

Precision Beyond the Surface: modelli integrati di accuratezza diagnostica, terapeutica e valutativa in medicina estetica

Anno del piano Formativo di riferimento 2026

Data inizio 17/04/2026

Data fine 31/12/2026

Numero del provider: 1040

DESTINATARI DELL'INIZIATIVA

Professione: MEDICO CHIRURGO

Discipline:

ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANGIOLOGIA; CARDIOLOGIA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA INTERNA; MEDICINA TERMAL; MEDICINA AERONAUTICA E SPAZIALE; MEDICINA DELLO SPORT; NEONATOLOGIA; NEUROLOGIA; NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; ONCOLOGIA; PEDIATRIA; PSICHIATRIA; RADIOTERAPIA; REUMATOLOGIA; CARDIOCHIRURGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; CHIRURGIA TORACICA; CHIRURGIA VASCOLARE; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; NEUROCHIRURGIA; OFTALMOLOGIA; ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA; OTORINOLARINGOIATRIA; UROLOGIA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; BIOCHIMICA CLINICA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEUROFISIOPATOLOGIA; NEURORADIOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); RADIODIAGNOSTICA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; AUDIOLOGIA E FONIATRIA; PSICOTERAPIA; ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE; NEFROLOGIA; MEDICINA TRASFUSIONALE; CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

OBIETTIVI FORMATIVI E AREA FORMATIVA

IL CORSO AFFRONTA IL CONCETTO DI "PRECISION BEYOND THE SURFACE" COME PARADIGMA CLINICO CAPACE DI SUPERARE LA MERA DIMENSIONE ESTETICA PER ABBRACCIARE UN APPROCCIO GLOBALE, PERSONALIZZATO E SCIENTIFICAMENTE FONDATO. ATTRAVERSO L'ANALISI CRITICA DI ARTICOLI SELEZIONATI E LO STUDIO DI CASI CLINICI RAPPRESENTATIVI, VERRANNO APPROFONDITE LE METODOLOGIE DI VALUTAZIONE PRE-TRATTAMENTO, LE TECNICHE DI MONITORAGGIO INTRA-PROCEDURALE E I CRITERI DI FOLLOW-UP BASATI SU STRUMENTI OGGETTIVI E VALIDATI.

Caso clinico 1 – La precisione diagnostica pre-trattamento

Una donna di 42 anni, fototipo II (secondo classificazione Fitzpatrick), si presentava alla visita ambulatoriale con la richiesta di migliorare la definizione del terzo medio e di attenuare le ombre infraorbitarie, che le conferivano un aspetto stanco e invecchiato.

La paziente non presentava comorbidità significative; non fumatrice, non assumeva farmaci cronici né riportava allergie note. Durante l'anamnesi emergeva un unico trattamento di medicina estetica eseguito circa sette anni prima: un filler labiale del quale non ricordava né il tipo di materiale né la tecnica di iniezione, e che era stato effettuato in uno studio non più frequentato. Negava la comparsa di complicanze acute o tardive, ma riferiva da alcuni anni la

sensazione di piccole irregolarità palpabili in regione zigomatica destra, motivo di esitazione a sottoporsi a ulteriori procedure.

L'esame obiettivo del volto rivelava una moderata ipotrofia dei compartimenti adiposi zigomatici, con perdita della proiezione malare e incremento della profondità del solco lacrimale. L'asimmetria, più marcata a destra, era accompagnata da una lieve irregolarità palpabile sottocutanea in corrispondenza della regione zigomatica medio-laterale. La cute appariva normotrofica, senza segni di flogosi né alterazioni cromatiche.

Alla luce della storia clinica, la valutazione veniva completata con ecografia ad alta frequenza (20 MHz, sonda lineare), che documentava la presenza di piccole aree iperecogene puntiformi con ombre acustiche posteriori nello strato sottocutaneo profondo dello zigomo destro, compatibili con residui di filler cross-linkato. Non si osservavano pattern ecografici suggestivi di granuloma né aree di aumentata vascolarizzazione al color Doppler.

Veniva inoltre effettuata un'acquisizione fotografica tridimensionale, che consentiva la misurazione volumetrica della regione zigomatica e la quantificazione della depressione infraorbitaria. La scala estetica Merz Aesthetic Scale (MAS) per la valutazione del solco lacrimale veniva applicata, con un punteggio di grado 2 bilaterale.

Il piano terapeutico veniva definito sulla base dei reperti clinici e strumentali. L'obiettivo era la ricostruzione armonica del terzo medio mediante ripristino volumetrico selettivo, evitando le aree con residuo sospetto di filler pregresso. Si decideva di procedere con un filler a base di acido ialuronico cross-linkato a media coesività, indicato per il posizionamento profondo e in grado di garantire sostegno strutturale e naturalezza. Per la regione infraorbitaria si optava invece per un filler a bassa densità, con caratteristiche reologiche adatte alla delicatezza del distretto.

La procedura veniva eseguita in condizioni di asepsi. Dopo disinfezione cutanea, si praticava un punto di accesso cutaneo con ago 21G in regione malare laterale. Mediante cannula 25G a punta smussa si raggiungeva il piano supraparietale zigomatico, dove venivano depositati microbolus di 0,2 ml ciascuno, in distribuzione multipoint (quattro punti per lato), per un totale di 1,6 ml complessivi. La distribuzione del materiale veniva monitorata ecograficamente in tempo reale, confermando la corretta profondità e l'assenza di penetrazione vascolare. Successivamente si procedeva al trattamento del tear trough con cannula 27G inserita dal punto di accesso laterale, posizionando microdepositi retrogradi lineari di 0,05 ml per passaggio, per un massimo di 0,3 ml per lato. Anche in questo caso, l'ecografia di controllo evidenziava un deposito regolare nello spazio areolare sottocutaneo senza compressione vascolare.

Il decorso post-trattamento fu privo di complicanze. La paziente venne istruita a evitare attività fisica intensa e manipolazioni locali nelle 24 ore successive. Al follow-up a un mese, la fotografia tridimensionale mostrava un incremento del volume zigomatico con miglioramento significativo della proiezione malare (+1,8 ml rilevato dal software) e una riduzione oggettiva della profondità del solco lacrimale. La scala MAS passava da grado 2 a grado 1 bilaterale. La paziente riportava un netto incremento della soddisfazione personale, con miglioramento dei punteggi FACE-Q (da 48/100 pre-trattamento a 82/100 post-trattamento).

A tre mesi, il risultato si manteneva stabile. L'ecografia di follow-up non mostrava alterazioni strutturali né complicanze tardive. La paziente riferiva un outcome naturale, in linea con le aspettative iniziali. Questo caso illustra come l'impiego integrato di diagnostica ecografica e tecniche di imaging 3D consenta di andare oltre la valutazione clinica superficiale,

garantendo un approccio realmente “di precisione” in pazienti con storicità di trattamenti non documentati.

Caso clinico 2 – La precisione intra-trattamento

Un uomo di 55 anni, fototipo III, giungeva alla visita ambulatoriale con la richiesta di ridefinire il profilo mandibolare, che descriveva come “meno netto” rispetto a pochi anni prima.

Non presentava patologie rilevanti ad eccezione di ipertensione arteriosa ben controllata con terapia farmacologica, né assumeva anticoagulanti. Fumatore occasionale, conduceva uno stile di vita stressante con scarsa regolarità del sonno.

All'esame obiettivo si rilevava un rilassamento moderato dei tessuti molli del terzo inferiore, con perdita della definizione dell'angolo mandibolare e iniziale ptosi dei compartimenti genieni. I solchi nasogenieni apparivano marcati, associati a riduzione della proiezione malare. La cute era normotrofica, senza segni di fotodanneggiamento significativo.

Prima di pianificare il trattamento si procedeva a ecografia ad alta frequenza (18 MHz, sonda lineare), che permetteva la visualizzazione del decorso dell'arteria faciale lungo il margine mandibolare, identificando la sua emergenza in prossimità del forame mentoniero e il suo ramo sottomentoniero. Veniva inoltre valutato lo spessore dei compartimenti adiposi superficiali e profondi, evidenziando un assottigliamento della bolla di Bichat.

L'indicazione terapeutica consisteva nella ridefinizione del profilo mandibolare con filler ad alta coesività e resistenza alla compressione, da posizionare in piano suprapariosteo per fornire supporto strutturale, associato a un trattamento più superficiale dei solchi nasogenieni con filler a viscosità inferiore. Dopo accurata disinfezione, si realizzava un punto di accesso cutaneo con ago 21G in regione parasinfisaria bilaterale. Mediante cannula 22G a punta smussa si raggiungeva il piano suprapariosteo mandibolare, iniettando microbolle da 0,2–0,3 ml per punto, distribuiti lungo la linea mandibolare, con particolare enfasi sull'angolo mandibolare e sulla regione parasinfisaria, per un volume totale di 1,5 ml per lato.

L'ecografia in tempo reale veniva impiegata per monitorare la corretta profondità della cannula e confermare la distribuzione lineare del filler nello strato periosteo, riducendo il rischio di iniezione intravascolare. Per il trattamento dei solchi nasogenieni, si utilizzava una cannula 25G con tecnica a ventaglio superficiale, deponendo retrogradamente un filler più morbido, 0,05–0,1 ml per passaggio, per un totale di 0,7 ml per lato. La distribuzione veniva nuovamente verificata con controllo ecografico.

Il post-trattamento fu caratterizzato da minimo edema e modesto eritema localizzato, risoltosi entro 24 ore. La paziente fu istruita a evitare manipolazioni locali e attività fisica intensa per 48 ore. Al controllo a due settimane, le fotografie 3D mostravano un incremento della proiezione mandibolare e un netto miglioramento della definizione dell'angolo, con riduzione del volume negativo genieno. I solchi nasogenieni apparivano meno profondi, con outcome naturale.

A tre mesi, il risultato si confermava stabile; il paziente riportava un'elevata soddisfazione, con punteggi FACE-Q aumentati del 60% rispetto alla baseline. Questo caso dimostra come

l'utilizzo dell'ecografia durante il trattamento consenta una precisione che va oltre la superficie clinica, traducendosi in maggiore sicurezza, controllo e predicibilità estetica.

Caso clinico 3 – La precisione nel follow-up e nella valutazione oggettiva degli outcome

Una donna di 34 anni, fototipo III, si presentava in ambulatorio con la richiesta di prevenire l'invecchiamento precoce e di migliorare la qualità generale della cute. Riferiva familiarità per fotoinvecchiamento marcato in entrambi i genitori, non assumeva terapie croniche e non presentava comorbidità rilevanti. La paziente, particolarmente attenta alla medicina basata su evidenze, desiderava un protocollo combinato che garantisse risultati naturali e documentabili.

All'esame clinico erano evidenti rughe dinamiche glabellari di grado lieve-moderato, cute normotrofica con ridotta luminosità e iniziale perdita di tono dermico. La valutazione baseline comprendeva acquisizione fotografica tridimensionale in condizioni standardizzate di luce, con misurazione della profondità delle rughe glabellari e parametri di texture cutanea. Veniva inoltre eseguita ecografia ad alta frequenza (22 MHz) per la valutazione dello spessore dermico medio e della regolarità dello strato sottocutaneo. Alla paziente veniva somministrato il questionario FACE-Q per la valutazione soggettiva della soddisfazione estetica.

Il piano terapeutico prevedeva un trattamento combinato: tossina botulinica per la modulazione dell'attività muscolare del corrugatore e del procerus, associata a microiniezioni di acido ialuronico non cross-linkato con funzione idratante e ristrutturante dermica.

La tossina botulinica veniva iniettata con ago 32G in tre punti simmetrici a livello glabellare, per un totale di 16 unità, mentre lo skinbooster veniva somministrato con ago 30G mediante tecnica a microdepositi superficiali, distribuiti uniformemente nelle regioni malare e geniena, per un totale di 1 ml per lato.

Al follow-up a un mese, la fotografia 3D evidenziava una riduzione del 45% della profondità media delle rughe glabellari e un miglioramento dei parametri di luminosità e uniformità della cute. L'ecografia mostrava un incremento dello spessore dermico medio di 0,2 mm, indicativo di un effetto idratante e trofico. I punteggi FACE-Q passavano da 52/100 a 85/100. Al controllo a tre mesi, i risultati si mantenevano stabili, con persistenza dell'attenuazione delle rughe dinamiche e miglioramento soggettivo della qualità cutanea. La paziente riferiva un outcome naturale, senza rigidità mimica. Questo caso dimostra come la precisione non si esaurisca nella fase diagnostica o intra-procedurale, ma debba estendersi alla valutazione degli outcome, integrando strumenti oggettivi (fotografia 3D, ecografia, scale validate) e percezione soggettiva, per costruire un approccio evidence-based e replicabile.

Maurizio Cavallini CV

Titoli accademici

1991: Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano;

1996: Specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva presso l'Università degli Studi di Milano;

1999: Specializzazione in Microchirurgia e in Chirurgia Sperimentale presso l'Università degli Studi di Milano;

Esperienze professionali

1991-1996: Assistente in formazione presso la Divisione di Chirurgia Plastica e Centro Grandi Ustionati dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano.

1991-1998: Responsabile Sanitario della Croce Rossa Italiana di San Donato Milanese.

È stato Dirigente di Primo Livello presso la Divisione di Chirurgia Plastica degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano occupandosi in particolare delle problematiche ricostruttive nelle malformazioni.

2000-2006: Aiuto primario di ruolo presso l'unità operativa di chirurgia plastica dell'IRCCS Galeazzi di Milano.

Docente presso i master di Medicina e Chirurgia Estetica dell'Università degli Studi di Milano, Università degli Studi di Genova e Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Docente presso la Scuola Superiore Postuniversitaria di Medicina Estetica di Milano e Bologna.

AFFILIAZIONI A SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Socio fondatore e ordinario della European Association of Esthetic Surgery (ASSECE) di cui è Vicepresidente dal 2008.

Socio ordinario di società scientifiche nazionali ed internazionali, in particolare della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica.

Socio della AICPE (Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica).

Socio fondatore AITEB (Associazione Italiana Terapia Estetica Botulino)

ATTIVITÀ SCIENTIFICA E PUBBLICAZIONI

È editor in chief della rivista scientifica "Up date in plastic surgery".

È autore e/o coautore di numerose pubblicazioni scientifiche specialistiche su riviste nazionali ed internazionali.

È autore e/o coautore di monografie e libri di testo di chirurgia plastica.

Major speaker and KOL i numerosi congressi nazionali e internazionali

Principali settori di attività al CDI

Chirurgia Plastica e Ricostruttiva

Dermatochirurgia

Medicina estetica

Laser terapia estetica