

Shaped by Evidence: la decisione clinica evidence-based in medicina estetica.

Anno del piano Formativo di riferimento 2026

Denominazione provider: Agorà Servizi S.r.l.

ID provider: 1040

Data inizio 14/10/2026

Data fine 13/10/2027

Responsabile scientifico: Maurizio Cavallini

Crediti: 5

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

Professione: ODONTOIATRA

Discipline: ODONTOIATRIA

OBIETTIVI FORMATIVI E AREA FORMATIVA

Il corso si propone di rafforzare nel medico che opera in ambito estetico la capacità di fondare le proprie decisioni cliniche sulle migliori evidenze scientifiche disponibili. Attraverso tre casi clinici commentati, ciascuno corredato da tre articoli scientifici open access selezionati da banche dati istituzionali (PubMed/PubMed Central), il percorso formativo affronta tre momenti chiave della pratica clinica: la pianificazione terapeutica guidata dalla gerarchia delle evidenze, con la selezione dei prodotti su base reologica e la scelta di piani e tecniche iniettive nei distretti a rischio; la gestione evidence-based delle complicanze tardive da filler, dalla diagnosi differenziale alla semeiotica ecografica, fino all'uso razionale della ialuronidasi con pre-inquadramento allergologico; il vaglio critico delle innovazioni terapeutiche, attraverso la formulazione del quesito clinico, la valutazione metodologica delle revisioni sistematiche e l'integrazione dello status regolatorio nella decisione.

Al termine del corso il partecipante sarà in grado di: interpretare e gerarchizzare le evidenze scientifiche a supporto delle scelte terapeutiche in medicina estetica; tradurre i dati di letteratura in criteri operativi di selezione di prodotti, piani e tecniche; applicare protocolli evidence-based nella prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze da filler; esercitare il critical appraisal delle evidenze relative a trattamenti

emergenti, integrando efficacia, sicurezza e cornice regolatoria; impostare un consenso informato e un follow-up strutturato coerenti con il livello di evidenza disponibile.

Caso clinico 1 – La pianificazione terapeutica guidata dall'evidenza

Una donna di 52 anni, fototipo II (secondo classificazione di Fitzpatrick), si presentava alla visita ambulatoriale per una progressiva perdita di definizione del terzo medio, con richiesta di un risultato “naturale e proporzionato”. Riferiva inoltre di percepire come invecchiante lo scavamento delle regioni temporali e un'espressione corrucciata a riposo. L'anamnesi risultava muta: nessuna comorbidità, nessuna terapia cronica, non fumatrice, nessun precedente trattamento di medicina estetica.

L'esame obiettivo, condotto per unità estetiche, evidenziava una deflazione dei compartimenti adiposi profondi del terzo medio – in particolare del deep medial cheek fat e del compartimento sub-orbicolare – con riduzione della proiezione dell'eminanza malare e accentuazione relativa del solco palpebro-malare; un hollowing temporale bilaterale di grado moderato, con visibilità della cresta temporale e del margine superiore dell'arco zigomatico; rughe glabellari dinamiche di grado moderato-severo con ipertono di procero e corrugatori, in assenza di significativa componente statica. La cute appariva normotrofica. Veniva acquisita documentazione fotografica standardizzata a incidenze multiple e registrato il grading baseline mediante scale validate, con pianificazione del follow-up sulla Global Aesthetic Improvement Scale (GAIS) valutata da operatore e paziente.

La costruzione del piano terapeutico seguiva un percorso esplicitamente ancorato alla letteratura. La più recente meta-analisi di trial randomizzati controllati sull'aumento volumetrico del terzo medio con acido ialuronico – quattordici studi inclusi, cinque nella sintesi quantitativa per un totale di 748 pazienti – documenta una netta superiorità dell'acido ialuronico rispetto al placebo nel tasso di responder alla GAIS, ma nessuna differenza significativa nel confronto con altri filler attivi, con eventi avversi moderati-severi rari e non aumentati rispetto ai controlli. Il dato ha una conseguenza operativa precisa: in assenza di superiorità dimostrata di un prodotto sull'altro, la selezione del filler non può che fondarsi sulle proprietà reologiche in rapporto al piano di impianto e alla funzione richiesta – elevato modulo elastico (G') e alta coesività per il supporto strutturale sovraperiosteale, prodotti più morbidi e a maggiore capacità di integrazione tissutale per i piani superficiali – e sulla reversibilità enzimatica del materiale.

Per la regione temporale, la letteratura di sintesi sul terzo superiore del volto – una revisione condotta con metodologia scoping su sette studi eleggibili – documenta l'assenza di un approccio standardizzato a sedi e tecniche di iniezione, con persistente controversia tra piano interfasciale e piano sovraperiosteale, in un distretto attraversato da strutture vascolari critiche (arteria temporale superficiale, rami profondi, vene sentinella) in comunicazione con il circolo oftalmico. In tale contesto di incertezza, la scelta ricadeva sull'opzione con il più solido razionale anatomico di sicurezza: bolo profondo sovraperiosteale a contatto osseo, nel punto classicamente descritto un centimetro cranialmente all'arco zigomatico e un centimetro lateralmente alla linea di fusione temporale, con aspirazione prolungata prima dell'iniezione e rilascio lento.

L'impostazione complessiva recepiva infine le raccomandazioni del consensus internazionale sul trattamento combinato: filler e tossina botulinica di tipo A costituiscono oggi uno standard di cura integrato, orientato all'armonizzazione del volto per unità estetiche più che alla correzione della singola ruga; laddove il deficit volumetrico contribuisce all'ipertono mimico, sono indicati dosaggi di tossina ridotti, con finalità di modulazione e non di paralisi. Coerentemente, la sequenza prevedeva prima il ripristino del supporto strutturale, quindi il trattamento neuromodulante.

La procedura veniva eseguita in asepsi. Il ripristino malare era ottenuto con filler di acido ialuronico ad alto G' ed elevata coesività, depositato in piano sovrapariosteo mediante cannula 25G da accesso laterale, con microboli di 0,2 ml in distribuzione multipoint (quattro punti per lato, 1,2 ml complessivi per lato). Le fosse temporali venivano trattate con ago 27G perpendicolare al piano osseo nel punto sopra descritto, aspirazione di alcuni secondi e bolo lento di 0,35 ml per lato. Seguiva l'iniezione di tossina botulinica di tipo A a livello glabellare, 20 unità totali distribuite su cinque punti (procero e corrugatori bilateralmente), con dosaggio deliberatamente contenuto in ottica di modulazione. Il consenso informato documentava obiettivi attesi e limiti dell'evidenza disponibile, inclusa l'assenza di superiorità dimostrata tra volumizzanti, a presidio di aspettative realistiche.

Il decorso risultava privo di complicanze. Al follow-up a quattro settimane la fotografia standardizzata documentava il ripristino della proiezione malare, l'ammorbidimento del profilo temporale e l'attenuazione delle rughe glabellari dinamiche, con GAIS "much improved" concordante tra operatore e paziente; a tre mesi il risultato si manteneva stabile.

Il caso illustra il primo modo in cui l'evidenza dà forma alla pratica estetica: non come citazione, ma come infrastruttura silenziosa del ragionamento clinico. La gerarchia delle fonti – meta-analisi, consensus, revisioni metodologicamente strutturate – orienta in cascata la selezione reologica del prodotto, la scelta del piano, la tecnica iniettiva e la calibrazione delle aspettative, sostituendo al criterio commerciale un criterio scientifico verificabile.

Caso clinico 2 – La gestione evidence-based della complicanza tardiva

Una donna di 49 anni, fototipo III, giungeva alla visita per la comparsa, da dodici giorni, di una tumefazione dolente in regione zigomatica sinistra. Dodici settimane prima si era sottoposta, presso altro centro, a trattamento con filler di acido ialuronico a livello di zigomi e labbra, con decorso post-procedurale regolare; non era in grado di riferire prodotto, volumi né piani di iniezione. Circa due settimane prima dell'esordio aveva presentato un episodio febbrile simil-influenzale autolimitante. In anamnesi: rinite allergica stagionale, nessuna terapia cronica; non riferiva pregresse esposizioni a ialuronidasi né reazioni sistemiche a punture di imenotteri.

All'esame obiettivo si apprezzava, in sede zigomatica sinistra, una nodularità sottocutanea di circa 1,4 cm, tesa e dolente, con eritema sovrastante, non fluttuante, senza segni di colliquazione; assenti febbre e compromissione sistemica; le labbra risultavano indenni. La cronologia – esordio oltre le quattro settimane dall'impianto – collocava il quadro tra le complicanze tardive, il cui spettro comprende migrazione del materiale, reazione granulomatosa da corpo estraneo, reazione di ipersensibilità ritardata e infezione a basso grado, anche biofilm-correlata. L'episodio flogistico sistemico intercorrente, descritto in letteratura come possibile trigger immunologico delle reazioni infiammatorie ritardate ai filler ialuronici, orientava il sospetto verso un'ipersensibilità ritardata, senza tuttavia consentire di escludere clinicamente la componente infettiva.

La valutazione veniva completata con ecografia ad alta frequenza (18–20 MHz, sonda lineare): si documentava una formazione ovalare ipo-anecogena a margini definiti nel sottocute profondo, compatibile con deposito di acido ialuronico, circondata da un alone iperecogeno di imbibizione flogistica, con incremento del segnale vascolare periferico al power Doppler; assenti aree colliquate, gas o tragitti fistolosi; si associava un linfonodo reattivo preauricolare omolaterale. Il pattern – deposito demarcato con flogosi

perilesionale, senza raccolta – deponeva per reazione infiammatoria tardiva su materiale ialuronico e non per ascesso costituito, e forniva al tempo stesso la mappa per un eventuale trattamento mirato.

La gestione seguiva la sequenza indicata dalla letteratura per i noduli tardivi a componente infiammatoria: copertura antibiotica empirica orale ad azione anti-biofilm per quattordici giorni quale primo gradino, evitando lo steroide intralesionale in assenza di esclusione ragionevole dell'ipotesi infettiva. Alla rivalutazione si osservava regressione della componente eritematosa e del dolore, con persistenza però del nodulo palpabile e visibile: si poneva quindi indicazione alla degradazione enzimatica del deposito con ialuronidasi intralesionale ecoguidata.

Trattandosi di procedura elettiva – e non di emergenza vascolare – la somministrazione veniva preceduta da un pre-inquadramento allergologico strutturato: anamnesi mirata su pregresse esposizioni all'enzima, diatesi atopica e reazioni a veleno di imenotteri, la cui sensibilizzazione è associata in letteratura a un aumentato rischio di reazione alle preparazioni di ialuronidasi di derivazione animale; seguiva test intradermico con lettura a venti-trenta minuti, risultato negativo. La stessa letteratura precisa i confini di questa condotta: il test è raccomandato per identificare potenziali sensibilizzazioni nei trattamenti differibili, pur essendo di non agevole applicazione routinaria, mentre nell'occlusione vascolare acuta il trattamento enzimatico non deve mai essere ritardato in sua attesa.

La ialuronidasi veniva quindi somministrata per via intralesionale sotto guida ecografica in tempo reale, con ago 27G posizionato nel contesto del deposito visualizzato: 150 unità ricostituite in 1 ml, iniettate frazionatamente all'interno e ai margini della formazione. Il dosaggio rispondeva al principio, costante nella letteratura di riferimento, della titolazione all'effetto clinico in funzione del volume e del grado di cross-linking del materiale da degradare – più elevato per i volumizzanti fortemente reticolati – in luogo di schemi posologici assoluti. Alla rivalutazione a due settimane la formazione risultava ridotta di oltre due terzi all'esame clinico ed ecografico; una seconda somministrazione di 75 unità completava il trattamento.

Al controllo a quattro settimane si documentava la risoluzione clinica completa, confermata dall'ecografia, senza residui di materiale né segni di flogosi, e con piena soddisfazione della paziente per il percorso. Veniva rilasciata relazione clinica dettagliata, con raccomandazione – per eventuali futuri trattamenti – di esigere la tracciabilità di prodotto, lotto e piani di iniezione.

Il caso illustra il secondo modo in cui l'evidenza dà forma alla pratica estetica: la sicurezza. La classificazione cronologica delle complicanze, la semeiotica ecografica del deposito ialuronico, la sequenza antibiotico-enzima, il pre-inquadramento allergologico con la distinzione elettivo/emergenza e la titolazione del dosaggio della ialuronidasi non sono scelte estemporanee, ma l'applicazione ordinata di protocolli costruiti sulla letteratura: è questo a trasformare la gestione della complicanza da improvvisazione a percorso strutturato e riproducibile.

Caso clinico 3 – Il vaglio critico dell'innovazione terapeutica

Una donna di 41 anni, fototipo III, biologa, si presentava in ambulatorio chiedendo un trattamento iniettivo con esosomi, di cui aveva appreso da canali divulgativi e social media come “nuova frontiera della medicina rigenerativa”, con l'obiettivo di migliorare la qualità complessiva della cute e prevenire l'invecchiamento precoce, per il quale riferiva familiarità. L'anamnesi risultava negativa per comorbidità e terapie croniche.

L'esame obiettivo evidenziava una cute normotrofica con ridotta luminosità, iniziale perdita di elasticità e tono dermico, fini rughe statiche periorbitarie e assenza di discromie rilevanti o rughe dinamiche significative. Veniva acquisita documentazione fotografica standardizzata in condizioni di illuminazione controllata e registrato il grading clinico baseline della qualità cutanea.

Prima di formulare la proposta terapeutica, il quesito clinico veniva strutturato secondo il formato PICO: nella paziente adulta con riduzione della qualità cutanea (P), i trattamenti iniettivi "rigenerativi" emergenti (I), rispetto alle opzioni consolidate di biorivitalizzazione (C), producono un miglioramento documentabile dei parametri cutanei con profilo di sicurezza e cornice regolatoria accettabili (O)? Su questo quesito si innestava il critical appraisal delle evidenze disponibili.

Per gli esosomi, la più recente revisione sistematica dedicata al ringiovanimento cutaneo – ventuno studi selezionati da oltre mille record – riporta risultati consistenti su elasticità, profondità delle rughe, idratazione e modulazione della pigmentazione; gli stessi autori, tuttavia, concludono per la necessità di trial standardizzati, con coorti più ampie e follow-up prolungati, prima di poterne confermare efficacia e sicurezza. Alla fragilità del disegno degli studi si sommano criticità strutturali: eterogeneità delle fonti cellulari e dei metodi di isolamento, caratterizzazione dei preparati spesso non conforme agli standard internazionali per lo studio delle vescicole extracellulari, e soprattutto un quadro regolatorio dirimente – nessun prodotto a base di esosomi risulta a oggi autorizzato dalle agenzie regolatorie per uso iniettivo in ambito estetico, con disponibilità limitata a formulazioni cosmetiche topiche. Per il medico, la conclusione era obbligata: un impiego iniettivo si collocherebbe fuori tanto dall'evidenza quanto dalla cornice normativa, indipendentemente dalla plausibilità biologica del meccanismo.

Il confronto si spostava quindi sull'alternativa iniettiva con il miglior rapporto tra evidenza disponibile e status regolatorio per l'obiettivo dichiarato: i polinucleotidi, disponibili come dispositivi medici iniettabili a marcatura CE. La revisione sistematica di riferimento – registrata prospetticamente su PROSPERO (CRD42024588712), condotta secondo PRISMA e con valutazione formale della qualità mediante le checklist CASP – include nove studi per 219 pazienti trattati e documenta riduzione delle rughe, miglioramento di texture ed elasticità cutanea con significatività statistica in più studi, eventi avversi lievi e transitori e soddisfazione da moderata ad alta; la qualità degli studi inclusi resta però da bassa a moderata, con variabilità di aree, tecniche e schemi di trattamento. Una seconda revisione conferma il quadro: risultati promettenti ma non uniformi, con necessità di definire l'impiego ottimale. Un'evidenza imperfetta, dunque, ma gerarchicamente superiore, metodologicamente tracciabile e regolatoriamente definita: sufficiente a sostenere un'adozione condizionata alla misurazione degli esiti.

La proposta terapeutica, discussa e condivisa con la paziente, consisteva in un protocollo di biorivitalizzazione con polinucleotidi: tre sedute a intervalli di tre-quattro settimane, con microponfi intradermici mediante ago 30G a livello delle regioni malari e periorbitarie. Il consenso informato riportava il livello di evidenza disponibile, i limiti metodologici degli studi e le ragioni – scientifiche e regolatorie – della non proponibilità del trattamento inizialmente richiesto. Il follow-up veniva strutturato in modo speculare all'impostazione del quesito: fotografia standardizzata, grading clinico della qualità cutanea e patient-reported outcome di soddisfazione a dodici settimane.

Alla valutazione conclusiva si documentava un apprezzabile miglioramento di luminosità, texture ed elasticità cutanea, coerente per direzione ed entità con quanto atteso dalla letteratura, con elevata soddisfazione riferita e adesione della paziente al percorso di mantenimento programmato.

Il caso illustra il terzo modo in cui l'evidenza dà forma alla pratica estetica: il vaglio dell'innovazione. Di fronte a trattamenti emergenti amplificati dalla comunicazione di massa, l'atto clinico decisivo è metodologico prima che tecnico: formulare il quesito, gerarchizzare le fonti, valutarne la qualità con strumenti formali, integrare lo status regolatorio e tradurre il tutto in una proposta misurabile. L'innovazione entra legittimamente nella pratica clinica solo attraverso questo filtro.

CURRICULUM VITAE

Dott. Maurizio Cavallini

FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome e Cognome

Data di nascita

Telefono

Indirizzo posta elettronica

MAURIZIO CAVALLINI

11.02.1966

0270638009

maurizio.cavallini@libero.it

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

1999 - Specializzazione in Microchirurgia e Chirurgia Sperimentale, tesi su ustioni chimiche

1996 - Specialità in Chirurgia Plastica Ricostruttiva, tesi sulla gestione delle ustioni nei disastri causati da incendi

1991 - Esame di abilitazione Professionale

1991 - Laurea in Medicina e Chirurgia

1° e 2° a.a. c/o Istituto di Biologia dell'Univ. degli Studi di Milano

3° a.a. c/o Ist. di Patologia Generale Univ. degli Studi di Milano

4° e 5° a.a. presso Ospedale Serbelloni di Gorgonzola

1985/1986 - Iscrizione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia 1984/1985 - Diploma di Maturità Classica

ESPERIENZA LAVORATIVA

Dal 1992 al 1996 responsabile sanitario della delegazione della Croce Rossa it. di Rodano

1996 - ha lavorato presso la chirurgia plastica universitaria di Monaco di Baviera

1999 - 2000 Dirigente Medico di 1° livello di ruolo a tempo pieno di chirurgia plastica e ricostruttiva presso ICP Milano

Dall'aprile 2000 è aiuto di ruolo a tempo definito presso l'unità operativa di chirurgia plastica dell'Ist. Ortop. Galeazzi - Milano

È consulente per la chirurgia plastica presso l'Unità Op. del Centro Diagnostico Italiano - Milano

Dal 2006 è docente presso la Master Univ. di Medicina e Chirurgia estetica univ. degli studi di Milano

Dal 2007 è docente presso la Master Univ. di Medicina e Chirurgia estetica univ. degli studi di Genova

LINGUE	Italiano (madrelingua) Buona conoscenza della lingua inglese e francese
CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE	Revisore di riviste mediche internazionali riguardanti medicina e chirurgia estetica
ALTRO	Autore e coautore di numerose pubblicazioni scientifiche (oltre 120) su riviste nazionali ed internazionali, riviste e libri sulla chirurgia plastica e la medicina estetica Relatore in numerosi corsi di formazione nazionali ed internazionali, master e conferenze Socio di numerose società scientifiche, in particolare della Società Italiana di Chirurgia Plastica (SICPRE), della Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica (AICPE), dell'Associazione Italiana Terapia Estetica con Botulino (AITEB) e dell'Associazione Europea di Chirurgia Estetica Dal 2008 Vicepresidente dell'Associazione Europea di Chirurgia Estetica Direttore responsabile della rivista scientifica "Up date in plastic surgery" Professore a contratto nel Master di chirurgia plastica e medicina estetica dell'Università di Milano , Genova e Modena (Italia) Revisore di riviste mediche internazionali riguardanti medicina e chirurgia estetica