caratterizzate dalla multidisciplinarietà, il cui fine è quello di curare l'estetica ed il benessere psicofisico della persona.

Questo Registro, suddiviso in sezioni, consentirà all'Ordine di espletare le funzioni che gli competono nonché l'adozione degli atti formali conseguenziali, assicurando che le attività consentite ai professionisti specializzati si realizzino nel rispetto delle norme deontologiche di settore.

Per tale ragione, il Registro mira altresì ad acquisire le competenze formative maturate dai medici chirurghi e gli odontoiatri che operano nella branca della Medicina Estetica.

I requisiti richiesti al fine di legittimare l'inserimento dei professionisti in seno al Registro, potrebbero subire variazioni a seguito dell'entrata in vigore di novelle normative specialistiche e/o di comunicazioni che la Federazione Nazionale vorrà condividere.

Appare altresì opportuno evidenziare che l'inserimento in seno al Registro dei medici chirurghi e odontoiatri specialisti in Medicina Estetica rappresenta un elenco formale di soggetti titolari di particolari qualifiche che, in ogni caso, sono tenuti al rispetto capillare delle norme etiche della professione medica quale baluardo e monito cui ciascun sanitario deve ispirarsi nello svolgimento dell'attività professionale.



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI CATANIA**

Requisiti minimi necessari per la presentazione delle istanze di inserimento nel “Registro di Medicina Estetica e Rigenerativa dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania – Sezione Medici Chirurghi”:

- a) Aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia e aver ottenuto l’Abilitazione all’Esercizio della Professione medica;
- b) Essere in possesso di Specializzazione *Post Lauream* in Dermatologia o Chirurgia Plastica.

O, in alternativa:

b1) Aver conseguito il Diploma di Master Universitario di II Livello in Medicina Estetica con le seguenti caratteristiche:

- Durata biennale;
- Denominazione che specifichi l’esclusivo indirizzo in Medicina Estetica;
- Programma scientifico-didattico che includa le materie: Diagnostica, Clinica e Terapia in Medicina Estetica;
- Almeno 1500 ore di didattica totale ovvero 60 crediti formativi universitari;
- Almeno il 250 ore di lezioni pratiche di cui almeno 1/3 eseguito presso ambulatori del Master;
- Verifiche intermedia di apprendimento;
- Esame finale e discussione di un elaborato conclusivo/tesi;
- Frequenza obbligatoria del 75% (minimo) delle ore di didattica frontale;
- Certificazione UNI EN ISO 9001;

O, in alternativa:

b2) Aver conseguito un Diploma di formazione in Medicina Estetica della durata quadriennale, rilasciato da una Scuola privata con le seguenti caratteristiche:

- Almeno 800 ore di didattica nel quadriennio di Corso;
- Programma scientifico-didattico che includa le materie: Diagnostica, Clinica e Terapia in Medicina Estetica;
- Almeno il 30% di lezioni pratiche di cui 1/3 eseguito presso Ambulatori Ospedalieri e/o Studi medici di Scuole private accreditate.
- Esami da sostenere alla fine di ogni Anno di Corso con votazione espressa in trentesimi e con presenza di un rappresentante dell’Ordine all’esame finale;
- Discussione di una Tesi di tipo compilativo o sperimentale a completamento del Corso di Formazione;
- Obbligatorietà di frequenza almeno al 75% delle ore di didattica.
- Nell’ambito delle materie di insegnamento dovrà essere previsto l’approfondimento in materia di Codice Deontologico medico, con particolare riguardo al consenso informato e alla responsabilità specifica nella Medicina Estetica;
- Certificazione UNI EN ISO 9001:2000;

Oppure



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI CATANIA**

- c) Essere Direttore o Coordinatore didattico-scientifico di Master universitari (con i requisiti indicati) in Medicina Estetica di durata biennale o di Scuole di Formazione di Medicina Estetica (con requisiti indicati) di durata quadriennale, da almeno due anni;

Oppure

- d) Avere maturato esperienza certificata in Italia o all'Estero nel settore specifico della Medicina Estetica e Rigenerativa presso strutture pubbliche e/o private per un periodo non inferiore a 4 anni, operanti nel settore della:
- Chirurgia Platica;
 - Dermatologia;
 - Medicina estetica e riabilitativa;

Oppure

- e) Avere ricoperto il ruolo di Direttore Sanitario e/o scientifico, in Italia o all'Estero, con esperienza certificata, presso strutture specializzate in ambito estetico per un periodo non inferiore a 4 anni;

Oppure

- f) Essere Docente in Master biennali universitari in Medicina Estetica (con i requisiti indicati) o in Scuole di Formazione quadriennali di Medicina Estetica (con i requisiti indicati) da almeno 3 anni in almeno uno degli argomenti sotto elencati:

1. Metodologie diagnostiche in Medicina Estetica;
2. Invecchiamento Cutaneo;
3. Invecchiamento Generale;
4. Principi di Alimentazione;
5. Gestione del Sovrappeso;
6. Flebologia Estetica;
7. Disarmonie della figura;
8. Laser in Medicina Estetica.



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI CATANIA**

Requisiti per la presentazione dell'istanza di iscrizione al "Registro di Esperti in Terapie Odontoiatriche con Finalità Estetiche del Viso nelle Pertinenti Aree di Competenza – Sezione Odontoiatri":

- a) Aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e aver ottenuto l'Abilitazione all'Esercizio della Professione Odontoiatrica;
- b) Aver conseguito il Diploma di Master Universitario di II Livello in Medicina/Terapie Estetiche del Viso;

O, in alternativa:

b1) Aver conseguito un Diploma di formazione in Medicina Estetica rilasciato da una Scuola privata, di durata biennale, avente requisiti simili a quelli previsti per le scuole private quadriennali di Medicina Estetica.

Oppure:

Aver frequentato Corsi Teorico-Pratici in Medicina Estetica organizzati da Società Scientifiche accreditate presso il Ministero della Salute

Oppure:

Aver coordinato Master di II Livello Universitario di Scuole di Formazione riconosciute, almeno biennali, in Medicina Estetica;

Oppure:

Aver maturato esperienza nel ruolo di Docente in materie relative alla Medicina Estetica in Master di II Livello, negli ultimi tre anni.



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI CATANIA**

Aggiornamento in ambito Medico ed Odontoiatrico

L'inserimento nel Registro di Medicina Estetica dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Catania sarà garantito solo ai sanitari che osservino precise regole in materia di aggiornamento professionale.

Pertanto, pena l'esclusione dall'inserimento in seno al Registro, sarà necessario documentare, con cadenza triennale, la partecipazione, alternativamente, a:

- almeno un Congresso Nazionale/Internazionale di Medicina Estetica della durata complessiva di almeno 24 ore ed una giornata di aggiornamento (corsi teorico-pratici) organizzata da un Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Italiano o da riconosciute società scientifiche nazionali in Medicina Estetica su argomenti tra quelli elencati in precedenza;
- almeno sei giornate di aggiornamento (corsi teorico-pratici) organizzate da un Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Italiano o da riconosciute società scientifiche nazionali in Medicina Estetica;
- essere titolare di docenza universitaria (vedi requisiti Master) o di scuola privata quadriennale (vedi requisiti) in almeno uno degli otto argomenti principali di Medicina Estetica.



ALL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI CATANIA

**SEZ. MEDICI CHIRURGHI
REGISTRO
MEDICINA ESTETICA E RIGENERATIVA**

Il sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a

_____ (prov. _____) il _____ residente in

_____ (prov. _____) Via _____ n. _____ C.A.P _____

Tel. _____ cell. _____ e mail _____

Laureato in Medicina e Chirurgia il _____ iscritto nell'Albo dei Medici-Chirurghi con

pos. n. _____ e con studio professionale in _____ Tel. _____

• **DICHIARA** (Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____

presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di

_____ in data _____ con voti _____

di aver conseguito il titolo di specializzazione in _____

presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di

_____ in data _____ con voti _____

- fa **DOMANDA** per essere iscritto nel **REGISTRO DI MEDICINA ESTETICA** istituito dal Consiglio Direttivo dell' Ordine, con *Delibera N. 67 del 30.06.2022.*

Al riguardo il sottoscritto **ALLEGA** la seguente **DOCUMENTAZIONE** (*in originale o copia fotostatica*):



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Catania**

- 1) N. _____ attestato/i relativo/i al CORSO di Medicina Estetica superato (*con indicazione: dell'obbligo di frequenza, degli anni di durata, del numero di lezioni teoriche, del numero di ore di lezioni pratiche, e del superamento, o meno, di un esame finale*).
- 2) N. _____ attestato/i di partecipazione a MASTER e/o CONGRESSI e/o CORSI di Perfezionamento in Medicina Estetica.
- 3) N. _____ attestato/i relativo a Corsi di Insegnamento eventualmente tenuti come docente in materie relative alla Medicina Estetica.
- 4) N. _____ attestato relativo alla Direzione o Coordinamento di Master biennali o di Scuole di Formazione quadriennali di Medicina Estetica.
- 5) N. _____ PUBBLICAZIONI nelle materie di Medicina Estetica.
- 6) N. _____ certificato/i relativo/i ad attività di Medicina Estetica resa/e presso STRUTTURE PUBBLICHE o PRIVATE con relativa durata.
- 7) dichiarazione - sostitutiva di atto notorio - relativa alla data dalla quale è titolare di studio medico con autorizzazione per l'attività di medicina estetica.

I seguenti altri DOCUMENTI attestanti l'eventuale effettuazione di ATTIVITÀ SCIENTIFICA:

TOTALE ALLEGATI N. _____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

- DOVRA' DOCUMENTARE PRESSO L'ORDINE L'AGGIORNAMENTO COME PREVISTO DAL REGISTRO DI MEDICINA ESTETICA E RIGENERATIVA - CONSULTABILE SUL SITO DELL'ORDINE www.ordinemedct.it AL SEGUENTE LINK <https://www.ordinemedct.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/>
- I DATI ACQUISITI, NEL RISPETTO DEL GDPR 679/2016 - NORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data _____

Firma _____

INVIO x POSTA (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)
ATTIVITA' DI MEDICINA ESTETICA**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, **DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

di esercitare l'attività di Medicina Estetica dal _____ presso:
- _____
- _____

Catania, _____

IL DICHIARANTE

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig. /Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE	
<input type="checkbox"/> APPROVATO	<input type="checkbox"/> NON APPROVATO



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Catania**

**ALL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI CATANIA**

**SEZ. ODONTOIATRI
REGISTRO ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE CON FINALITÀ
ESTETICHE DEL VISO NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA**

l sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____

(prov. _____) il _____ residente _____ n _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____

cell. _____ email _____

Laureato in Odontoiatria il _____ iscritto nell'Albo degli Odontoiatri con pos. n. _____

CHIEDE

di essere iscritto nel **REGISTRO ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE CON FINALITÀ ESTETICHE DEL VISO NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA** istituito dal Consiglio Direttivo dell' Ordine, con *Delibera N. 67 del 30.06.2022*.

Al riguardo _l_ sottoscritt_ **ALLEGA** la seguente **DOCUMENTAZIONE** (*in originale o copia fotostatica*):

1. N. _____ attestato/i di partecipazione a Master Universitario di II Livello _____ in Medicina/Terapie Estetiche del Viso.
2. N. _____ attestato/i relativo/i a Corsi Teorico-Pratici in Medicina Estetica organizzati da Società Scientifiche accreditate presso il Ministero della Salute.
3. N. _____ attestato/i relativo/i al Coordinamento di Master di II Livello Universitari o di _____



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Catania**

Scuole di Formazione riconosciute, almeno biennali, in Medicina Estetica.

4. N. _____ attestato/i relativo/i alla docenza in materie relative alla Medicina Estetica in Master di II Livello negli ultimi tre anni

I seguenti altri DOCUMENTI attestanti l'eventuale effettuazione di ATTIVITÀ SCIENTIFICA:

TOTALE ALLEGATI N. _____

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

- DOVRA' DOCUMENTARE PRESSO L'ORDINE L'AGGIORNAMENTO COME PREVISTO DALLA DELIBERA N. 177/2021 - CONSULTABILE SUL SITO DELL'ORDINE www.ordinemedct.it ALLA SEZIONE <https://www.ordinemedct.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/>
- I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data _____

Firma

INVIO x POSTA

(Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Catania**

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

**SEZ. ODONTOIATRI
REGISTRO ESPERTI IN TERAPIE ODONTOIATRICHE CON FINALITÀ
ESTETICHE DEL VISO NELLE PERTINENTI AREE DI COMPETENZA**

Dott. _____ – iscritto nell'Albo degli Odontoiatri con pos. n. _____

VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE

DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE

APPROVATO

NON APPROVATO