

Prevenire non è mai stato semplice. È un'azione che si rivolge al futuro, che chiede investimenti nell'oggi per guadagni incerti nel domani, che distribuisce i benefici su chi si sarebbe ammalato e i rischi su tutti coloro che vengono esposti a un intervento. Le pagine di apertura di questo numero di *Recenti progressi in medicina* attraversano la prevenzione da più angolazioni – ambientale, farmacologica, organizzativa, di genere, digitale – e lo fa con una coerenza interna che emerge chiaramente dalla lettura complessiva degli articoli.

La rubrica “Dalla letteratura” restituisce gli atti del convegno bolognese del progetto Forward (febbraio 2026), e già la scelta della sede dice qualcosa: l'Emilia-Romagna è tra le regioni più virtuose nel monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza relativi alla prevenzione, eppure i relatori non si presentano con risposte rassicuranti. Si presentano con domande, nello stile del progetto Forward. La prevenzione, ricorda Paola Michelozzi nell'apertura dei lavori, è una priorità dichiarata dal Ssn fin dalla sua legge istitutiva, ma attraversa oggi una fase di ridefinizione profonda. I determinanti di mortalità evitabile che pesano di più non sono quelli che il sistema sanitario governa direttamente: sono l'inquinamento atmosferico, responsabile in Italia di circa il 13% dei decessi prevenibili, la dieta, la sedentarietà, la disuguaglianza socioeconomica – che si conferma il principale fattore prognostico di salute a scala globale nelle proiezioni al 2050. Carla Ancona radicalizza questa prospettiva ricordando che la quota di salute che il Ssn può produrre è strutturalmente minoritaria rispetto all'insieme dei determinanti che agiscono fuori dal perimetro clinico. Il principio “Health in all policies”, affermato dall'Oms nel 2013, e il framework One Health indicano la direzione, ma la distanza tra il piano dei principi e quello delle pratiche resta ampia.

Su questo sfondo si inserisce la discussione sulla prevenzione farmacologica, che occupa larga parte del convegno. La terapia antiretrovirale per l'Hiv offre – come sottolineano Pierluigi Viale ed Enrico Girardi – l'esempio forse più compiuto di convergenza tra efficacia terapeutica e funzione preventiva: il principio U=U (undetectable= untransmittable) trasforma la compliance alla terapia in uno strumento di prevenzione di popolazione con effetti paragonabili, e in alcuni contesti superiori, agli interventi comportamentali tradizionali. La profilassi pre-esposizione (PrEP) e le formulazioni long-acting iniettabili in sviluppo avvicinano ulteriormente il confine tra farmacoterapia e vaccinazione. Eppure i dati globali segnalano una preoccupante inversione di tendenza: dal 2020 le

nuove diagnosi di Hiv sono in crescita, i target fissati per il 2025 dall'Unaid sono stati mancati, e in Italia il 50% dei casi di Hiv avanzato giunge all'osservazione clinica ancora come *late presentation*.

Francesco Venturelli porta la discussione su un piano metodologico che va ben al di là dell'Hiv: quando un sistema sanitario decide di intervenire su una popolazione asintomatica con un farmaco preventivo, si assume una responsabilità asimmetrica e opposta a quella della clinica. I benefici andranno a chi si sarebbe ammalato; i rischi saranno condivisi da tutti gli esposti, compresi quelli che non ne avrebbero avuto bisogno.

La prevenzione di genere – discussa da Gianluigi Ferrante – mostra come anche interventi ben finanziati e coperture apparentemente soddisfacenti possano nascondere fallimenti sistematici: il 71% delle persone transgender non ha mai partecipato a un programma di screening oncologico in Italia, i sintomi atipici dell'infarto nelle donne continuano a produrre ritardi diagnostici con conseguenze prognostiche più gravi, gli uomini partecipano meno allo screening del colon-retto pur essendo la popolazione a rischio più elevato. Strategie universalistiche applicate a popolazioni con profili di rischio diversi producono benefici asimmetrici e possono amplificare le disuguaglianze che si propongono di ridurre.

A questo scenario si affianca, in questo numero, una riflessione di tutt'altra scala ma non per questo meno significativa. Lo studio osservazionale di Assimakis e colleghi descrive la pianificazione condivisa delle cure (Pcc) palliative primarie domiciliari di Modena: la pianificazione condivisa, non le sole disposizioni anticipate, sta finalmente prendendo forma nella pratica clinica quotidiana, in un setting territoriale, gestita da professionisti di base. Luciano Orsi, nell'editoriale che accompagna lo studio, legge il 62% di schede compilate non come un limite ma come una dimostrazione di fattibilità: dove c'è formazione e sensibilizzazione, la Pcc si fa. Le lacune che lo studio porta alla luce – le volontà sui trattamenti documentate solo nel 45% dei casi, quelle sulla sedazione palliativa nel 16% – non smentiscono il risultato, lo precisano, indicando dove concentrare il lavoro futuro.

Il filo che lega la grande prevenzione del convegno bolognese e la piccola-grande prevenzione del “cattivo morire” che la Pcc persegue è lo stesso: equità, formazione, lavoro d'équipe, governance. Prevenire, in qualunque scala, richiede che le conoscenze disponibili si traducano in pratiche diffuse e accessibili a tutti, non solo a chi vive nelle realtà più attrezzate.