

UPDATE HIV NELLA REGIONE DEL VENETO

VICENZA

**AULA MAGNA ING. GRESELE
POLO UNIVERSITARIO ULSS 8 BERICA**

CONTRÀ SAN BORTOLO 85

12 MARZO 2019

TAVOLA ROTONDA

PDTA: verso una Governance condivisa con i pazienti e i clinici

Marina Malena

UOS Malattie Infettive Verona

Azienda Scaligera

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

Fondazione
theBRIDGE
SCIENZA
TRA CLINICA
E SOCIETÀ

2019 **MOTORE** 
SANITÀ
Gestire il Cambiamento

Nuovi approcci ad una storia naturale mutata

Le persone sieropositive, se diagnosticate in tempo, grazie alle terapie antivirali disponibili, invecchiano come le persone di pari sesso ed età senza infezione. Le situazioni drammatiche e di emergenza che hanno caratterizzato i primi anni dell'epidemia, sono fortunatamente solo un ricordo nel nostro paese ad eccezione dei casi non diagnosticati che giungono all'osservazione a malattia conclamata ed avanzata.

I farmaci oggi disponibili non possiedono più la tossicità dei primi composti e consentono di controllare completamente la replicazione del virus, arrestare l'evoluzione dell'infezione ed azzerare l'infettività delle persone in cura.

In questi ultimi tempi ha perso anche significato il monitoraggio frequente strettamente infettivologico viroimmunologico (come ad esempio la conta dei linfociti CD4 +), a favore del **monitoraggio o stima dei rischi per le comorbidità**, le quali hanno sostituito il virus nell'impatto sulla salute e qualità di vita dei pazienti. A questo proposito è essenziale un **approccio multidisciplinare** della cronicità e capire quali siano le situazioni in cui l'infettivologo deve delegare ai diversi specialisti la responsabilità della cura (non antivirale), che di volta in volta si presenta, per affrontare al meglio il percorso terapeutico del paziente nella complessa gestione delle comorbidità.

I numerosi studi prodotti in questi ultimi anni hanno ampiamente dimostrato che **le persone in cura non sono più contagiose per i loro partner**. Le tecniche di lavaggio del seme e di fecondazione assistita ai fini riproduttivi in coppie con l'infezione, molto utilizzate sino a pochi anni fa, si applicano ora, anche in queste coppie, solo in casi infertilità e sterilità.

Se si considera inoltre la recente possibilità, che si è concretizzata anche nel nostro Paese, dimostrata in numerosi studi, di poter effettuare una **profilassi antivirale nei soggetti sieronegativi a rischio** di acquisizione dell'infezione (**PrEP**: profilassi pre-esposizione), disponiamo di un'ulteriore strategia a favore della interruzione della catena epidemica, come peraltro dimostrato nei paesi dove sono già state attuate delle campagne a tal proposito.

L'offerta della PrEP è infatti un obiettivo cruciale nelle strategie di prevenzione del "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) 2017-2019" del 07.12.2016, per attuare la cosiddetta *prevention cascade*, e va implementata come percorso e risorsa importante nei programmi di prevenzione, assieme alla **diffusione del testing per HIV e il counseling**.

Declino delle nuove diagnosi in omosessuali maschi a Londra dopo l'implementazione della PrEP.
Nwokolo et al. (2017) "Rapidly declining HIV infection in MSM in central London" *The Lancet* 4, e482-3

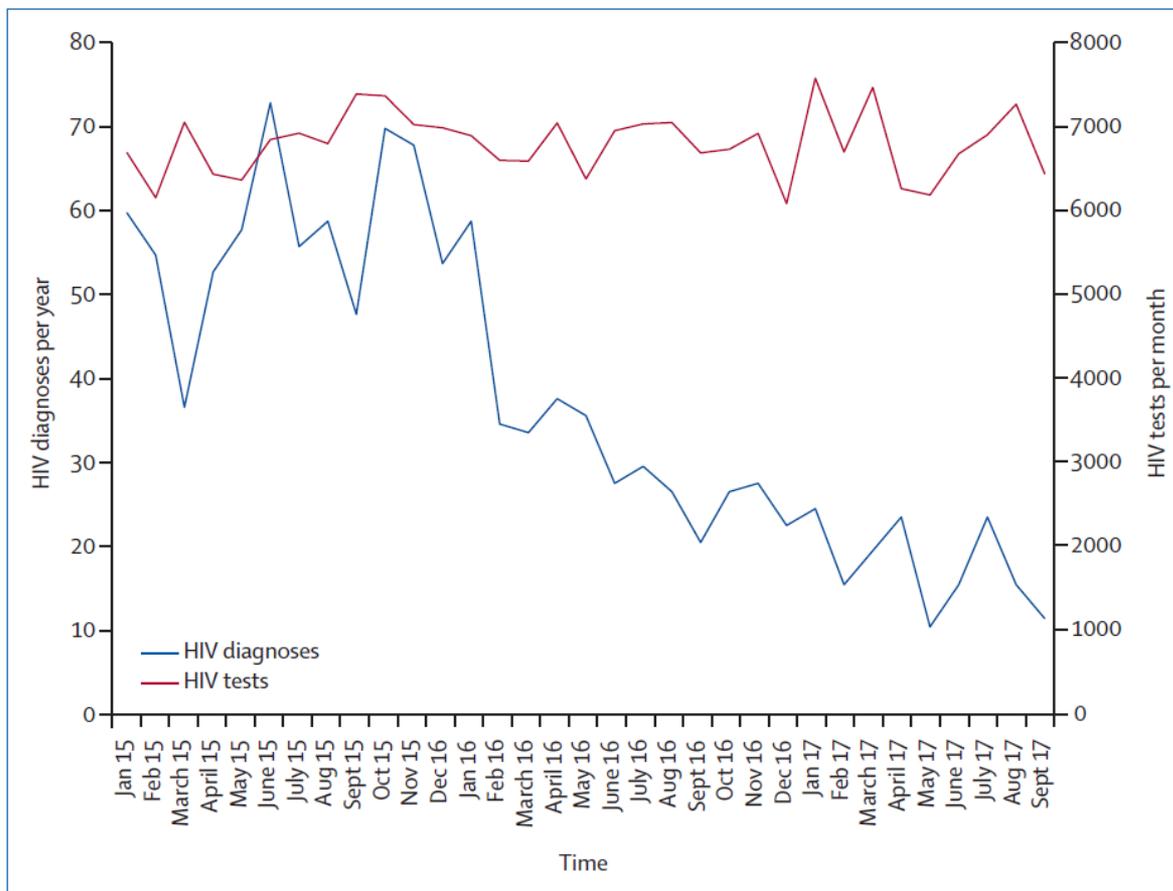


Figure: HIV diagnoses at the 56 Dean Street service in London UK

A fronte di questi enormi progressi della ricerca scientifica nell'ambito della cura va detto però che lo stigma della nostra società nei confronti delle persone sieropositive non è diminuito di pari passo, ma è ancora fortemente presente e spesso "pesante" per i pazienti. Questo si nota purtroppo talvolta anche in ambito sanitario, quando ai pazienti HIV+ vengono riservati percorsi inutilmente differenziati e stigmatizzanti, rispetto agli altri pazienti, senza tener conto di quanto maggiore possa essere il rischio di trasmissione con pazienti, appartenenti alla quota "sommersa" di casi HIV+ che, non conoscendo il loro stato e non sottoponendosi alle terapie, sono certamente più a rischio di trasmettere il virus, rispetto ai soggetti sieropositivi in terapia che dichiarano il loro stato.

In sintesi è necessario uno sforzo comune dei vari *stake holders* coinvolti con l'obiettivo di:

- **promuovere una gestione multidisciplinare specialistica del paziente,**
- **implementare la PrEP definendone le modalità economiche di gestione del paziente «a rischio»**
- **implementare il testing HIV**
- **ridurre lo stigma.**

Brevi osservazioni e considerazioni sulla popolazione seguita per infezione da HIV presso l'UOS Malattie Infettive AULSS 9 Scaligera

Anno 2018 totale pz seguiti : 566 (numerosità pressochè stabile negli ultimi anni)

Terapia antiretrovirale

- in HAART: 97.5%
- in soppressione virologica: 96%

Mortalità

Tre pazienti deceduti nel 2018

- 2 per K polmone
- 1 per sepsi

Composizione e caratteristiche dei diversi regimi terapeutici (HAART)

In toto 62 diversi regimi terapeutici

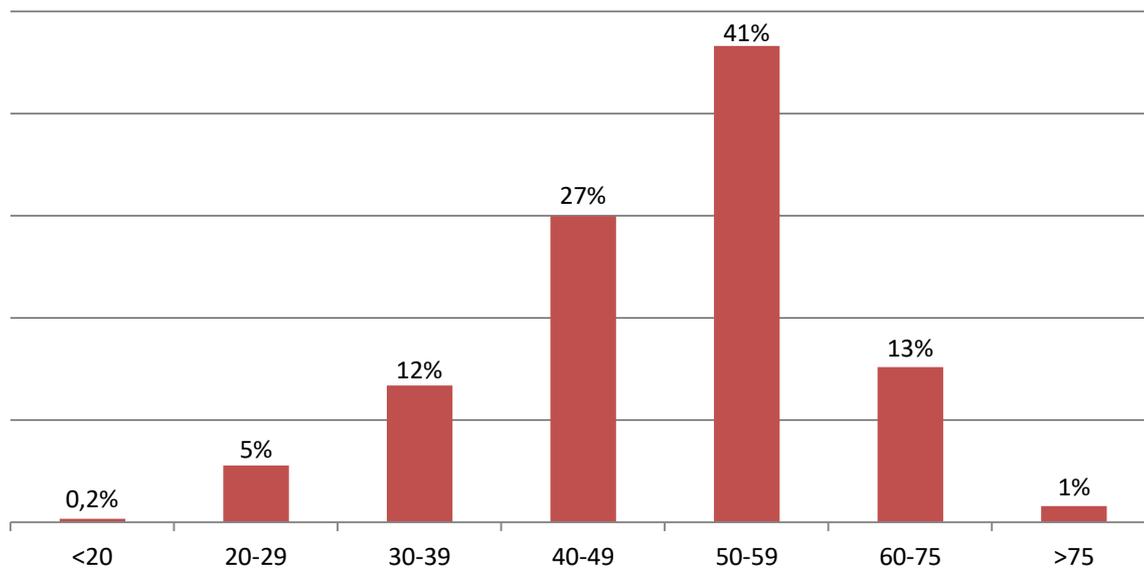
- 25% contenenti PI (37 regimi differenti)
- 43% contenenti INTI (26 regimi differenti)
- 41% contenenti un NNRTI

- 64% in regime “standard” con backbone + terzo farmaco (29 regimi diversi)
- 30% in regime dual
 - 19% regime dual con 1NRTI (TDF o 3TC) + “core agent” (7 regimi diversi)
 - 11% regimi dual diversi da sopra (18 regimi diversi)
- 4% in monoterapia con PI

Infine:

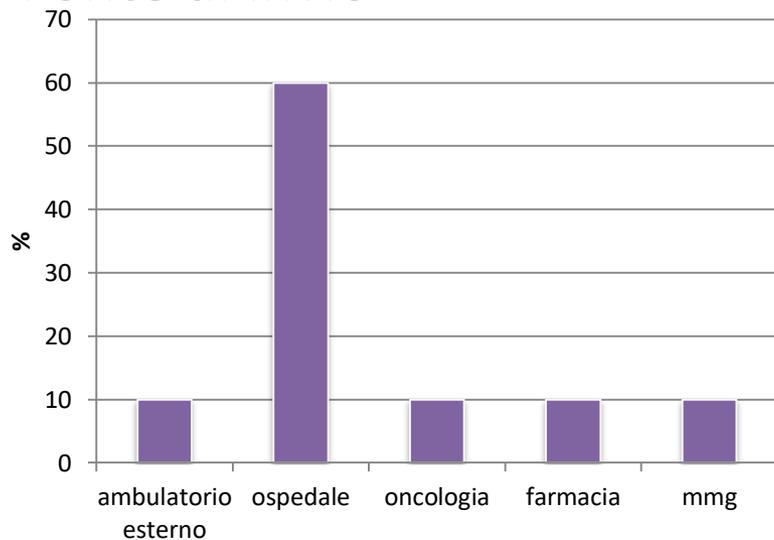
- 9 pazienti MDR inseriti nel progetto «Prestigio» (San Raffaele Milano)
- 5 pazienti con regimi complessi a 3 o più classi terapeutiche

Fasce d'età dei pazienti seguiti 2018

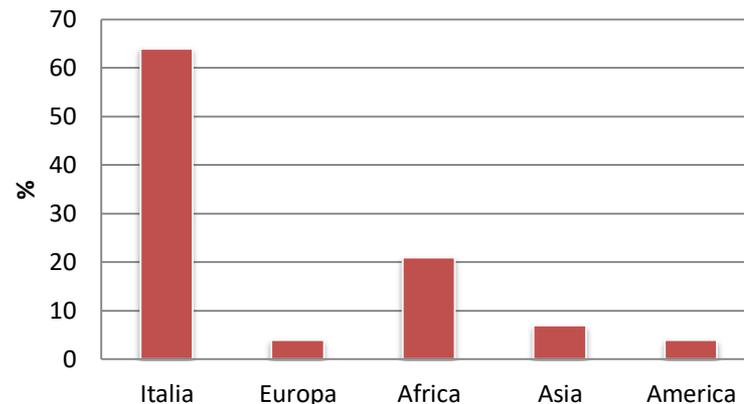


Pazienti acquisiti nel 2018 (tot 28)

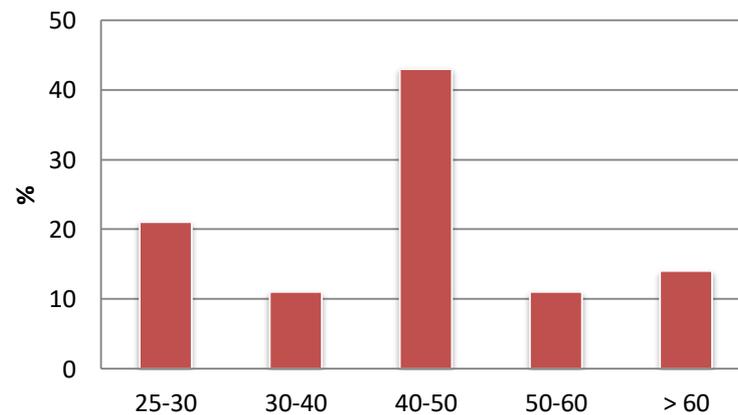
Fonte di invio



Provenienza geografica

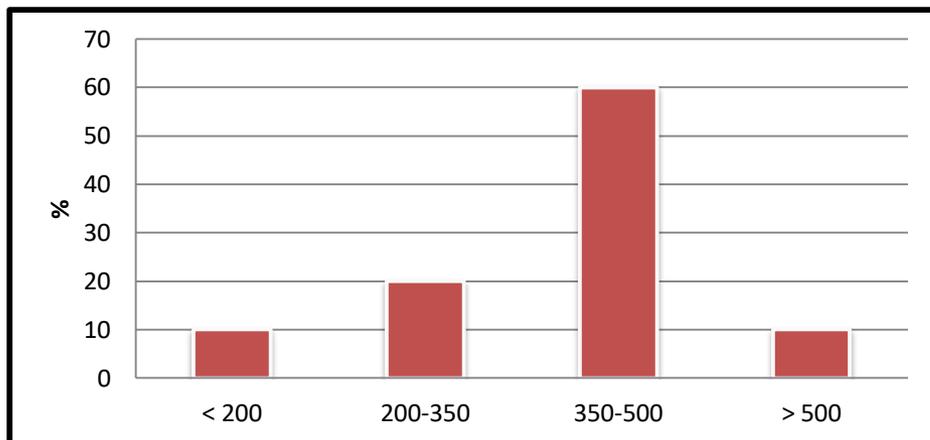


Età

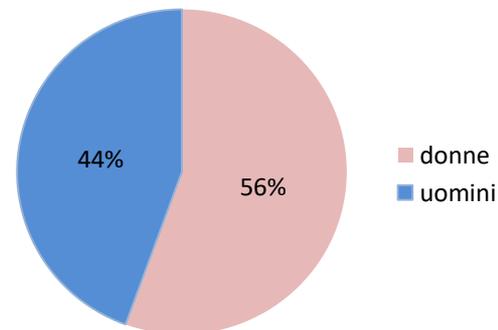


Nuove diagnosi 2018 (tot 10)

CD4 alla diagnosi



Sesso dei pazienti con nuova diagnosi anno 2018



Età mediana 40 anni (range 25-68)

