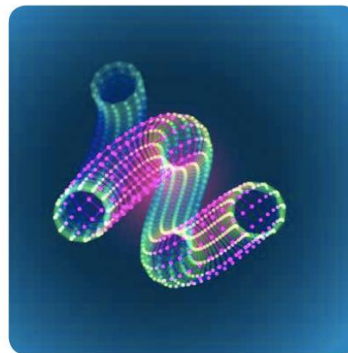




Con il patrocinio di:



VICENZA

AULA MAGNA ING. CRESELE
POLO UNIVERSITARIO ULSS 8 BERICA
CONTRÀ SAN BORTOLO 85
12 MARZO 2019

**UPDATE HIV
NELLA REGIONE DEL VENETO**



Il modello gestionale dell'hiv in Regione Veneto

Giovanna Scroccaro

***Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici
Area Sanità e Sociale***

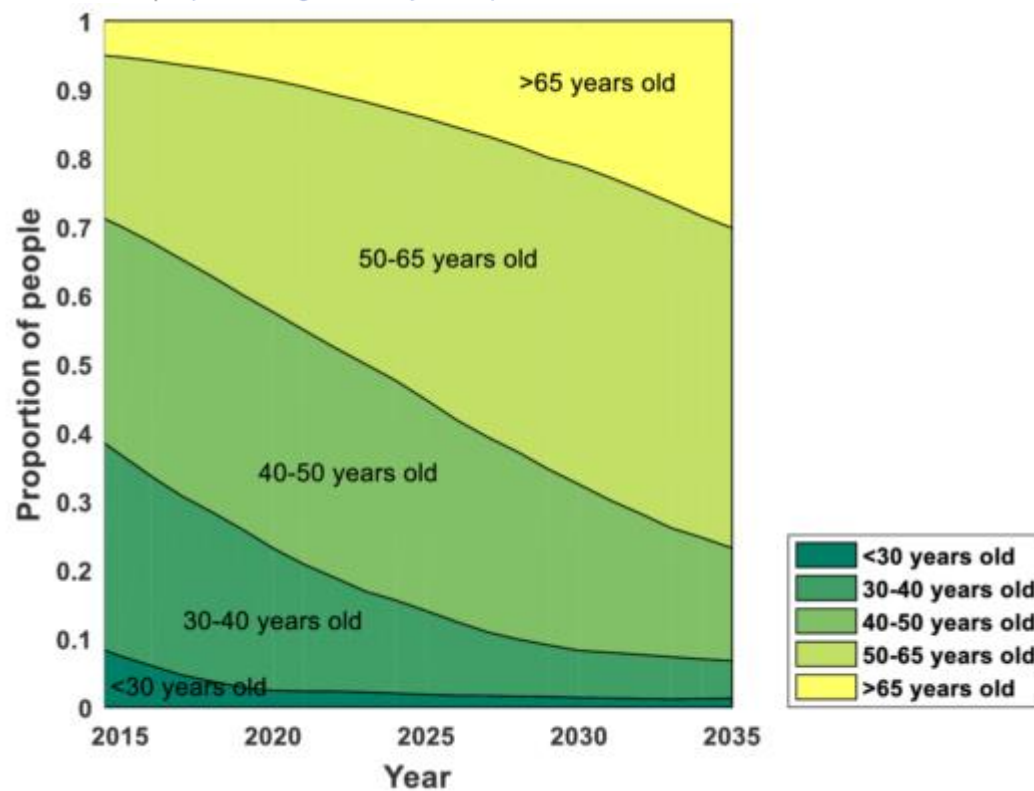


REGIONE DEL VENETO

Projections of non-communicable disease and health care costs among HIV-positive persons in Italy and the U.S.A.: A modelling study

Mikaela Smit^{1*}, Rachel Cassidy¹, Alessandro Cozzi-Lepri², Eugenia Quiros-Roldan³, Enrico Girardi⁴, Alessia Mammone⁴, Andrea Antinori⁵, Annalisa Saracino⁶, Francesca Bai⁷, Stefano Rusconi⁸, Giacomo Magnani⁹, Francesco Castelli³, Priscilla Hsue¹⁰, Antonella d'Arminio Monforte⁷, Timothy B. Hallett¹

PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186638> October 23, 2017



2015 **ITALIA** **2035**

Pazienti > 50 anni

✓ 30% → 76%

Pazienti > 65years

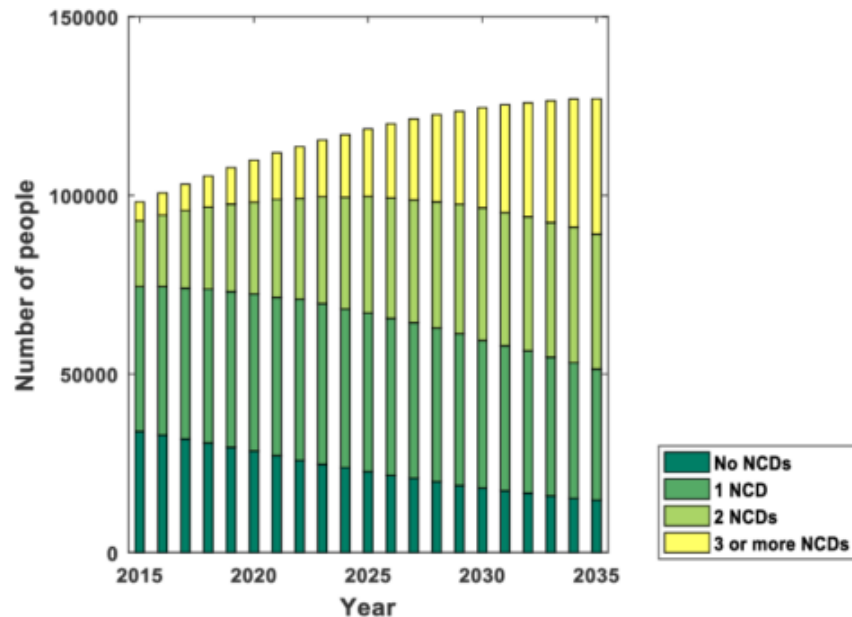
✓ 5.5% → 29.3%

The age distribution of HIV-positive patients on antiretroviral therapy in Italy between 2015 and 2035

Projections of non-communicable disease and health care costs among HIV-positive persons in Italy and the U.S.A.: A modelling study

Mikaela Smit^{1*}, Rachel Cassidy¹, Alessandro Cozzi-Lepri², Eugenia Quiros-Roldan³, Enrico Girardi⁴, Alessia Mammone⁴, Andrea Antinori⁵, Annalisa Saracino⁶, Francesca Bai⁷, Stefano Rusconi⁸, Giacomo Magnani⁹, Francesco Castelli³, Priscilla Hsue¹⁰, Antonella d'Arminio Monforte⁷, Timothy B. Hallett¹

PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186638> October 23, 2017



2015
Pz no NCD
35%

Pz 1 NCDs
42%

ITALIA



2035
Pz 2 NCDs
31%

Pz 3 NCDs
29%

The predicted change in non-communicable disease burden. The number of HIV-positive patients on antiretroviral therapy with 0,1, 2 or 3 and more non-communicable diseases between 2015 and 2035 in Italy

Gruppo Sottogruppo	Spesa totale (in mil)	% su spesa SSN	Spesa pro capite	$\Delta\%$ 17/16	DDD/ 1000 ab die	$\Delta\%$ 17/16
Antivirali anti-HIV	683,8	3,1	11,29	-0,9	2,4	-0,7
Antivirali anti-HIV in regimi coformulati	253,5	1,1	4,18	30,9	0,5	28,2
Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa	170,5	0,8	2,81	-20,1	0,9	-6,6
Inibitori delle proteasi da soli o in ass	128,0	0,6	2,11	-12,0	0,4	-8,9
Inibitori dell'integrasi	96,4	0,4	1,59	1,3	0,3	1,4
Non nucleosidi inibitori della trascrittasi inversa	25,0	0,1	0,41	-17,0	0,2	-12,4
Altri antivirali anti HIV	10,4	0,0	0,17	-17,1	<0,05	-15,4

Antivirali anti-HIV

Figura 3.2.12a. Antivirali anti-HIV, andamento temporale del consumo (2013-2017)

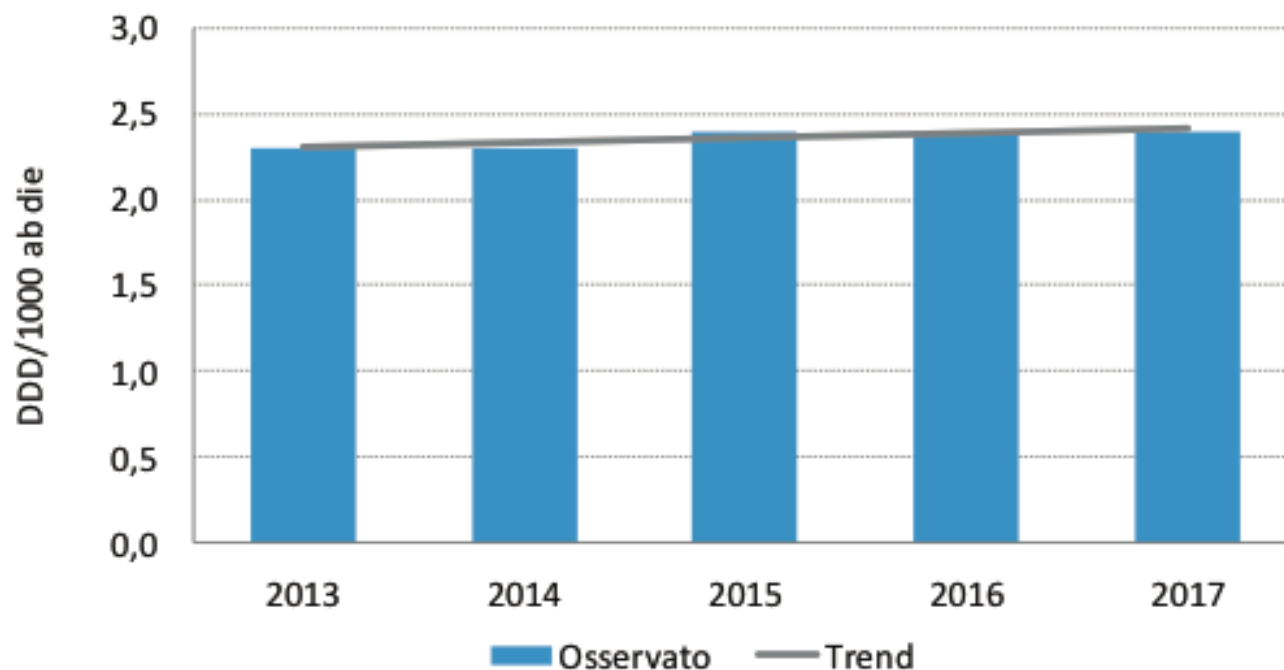


Tabella 3.2.12a. Antivirali anti-HIV, consumo (DDD/1000 ab die) per categoria terapeutica e per sostanza: confronto 2013-2017

Sottogruppi e sostanze	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % 17-16
Antivirali anti-HIV in regimi coformulati	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	28,2
Nucleosidi e nucleotidi inibitori della trascrittasi inversa	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	-6,6
Inibitori delle proteasi da soli o in associazione	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	-8,9
Inibitori dell'integrasi	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	1,4
Non nucleosidi inibitori della trascrittasi inversa	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-12,4
Altri antivirali anti HIV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-15,4
Antivirali anti-HIV	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	-0,7
emtricitabina/tenofovir disoproxil	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	-3,9
emtricitabina/rilpivirina/tenofovir disoproxil	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	12,4
dolutegravir/abacavir/lamivudina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	>100
dolutegravir	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	17,5
raltegravir	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	-9,7
efavirenz/emtricitabina/tenofovir disoproxil	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	-26,0
tenofovir disoproxil	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-0,4
darunavir	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	-40,7
darunavir/cobicistat	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	>100
elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamide	0,0	0,0	0,0	-	0,1	-

Veneto

Tabella 4a - Farmaci per l'HIV in diretta^

Periodo: gennaio-settembre 2018

Azienda Sanitaria erogante	LAMIVUDINA, ABACAVIR E DOLUTEGRAVIR						DOLUTEGRAVIR						EMTRICITABINA E TENOFOVIR ALAFENAMIDE						EMTRICITABINA, TENOFOVIR DISOPROXIL E RILPIVIRINA						TOTALE HIV				
	assistiti	var % vs 17	% su tot Az	spesa	var % vs 17	% su tot Az	assistiti	var % vs 17	% su tot Az	spesa	var % vs 17	% su tot Az	assistiti	var % vs 17	% su tot Az	spesa	var % vs 17	% su tot Az	assistiti	var % vs 17	% su tot Az	spesa	var % vs 17	% su tot Az	assistiti	var % vs 17	spesa	var % vs 17	costo per assistito
501. DOLOMITI	35	20,7%	17,2%	171.172	68,8%	22,3%	12	>100%	5,9%	27.235	2650,0%	3,5%	4	2,0%	1.861		0,2%	13	30,0%	6,4%	52.693	37,5%	6,9%	203	2,5%	767.571	-4,1%	3.781	
502. MARCA TREVIGIANA	112	2,8%	12,2%	593.456	50,3%	16,1%	161	80,9%	17,6%	532.828	143,4%	14,4%	54	>100%	5,9%	124.764	>100%	3,4%	88	-5,4%	9,6%	374.241	18,4%	10,1%	916	-17,8%	3.694.750	-1,7%	4.034
503. SERENISSIMA	147	25,6%	17,3%	694.826	54,7%	19,2%	108	>100%	12,7%	280.279	434,0%	7,8%	156		18,3%	377.585		10,4%	104	-1,0%	12,2%	452.083	7,5%	12,5%	852	8,0%	3.614.252	4,9%	4.242
504. VENETO ORIENTALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
505. POLESANA	54	22,7%	14,0%	267.556	41,1%	13,9%	46	27,8%	11,9%	176.289	44,1%	9,1%	96	>100%	24,8%	261.745	>100%	13,6%	67	-30,2%	17,3%	149.695	-66,1%	7,7%	387	2,7%	1.931.586	-1,1%	4.991
506. EUGANEA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
507. PEDEMONTANA	44	12,8%	9,7%	202.742	17,5%	13,1%	47	95,8%	10,4%	153.012	122,3%	9,9%	12	2,6%	17.578		1,1%	61	-3,2%	13,4%	208.975	-21,6%	13,5%	454	-1,1%	1.547.921	-8,0%	3.410	
508. BERICA	96	60,0%	11,7%	473.288	72,0%	12,7%	49	>100%	6,0%	187.183	114,8%	5,0%	196		23,8%	513.706		13,8%	177	-3,3%	21,5%	422.142	-48,5%	11,3%	822	-1,2%	3.733.356	-6,1%	4.542
509. SCALIGERA	81	39,7%	11,7%	393.399	48,7%	13,3%	147	31,3%	21,3%	568.482	26,9%	19,1%	113	>100%	16,4%	305.004	>100%	10,3%	108	-6,9%	15,6%	401.266	-22,0%	13,5%	691	-0,6%	2.968.756	-10,1%	4.296
901. AO PADOVA	345	59,7%	19,6%	1.521.411	74,2%	19,0%	157	24,6%	8,9%	529.926	27,9%	6,6%	322	85,1%	18,3%	745.522	>100%	9,3%	270	-9,1%	15,3%	742.296	-42,6%	9,3%	1.760	5,6%	7.998.373	7,0%	4.545
912. AOUI VERONA	102	21,4%	8,3%	492.756	40,3%	10,2%	251	64,1%	20,5%	851.237	61,3%	17,5%	280	16,2%	22,8%	805.936	>100%	16,6%	3	-97,5%	0,2%	2.994	-99,4%	0,1%	1.226	6,1%	4.850.494	2,8%	3.956
VENETO	1.016	34,4%	13,9%	4.810.605	56,6%	15,5%	978	66,0%	13,4%	3.306.473	70,3%	10,6%	1.233	165,2%	16,9%	3.153.701	503,7%	10,1%	891	-17,7%	12,2%	2.806.383	-39,1%	9,0%	7.311	0,3%	31.108.830	0,0%	4.255

^ sono riportati solo i dati trasmessi per singolo paziente, escludendo gli invii in forma aggregata.

Data estrazione 25/02/2019

- ❑ Pazienti trattati con farmaci per HIV: **7.311**
- ❑ Spesa Gen-Sett 2018: **31,1 milioni** di Euro, stabile rispetto al 2017
- ❑ Costo medio/trattato: **4.255 Euro**





In collaborazione con:



Ministero della Salute

Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario

Linee Guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1

Edizione 2017

Introduzione e Metodologia

Sezione 1 - I principali quesiti clinici nel paziente adulto

- 7 Diagnostica Virologica
- 16 Diagnostica Immunologica
- 19 Perché e Quando iniziare
- 22 Come Iniziare
- 37 Ottimizzazione
- 54 Fallimento Terapeutico
- 60 P.I.C.O questions: elenco generale

Sezione 2 - Aspetti peculiari di gestione del paziente e della Terapia Antiretrovirale

- 66 Continuità di Cura
- 69 Modelli di Gestione Assistenziale
- 71 Valutazione e Preparazione del paziente
- 74 Interruzione Terapeutica Strutturata
- 74 Aderenza
- 78 Qualità della Vita
- 81 Farmacologia Clinica, Interazioni Farmacologiche, Farmacogenomica

Sezione 3 - Patologie associate all'infezione da HIV

- 85 Concetti di carattere generale
- 88 Malattia Cardiovascolare
- 91 Lipodistrofia
- 92 Malattia Epatica
- 94 Malattia dell'Osso
- 96 Malattia Renale
- 99 Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
- 101 Salute Sessuale e Riproduttiva
- 103 Disturbi Neurocognitivi e/o Psichiatrici
- 106 Tumori
- 110 Infezione da Virus Epatitici
- 118 Tubercolosi
- 121 Infezioni Opportunistiche

Sezione 4 - Popolazioni cui porre attenzione

- 127 Donna
- 129 Gravidanza
- 135 Paziente fragile, Anziano e Geriatrico
- 137 Bambino e Adolescente
- 141 Immigrato

Sezione 5 - Questioni specifiche

- 143 Detenzione
- 147 Abuso di Sostanze
- 150 Profilassi Pre Esposizione
- 153 Profilassi Post Esposizione
- 157 Trapianti
- 160 Vaccinazioni
- 167 Costi della terapia antiretrovirale di combinazione e farmaci equivalenti

Accesso

PRESCRIZIONE

Infettivologo che ha in carico il paziente e che opera nei **Centri regionali autorizzati**

DISPENSAZIONE

La dispensazione avviene **direttamente da parte dei Centri autorizzati o dalle farmacie ospedaliere** in base all'organizzazione locale, per un quantitativo massimo di 60 giorni coerentemente con il follow up clinico.

MONITORAGGIO

sono previste in capo alle **Direzioni Sanitarie** in collaborazione con i **Direttori dei Centri Malattie Infettive** e con i **Direttori di UO di Farmacia** le seguenti azioni:

- ✓ diffusione delle informazioni e raccomandazioni contenute nelle linee guida a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella presa in carico di pazienti con infezione da HIV/AIDS;
- ✓ **promuovere audit interni per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva**

DDR n. 55 del 8 Giugno 2016

Appropriatezza e costi

1. L'inizio precoce della terapia è riconosciuto efficace nel ridurre la progressione clinica, nel migliorare la risposta immunologica a lungo termine e nel ridurre la trasmissione del virus a un partner sieronegativo. Tale approccio è inoltre dimostrato essere costo-efficace in studi a lungo termine. Le strategie di contenimento dei costi non devono quindi basarsi su una limitazione dei criteri di accesso precoce al trattamento [AII];
2. Nella scelta del regime antiretrovirale nel paziente *naïve*, la riduzione delle tossicità dei farmaci, la prevenzione delle comorbidità non infettive associate ad HIV, la riduzione delle ospedalizzazioni, rappresentano criteri di scelta vantaggiosi anche in termini di costi [BII]. In considerazione del fatto che il costo dei farmaci rimane comunque a tutt'oggi il maggior determinante dei costi associati alla malattia da HIV, in caso di efficacia e tollerabilità comparabili tra i regimi, dovrebbe essere considerato anche il criterio del minor costo del regime [AIII]. Opzioni terapeutiche di riconosciuta minore efficacia, non devono invece essere utilizzate in sostituzione di opzioni di efficacia superiore solo perché di costo più vantaggioso [AIII]. Le valutazioni comparative di costo-efficacia da ritenere valide ai fini di un potenziale impiego clinico dovrebbero comunque includere solo regimi considerati come raccomandati sulla base di una comprovata evidenza scientifica [AIII].
3. Nello switch terapeutico nel paziente con soppressione virologica il criterio guida principale del cambio dovrà essere quello del vantaggio di salute (superiore efficacia, riduzione tossicità, maggiore convenienza e aderenza, salvataggio di future opzioni terapeutiche in caso di fallimento) [AII]. Laddove i benefici siano comparabili, è comunque consigliato considerare il passaggio a regimi terapeutici caratterizzati da un minore impatto economico rispetto al regime corrente [BIII];
4. Nel paziente in fallimento virologico, in presenza di resistenza, l'impiego di combinazioni di minor costo dovrà essere accompagnato da un rigoroso rispetto del beneficio dimostrato, in modo da poter garantire la massima efficacia [AIII]. In tale contesto, in base ai test di resistenza, è sconsigliato l'inserimento di molecole inefficaci in un regime di combinazione [AIII]. In ogni caso, la riduzione del tasso di fallimento virologico e la prevenzione della selezione di resistenze di HIV rappresentano elementi rilevanti in termini di costo-efficacia della terapia e di appropriato utilizzo di risorse economiche [AIII].

Confronto del costo di 28 giorni di trattamento dell'infezione da HIV
Terapia antiretrovirale secondo livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni per pazienti naïve*

Regime terapeutico	Somm/die	Cp/die	Costo/die terapia	Costo 28 gg terapia
AI				
 Tenofovir/Emtricitabina/Rilpivirina ^{1,4}	1	1	19,96	558,88
Tenofovir/Emtricitabina + Raltegravir	2	3	14,21	397,88
Abacavir/Lamivudina + Dolutegravir o	1	2	17,46	488,88
Abacavir/Lamivudina/Dolutegravir	1	1	22,38	626,64
Tenofovir/Emtricitabina + Dolutegravir	1	2	18,29	512,12
Tenofovir alafenamide/Emtricitabina/Elvitegravir/Cobicistat	1	1	26,55	743,40

* Secondo linee guida italiane.

1 In caso di valori di HIV-RNA < 100.000 cp/mL e conta di T CD4+ >200 cellule/μL;

L'associazione estemporanea di Tenofovir/Emtricitabina + Rilpivirina con 2 cp/die

☐ costo/die di € 9,47

☐ costo per 28 giorni di terapia di € 265,16

Elaborazioni UOC HTA – Azienda Zero

Confronto del costo di 28 giorni di trattamento dell'infezione da HIV
Terapia antiretrovirale secondo livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni per pazienti naïve*

AII				
Tenofovir alafenamide/Emtricitabina/Rilpivirina ^{1,5}	1	1	19,96	558,88
Tenofovir alafenamide/Emtricitabina/Darunavir/Cobicistat ²	1	1	21,85	611,80
o Tenofovir alafenamide/Emtricitabina + Atazanavir/Cobicistat ²	1	2	23,97	671,16
o Tenofovir alafenamide/Emtricitabina + Darunavir/Cobicistat ²	1	2	24,30	680,40
Tenofovir alafenamide/Emtricitabina + Atazanavir + booster Ritonavir ²	1	3	23,70	663,60
o Tenofovir alafenamide/Emtricitabina + Darunavir + booster Ritonavir ²	1	3	24,19	677,32
Tenofovir alafenamide/Emtricitabina + Raltegravir	2	3	24,48	685,44
Tenofovir alafenamide/Emtricitabina + Dolutegravir	1	2	28,56	799,68

* Secondo linee guida italiane.

1 In caso di valori di HIV-RNA < 100.000 cp/mL e conta di T CD4+ >200 cellule/μL;

Elaborazioni UOC HTA – Azienda Zero

Utilizzo di farmaci equivalenti

Al fine di gestire l'introduzione dei farmaci equivalenti nel rispetto dei principi di efficacia e qualità delle cure, si consiglia di attenersi alle seguenti raccomandazioni:

1. Nel trattamento del paziente naïve, il farmaco equivalente, che, in base alle normative nazionali ed europee possiede, oltre alla documentata bio-equivalenza, gli stessi requisiti di efficacia e sicurezza dell'originator, potrà essere vantaggiosamente utilizzato in sostituzione dell'originator stesso [AII]. La strategia preferenziale di impiego del farmaco equivalente dovrà quindi essere la sostituzione del farmaco originator all'interno del regime. Non sono raccomandate strategie che vedano l'impiego del farmaco equivalente in sostituzione di altra opzione terapeutica dimostratasi superiore, con il solo obiettivo di un vantaggio economico [AIII]. La scelta del farmaco equivalente dovrà quindi ricadere solo tra quelli che consentono di comporre uno dei regimi raccomandati per l'inizio della terapia nel presente documento. Non dovranno quindi essere impiegati regimi non raccomandati (alternativi od opzionali), con l'unico scopo di inserire farmaci equivalenti, anche se questo comporta un vantaggio economico [AIII];
2. Nel paziente in cui è stata già raggiunta la soppressione virologica, in caso di trattamento con il farmaco originator che ha perso la copertura brevettuale e che sia somministrato all'interno di una co-formulazione, va tutelato il principio della continuità terapeutica, tentando di preservare il principio del minor numero di compresse possibile, o comunque in accordo con il paziente rispetto alla scelta di assumere più compresse [BIII]. Questo al fine di non rinunciare ai vantaggi acquisiti con l'impiego delle FDC, che hanno garantito negli anni un miglioramento nei livelli di aderenza, e un conseguente vantaggio anche sui costi della terapia. Nel caso di assunzione di farmaco originator non co-formulato, questo potrà essere sostituito dal generico, senza compromettere l'efficacia e con un vantaggio sulla spesa farmaceutica [AIII].

Area di sviluppo e interesse



Ottimizzazione della Terapia

strategie finalizzate alla miglior salute psico-fisica del paziente, attraverso modifiche al regime terapeutico in atto, con finalità differenti, ma sempre in condizioni di soppressione virologica (HIV-RNA <50 copie/mL)



- ❑ riduzione del numero di componenti del regime antiretrovirale (Less Drug Regimen)
- ❑ riduzione del numero di dosi/somministrazioni e di compresse giornaliere in un regime di triplice terapia (FDC= Fixed-Dose Combinations; Monoterapia; STR= Single Table Regimen)
- ❑ Altre strategie

Ottimizzazione della Terapia

Linee Guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1

Edizione 2017

Le principali finalità di un'ottimizzazione terapeutica sono:

- ☐ **Ovviare a una tossicità in atto (switch reattivo);**
- ☐ **Prevenire una tossicità prevedibile (switch preventivo o proattivo);**
- ☐ **Favorire l'aderenza attraverso una riduzione in sicurezza del numero di compresse o di dosi;**
- ☐ **Ovviare a interazioni farmacologiche sfavorevoli**

Ottimizzazione della Terapia

*In pazienti in trattamento efficace con ART a 3 principi attivi (d'ora in poi anche 'farmaci') con più compresse, il passaggio a regimi che contemplano ART a **3 farmaci in una singola compressa**, può **migliorare la durata della risposta virologica, l'aderenza e/o la qualità della vita***

1. Il passaggio a un STR **può migliorare l'aderenza dei pazienti** alla terapia in base ai risultati di diversi studi osservazionali; tuttavia, **questo beneficio non è mai stato documentato da studi randomizzati**. Inoltre, il passaggio ad alcuni specifici STR può migliorare la qualità della vita e la soddisfazione del paziente.
2. Per i suddetti motivi, lo switch a STR, in ottica di miglioramento di aderenza e qualità della vita, è in generale **moderatamente raccomandato [BII]**.

Ottimizzazione della Terapia

*In pazienti in trattamento efficace con ART a 3 farmaci, **il passaggio a regimi a 2 farmaci** può mantenere la risposta virologica, **migliorare la tollerabilità o ridurre la tossicità?***

1. La soppressione virologica in pazienti in terapia efficace con regimi a tre farmaci può essere mantenuta con il cambio verso alcuni regimi a due farmaci con i seguenti livelli di raccomandazione:

- a. DTG + RPV [AI];
- b. ATV/r + 3TC, DRV/r + 3TC [AI per switch da PI con booster, BI per switch da altri regimi];
- c. DRV/r + RAL, DRV/r + RPV [CI];
- d. DTG + 3TC [BII].

.....

4. I regimi a 2 farmaci hanno in generale documentato una riduzione della tossicità ossea e renale attribuibile a TDF.

*In pazienti in trattamento efficace con ART a 3 farmaci, **il passaggio a monoterapia** con un PI associato a booster o con DTG può mantenere la risposta virologica, **migliorare la tollerabilità o ridurre la tossicità?***

1. Gli studi di switch a monoterapia, sia con inibitore delle proteasi che con DTG, hanno costantemente evidenziato un insufficiente controllo della replicazione virale rispetto al braccio di terapia triplice standard.

Ottimizzazione della Terapia

*In pazienti in trattamento efficace con ART a 3 farmaci contenente PI associato a booster o NNRTI, **il passaggio a regimi contenenti InSTI o RPV** può, mantenendo la risposta virologica, **migliorare la tollerabilità, ridurre la tossicità o modificare le interazioni farmacologiche?***

1. In pazienti in trattamento efficace con ART a tre farmaci contenente **PI associato a booster**, il passaggio a regimi contenenti RPV è raccomandato, [AI].
2. In pazienti in trattamento efficace con ART a tre farmaci contenente **PI associato a booster**, il passaggio a regimi contenenti EVG/COBI/FTC/TDF è raccomandato, [AI]; lo stesso si è verificato con lo switch da ATV/r/FTC/TDF a EVG/COBI/FTC/TAF [AI].
3. In pazienti in trattamento efficace con ART a tre farmaci contenente **PI associato a booster**, la sostituzione del PI con DTG è raccomandata, [AI].

Ottimizzazione della Terapia

*In pazienti in trattamento con ART a 3 farmaci contenente TDF/FTC, **il passaggio a regimi contenenti ABC/3TC o TAF/FTC** può mantenere la risposta virologica **migliorare la tollerabilità, ridurre la tossicità o modificare le interazioni farmacologiche?***

1. Il passaggio da **TDF/FTC** ad **ABC/3TC** ha dimostrato efficacia virologica sovrapponibile, riduzione della creatininemia ed aumento di eGFR e riduzione della frequenza di proteinuria, e **si associa a un miglioramento della densità minerale ossea a livello femorale, ed è pertanto raccomandato [AI]**.
2. In corso di terapia con **ABC/3TC** è **comunque raccomandato monitoraggio del rischio cardiovascolare** che in studi osservazionali è stato osservato essere più alto in associazione a terapia con ABC [AII].
3. **Il passaggio da TDF a TAF ha dimostrato di poter ridurre la tossicità renale e ossea associate a TDF**, e, in trial clinici in cui rimaneva invariato il resto della terapia, ha dimostrato di essere in grado di mantenere l'efficacia del regime e ridurre le interruzioni dello stesso per tossicità. **Lo switch a tali regimi è pertanto raccomandato [AI]**.
4. **Sia il passaggio da TDF a TAF che quello da TDF ad ABC peggiorano il profilo lipidico** e vanno pertanto considerati con cautela in pazienti dislipidemici o a rischio cardiovascolare [AI].

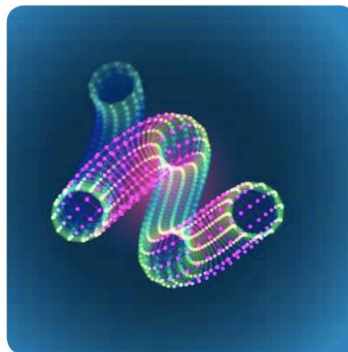
Ulteriori commenti

- Uno studio di confronto su pazienti naive non ha evidenziato differenze in termini di tossicità renale e ossea tra TAF/FTC e ABC/3TC, quando somministrati con un INSTI unboosted
- Uno studio randomizzato di switch da ABC/3TC a TAF/FTC (mantenendo invariato il terzo farmaco) non ha evidenziato alcun vantaggio in termini di tossicità renale, ossea, modifica del profilo lipidico.

Trattamento dell' HIV in Veneto

Quali strategie ?

- ❑ Individuazione e trattamento precoce dei pazienti
- ❑ Personalizzazione delle terapie –ottimizzazione
- ❑ A parità di efficacia scelta del regime meno costoso
- ❑ Risparmi attraverso l'uso dei generici
- ❑ Utilizzo mirato dei farmaci ad alto costo



Con il patrocinio di:



VICENZA

AULA MAGNA ING. CRESELE
POLO UNIVERSITARIO ULSS 8 BERICA
CONTRÀ SAN BORTOLO 85
12 MARZO 2019

**UPDATE HIV
NELLA REGIONE DEL VENETO**



Grazie per
l'attenzione



REGIONE DEL VENETO