

EACS 2023

19th European AIDS Conference

Si è tenuta a Varsavia, dal 18 al 21 Ottobre 2023, la 19° Conferenza dell'European AIDS Clinical Society (EACS).

Con il tema "È tempo di rivisitare!", l'invito degli organizzatori è stato non solo a (ri)visitare la città di Varsavia dove un'analoga Conferenza si era tenuta circa vent'anni prima, ma anche lo stato attuale della ricerca scientifica impegnata nella lotta contro l'HIV e altre co-infezioni.

PARITÀ, PREVENZIONE, PREGIUDIZI

Durante la Conferenza si è sottolineata l'importanza della parità di accesso al trattamento farmacologico sia per i paesi dell'UE che per quelli extra-UE con un occhio di riguardo all'Asia Centrale e alle regioni limitrofe, e la necessità di standards di cura comuni.

Un'attenzione particolare è stata rivolta alle popolazioni emarginate e molte sessioni si sono occupate di migrazione e HIV, come anche della riduzione del danno intesa come un modello scientifico di tutela della salute pubblica che privilegia la diminuzione degli effetti negativi del consumo di droga.

La Conferenza ha evidenziato come l'Europa si trovi ad affrontare ancora molte sfide, dall'impatto sproporzionato dell'epidemia di COVID-19 alla guerra in Ucraina fino alla scoperta di un nuovo agente patogeno, vale a dire il Mpox.

Si è a lungo discusso anche di prevenzione e di opt-out tests e delle barriere alle pratiche di prevenzione e a come abatterle. Si è parlato anche di PrEP e di HIV vaccine e di cura.

Le linee guida europee sono state aggiornate e appena il testo sarà disponibile le condivideremo sul nostro sito.

LA COMMUNITY

La community ha avuto uno spazio importante durante la Conferenza grazie al lavoro di coordinamento dell'European AIDS Treatment Group (EATG). Vedi ad esempio la sessione speciale che trattava di "Empowering communities and clinicians for harm reduction and mental health". Ma non solo, la community era presente in molte altre sessioni come ad esempio HIV e cura, stigma e aging dove è stato presentato il Manifesto di Glasgow.

EACS AL FEMMINILE

Molte sessioni si sono occupate delle donne e delle loro molteplici esperienze in relazione al trattamento farmacologico e di come in molti casi convivere con l'HIV non sia la preoccupazione maggiore per molte donne che vengono discriminate perché tossicodipendenti o perché sono migranti.

Queste due condizioni anche nel caso di una migrazione legalmente riconosciuta e supportata, si traducono in difficoltà nell'aderire ad un trattamento farmacologico preconcordato e spesso risultano nell'abbandono del trattamento o nella discontinuità.

Si è parlato anche di PrEP al femminile. Un poster della conferenza ha mostrato che la maggior parte delle donne che utilizzavano la PrEP (farmaci regolari per prevenire l'HIV) in una clinica di Parigi erano transgender (60% del totale) e provenivano dal Sud America (78% del totale).

In comune con molti altri studi sulla PrEP, le donne cisgender avevano meno probabilità delle donne transgender di continuare la PrEP per più di pochi mesi.

Tra aprile 2017 e aprile 2023, 175 donne sono state valutate per la PrEP e 161 l'hanno iniziata. Di questi, 97 erano transgender e 64 cisgender. La maggior parte (125) erano originari del Sud America, 28 della Francia o di altre parti d'Europa e otto dell'Africa subsahariana.

Ad aprile 2023, 90 donne avevano interrotto la PrEP. Nell'analisi multivariata, le donne transgender avevano il 64% di probabilità in meno di interrompere la PrEP rispetto alle donne cisgender.

La metà delle donne cisgender che ha iniziato la PrEP, l'ha interrotta cinque mesi dopo averla iniziata, mentre la metà delle donne transgender ha impiegato 20 mesi per interromperla.



AGING

Di Aging si è molto discusso durante la conferenza e molti sono stati gli abstracts e le sessioni che hanno sviluppato in particolare i temi di sarcopenia e fragilità.

Interessantissima una intera sessione dedicata ad Aging e coordinata dal prof. Guaraldi dell'università di Modena dove si è appreso che la *frailty* è reversibile a seguito di interventi adeguati e tempestivi. Si è discusso anche di qualità della vita e di quanto sia importante rispetto alla lunghezza della vita.

INTERRUZIONE E RIDUZIONE DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Moltissime le sessioni e gli abstracts sul tema del trattamento farmacologico e la sua interruzione. Ad esempio, uno studio ha evidenziato che quasi la metà delle persone che convivono con HIV in cura presso una delle più grandi cliniche di Parigi, nel 2022, ha beneficiato di regimi antiretrovirali costituiti da due farmaci o di un regime intermittente.

Tali strategie di riduzione dei farmaci hanno quasi dimezzato il costo della cura tra il 2015 e il 2022. Questo studio ha evidenziato come i regimi a due farmaci che combinano Dolutegravir con Lamivudina (Dovato) o Rilpivirina (Juluca) si siano dimostrati efficaci quanto i regimi a tre farmaci nel sopprimere la carica virale.

Sono stati studiati anche regimi di trattamento intermittenti – quattro giorni sì e tre giorni no. Lo studio **QUATUOR** condotto in Francia ha rilevato che un regime intermittente manteneva la soppressione virale così come il trattamento continuo, ma con un tasso leggermente più elevato di fallimento virologico dopo due anni.

Tuttavia, un altro studio, sempre condotto in Francia, ha rilevato che un programma di quattro giorni sì e tre giorni no per la terapia con due farmaci ha comportato una maggiore frequenza di fallimento virologico e resistenza ai farmaci.

Per valutare l'adozione di queste strategie, il loro impatto sulla soppressione virale e la spesa per il trattamento antiretrovirale, i ricercatori hanno seguito 2288 persone con HIV che erano in cura nel 2015 presso l'ospedale Pitié-Salpêtrière di Parigi.

All'inizio dello studio, il 78% stava assumendo un trattamento con tre farmaci e il 22% un trattamento con due farmaci.

Di coloro che avevano assunto un trattamento giornaliero con tre farmaci nel 2015, il 23% era passato al trattamento giornaliero o intermittente con due farmaci entro il 2022 e il 19% era passato al trattamento intermittente con tre farmaci. Di coloro che hanno assunto il trattamento con due farmaci al giorno nel 2015, il 60% ha continuato lo stesso trattamento, il 19% è passato al trattamento intermittente con due farmaci e il 24% è passato al trattamento con tre farmaci.

Entro il 2022, la metà di tutti i pazienti analizzati stava assumendo un trattamento a ridotto dosaggio. Non è stato riscontrato alcun cambiamento nella percentuale di persone con una carica virale non rilevabile.

Nel complesso, le strategie di trattamento a riduzione sono state associate ad una riduzione del 29% dei costi e le strategie di trattamento intermittente con una riduzione del 58%.

Tuttavia, va notato che il costo di tutte le strategie di trattamento è diminuito tra il 2015 e il 2022, in parte a causa della maggiore disponibilità di versioni generiche comunemente prescritti.

Secondo un'altra ricerca presentata alla Conferenza, le persone che convivono con l'HIV attualmente cambiano i loro regimi terapeutici due volte più spesso rispetto a dieci anni fa. Ciò potrebbe riflettere la disponibilità di opzioni più sicure e la possibilità di adattare i regimi farmacologici alle esigenze individuali delle persone.

SWITCH PER INTOLLERANZA

Un team di ricercatori ha raccolto dati medici relativi a 10.905 persone che convivono con l'HIV seguite in quattro cliniche a Londra, e che hanno cambiato trattamento tra agosto 2021 e gennaio 2022.

In questo periodo, sono stati modificati 984 regimi, per un totale di un tasso di cambio annuo di 18 %.

Analogamente a dieci anni fa, la ragione principale del cambiamento di trattamento farmacologico è stata l'intolleranza ai farmaci, che rappresentava il 37% di tutti i cambiamenti.

Efavirenz, presente in Atripla, ha rappresentato un quarto di tutti i cambi legati alle intolleranze. Tenofovir disoproxil (TDF), presente in regimi multipli a compressa singola, rappresentava il 23%, e il cambio è probabilmente avvenuto a causa della disponibilità della formulazione alternativa Tenofovir Alafenamide (TAF).

Dolutegravir, un componente di Triumeq, Juluca e Dovato, è stato il terzo farmaco più cambiato a causa di intolleranza (13%).

SWITCH PER INTERAZIONE

La seconda ragione più comune per cambiare trattamento sono state le interazioni farmacologiche, che rappresentano il 33% di tutti i cambiamenti in questa coorte, un aumento di otto volte rispetto a dieci anni fa. Ciò potrebbe riflettere l'invecchiamento di molte persone affette da HIV, il che significa che sempre più persone assumono cure per altre condizioni di salute croniche.

La semplificazione del trattamento è stata la terza ragione più comune, rappresentando il 17% di tutti i passaggi. La semplificazione osservata più frequentemente è stata il passaggio dal regime a tre farmaci Triumeq al regime a due farmaci Dovato.

L'aumento dei cambi di trattamento può essere spiegato con il rapido aumento delle opzioni sul mercato dei farmaci per l'HIV nell'ultimo decennio. I cambiamenti più frequenti non sono necessariamente motivo di preoccupazione; al contrario, potrebbero riflettere la disponibilità di opzioni migliori e la volontà dei medici e delle persone con HIV di provare regimi diversi al fine di ridurre al minimo gli effetti collaterali e le interazioni farmacologiche.

ANCORA SU DOLUTEGRAVIR

Per quanto riguarda la scelta di cambiare terapia farmacologica, uno studio ha evidenziato come Dolutegravir può aumentare la coagulazione del sangue, influenzando il rischio di ictus e infarto.

Dolutegravir, un farmaco preferito contro l'HIV presente in molte combinazioni come Dovato, Juluca e Triumeq, può causare una coagulazione del sangue non necessaria attivando le cellule note come piastrine.

Quando le piastrine sono state esposte a Dolutegravir alle concentrazioni solitamente osservate nelle persone che usano il farmaco, la loro attività di coagulazione è più che triplicata. Si tratta di esperimenti "da laboratorio" ed è necessaria un'ulteriore valutazione clinica nelle persone che vivono con l'HIV. Le piastrine sono responsabili della coagulazione del sangue quando vengono attivate da stimoli come lesioni tissutali.

Tuttavia, l'iperattivazione può provocare una coagulazione non necessaria, che potrebbe aumentare il rischio di ictus, infarto e altri gravi problemi di salute.

Renos Keniyopoulos e colleghi dell'Imperial College di Londra hanno separato le piastrine dal sangue prelevato da donatori senza HIV. Hanno mescolato le piastrine con sostanze presenti nel corpo che sono note per innescare l'aggregazione piastrinica (coagulazione), quindi hanno aggiunto Dolutegravir.

In una fase separata, hanno anche aggiunto i farmaci con cui solitamente vengono associati Dolutegravir e Bictegravir per valutare se avessero un effetto aggiuntivo.

Rispetto alle piastrine esposte ad una delle sostanze naturali che attivano la coagulazione, il livello di coagulazione osservato in presenza di Dolutegravir è stato 3,6 volte maggiore. In un esperimento separato con un altro fattore scatenante naturale della coagulazione, Dolutegravir ha raddoppiato l'attività della coagulazione.

L'aggiunta degli altri farmaci che solitamente accompagnano Dolutegravir in varie combinazioni non ha modificato gli effetti osservati. Bictegravir sembrava aumentare leggermente l'attività di coagulazione delle piastrine, ma l'effetto era limitato.

Questi risultati si basano su test di laboratorio che non possono riflettere esattamente ciò che potrebbe accadere nel nostro corpo. Consapevole di questa grave limitazione, Renos Keniyopoulos ha dichiarato alla Conferenza che il team sta lavorando a uno studio di follow-up, in cui testeranno il livello di attivazione delle piastrine nelle persone che seguono regimi a base di Dolutegravir.

HIV E EPATITE B

Quasi un terzo delle 267 persone positive all'HIV (28,7%) positive anche per l'anticorpo core dell'epatite B (HBcAb) non ha mantenuto una soppressione completa, definita in modo molto rigoroso, dell'HIV RNA nei 36 mesi successivi al passaggio a Lamivudina più l'inibitore dell'integrasi Dolutegravir (3TC/ DTG) [1]. La positività all'HBcAb indica un'infezione da HBV passata o attuale.

I ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma che hanno condotto questo studio hanno notato come il loro lavoro precedente che mostrava che la positività all'HBcAb ha un impatto negativo sul raggiungimento e sul mantenimento di un carico di HIV non rilevabile nelle persone co-infettate con HBV e HIV [2]. E hanno trovato questa associazione specificamente nelle persone che passavano a una combinazione di 2 farmaci che includeva 3TC [3].

Precedenti lavori hanno anche scoperto che un terzo delle persone con HIV che assumono un regime contenente TDF o TAF hanno una viremia criptica dell'HBV [4] e l'HBV può avviare la replicazione dell'HIV attraverso la sua proteina HBx.

In un nuovo studio di coorte retrospettivo multicentrico, gli stessi ricercatori hanno monitorato il carico di HIV ogni 6 mesi nei 2 anni precedenti e nei 3 anni successivi al passaggio al 3TC/DTG.

In conclusione, quasi un terzo delle persone HBcAb positive che sono passate dal triplo regime antiretrovirale al 3TC/DTG non hanno avuto una soppressione completa (definita in senso stretto) dell'HIV RNA nei 36 mesi successivi al passaggio.

I ricercatori hanno suggerito che le persone HBcAb-positive che effettuano il passaggio antiretrovirale potrebbero trarre beneficio da un follow-up più attento della funzionalità epatica, magari includendo un test del DNA dell'HBV, un'ecografia epatica o un FibroScan. E hanno notato che solo uno studio prospettico può identificare le conseguenze cliniche di livelli così bassi di HIV RNA.



LENACAPAVIR

Potenziale impatto sul futuro della cura

Sono stati presentati nuovi dati a sostegno di Lenacapavir come importante opzione terapeutica per gli adulti affetti da HIV multiresistente (MDR) che hanno una lunga storia di trattamenti farmacologici.

Questi risultati evidenziano l'importanza di Lenacapavir, il primo farmaco iniettabile per il trattamento dell'HIV a lunga durata d'azione somministrato due volte all'anno.

Gli ultimi risultati includono dati a due anni dello studio di Fase 2/3 CAPELLA, che dimostrano come la resistenza a Lenacapavir si sia verificata in una minoranza di partecipanti e solo tra quelli con un'aderenza inadeguata al loro regime di base ottimizzato (OBR) o senza antiretrovirali completamente attivi. Inoltre, un sondaggio tra operatori sanitari e coordinatori che hanno condotto lo studio CAPELLA rivela percezioni positive, suggerendo il potenziale di Lenacapavir nel contribuire a migliorare i risultati clinici e la qualità della vita correlata alla salute per gli adulti che hanno una lunga esperienza di trattamento.

Più in dettaglio CAPELLA è uno studio di Fase 2/3 in corso che valuta la sicurezza e l'efficacia di Lenacapavir in combinazione con altri antiretrovirali come regime di base ottimizzato (OBR) per le persone con HIV multiresistente che hanno una lunga esperienza di trattamento farmacologico.

I ricercatori hanno arruolato 72 partecipanti con HIV in stadio avanzato. Dei 27 partecipanti che hanno soddisfatto i criteri dell'analisi della resistenza, 13 non hanno sviluppato resistenza a Lenacapavir. Quattordici partecipanti hanno sviluppato mutazioni associate alla resistenza al farmaco; è importante sottolineare che tutti e 14 avevano un'aderenza inadeguata al loro OBR (n=10) o un OBR privo di antiretrovirali completamente attivi (n=4), 7 dei 14 partecipanti con resistenza a Lenacapavir resoppressa (HIV-1 <50 copie/mL) dopo la riattivazione - aderenza al proprio OBR o con modifica OBR.

Il meccanismo d'azione a più fasi dell'agente farmaceutico attivo di Lenacapavir è distinguibile da altre classi di agenti antivirali attualmente disponibili.

Mentre la maggior parte degli antivirali agisce solo su uno stadio della replicazione virale, Lenacapavir è progettato per inibire l'HIV in più fasi del suo ciclo di vita e non ha alcuna resistenza crociata nota esibita in vitro con altre classi di farmaci esistenti.

Va ricordato che esistono potenziali rischi associati a Lenacapavir: concentrazioni residue del farmaco possono rimanere nella circolazione sistemica dei pazienti fino a 12 mesi o più. Lenacapavir può aumentare l'esposizione, e il potenziale rischio di reazioni avverse, ai farmaci metabolizzati principalmente dal CYP3A iniziata entro 9 mesi dall'ultima iniezione. È opportuno mantenere l'attenzione riguardo allo schema posologico perché la mancata aderenza potrebbe portare alla perdita della risposta virologica e allo sviluppo di resistenza.

Se si verifica un fallimento virologico, è necessario passare a un regime alternativo, se possibile. Se si interrompe Lenacapavir, è importante iniziare un regime ARV soppressivo alternativo entro 28 settimane dall'ultima iniezione.

LONG ACTING CON CABOTEGRAVIR E RILPIVIRINA

Cabotegravir a lunga durata d'azione (Vocabria) e Rilpivirina (Rekambys) sono il primo trattamento iniettabile Long Acting che è stato approvato nell'Unione Europea nel 2020 per il trattamento di persone con carica virale soppressa.

Tali farmaci sono stati resi disponibili in Italia solo dopo maggio 2022, in cascade nelle regioni. Questo trattamento può apparire un po' complesso. Quando utilizzati per la fase di induzione orale, Cabotegravir orale e Rilpivirina orale devono essere assunti per circa un mese (almeno 28 giorni), per valutare la tollerabilità a tali farmaci.

Una compressa di Cabotegravir da 30 mg deve essere assunta con una compressa di rilpivirina da 25 mg, una volta al giorno. All'ultimo giorno della terapia antiretrovirale corrente o della terapia di induzione orale, la dose iniziale di Vocabria iniettabile raccomandata negli adulti è di una singola iniezione intramuscolare da 600 mg. Vocabria iniettabile e Rilpivirina iniettabile devono essere somministrati in sedi distinte del gluteo nel corso della stessa visita. Gli studi di coorte presentati alla Conferenza hanno dimostrato che questo trattamento farmacologico è altamente efficace.

Uno studio condotto nei Paesi Bassi ha rilevato che il trattamento iniettabile Long Acting con Cabotegravir e Rilpivirina non ha comportato un tasso più elevato di rimbalzo virale superiore a 200 copie. Tuttavia, esaminando cinque casi di rebound virale, si è osservato lo sviluppo di una resistenza farmacologica di alto livello a uno o entrambi gli agenti iniettabili che potrebbe limitare seriamente le future opzioni terapeutiche.

La coorte ATHENA è uno studio nazionale che segue quasi tutti coloro che si occupano di HIV nei Paesi Bassi. Alla Conferenza sono stati presentati i risultati di 619 partecipanti ad ATHENA che fino a settembre 2023 erano passati al trattamento iniettabile Long Acting.

Ciascuna persona che ha effettuato il cambio è stata abbinata a due membri della coorte che non avevano effettuato il cambio per valutare il rischio di fallimento del trattamento. Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nel tasso di fallimento virologico tra le persone passate al trattamento iniettabile (0,9%) e il gruppo di controllo (1,8%).

Un altro studio dell'Università di Zurigo, Svizzera, ha riferito sui risultati di 264 persone che sono passate al trattamento iniettabile. Meno del 3% dei partecipanti allo studio Swiss HIV Cohort hanno cambiato e un sondaggio basato su questionari ha riscontrato un'elevata soddisfazione per il trattamento orale e la preoccupazione che l'intervallo tra le iniezioni ogni due mesi possa portare ad una perdita di libertà.

Secondo lo studio, più persone sarebbero interessate a cambiare se fosse disponibile un intervallo di iniezione semestrale. Otto delle 264 persone che sono passate al trattamento iniettabile lo hanno interrotto.

Due hanno manifestato reazioni avverse al farmaco, uno ha avuto basse concentrazioni di Rilpivirina nel sangue, quattro hanno interrotto per ragioni non correlate al trattamento e uno ha interrotto a causa di fallimento virologico.

Nadir ha pubblicato una guida sugli aspetti principali della somministrazione delle Long Acting per rispondere ai quesiti delle persone in trattamento o che volessero saperne di più.

GUIDA PRATICA
AL
PRIMO REGIME ANTI-HIV
LONG ACTING

SOMMINISTRAZIONE
OGNI DUE MESI

https://www.nadironlus.org/wp-content/uploads/Guida_LA.pdf

Uno studio condotto a Brighton, nel Regno Unito, ha inoltre rilevato che non tutte le persone idonee al trattamento iniettabile Long Acting volevano passare dal trattamento orale dopo averne discusso le implicazioni con un medico. Delle 160 persone esaminate per l'idoneità, 52 non erano idonee (principalmente a causa di resistenza, viremia o interazioni farmacologiche), 57 hanno rifiutato un cambio di trattamento e 33 hanno iniziato un trattamento iniettabile Long Acting, rimanendo tutte viralmente sopresse.

DIABETE O SINDROME METABOLICA Si possono prevedere?

Si è parlato anche di indice di massa corporea (BMI) e di come sia possibile prevedere il rischio di sviluppare il diabete o la sindrome metabolica con la stessa affidabilità dei test più precisi sulla distribuzione del grasso corporeo nelle persone che convivono con l'HIV.

Il BMI (peso in chilogrammi diviso per il quadrato dell'altezza in metri) può essere utilizzato per prevedere il rischio di sviluppare il diabete o la sindrome metabolica (tre qualsiasi tra dislipidemia, aumento dei livelli di glucosio, ipertensione o obesità).

Tuttavia, il BMI non cattura la distribuzione del grasso la misura in cui i muscoli contribuiscono alla massa corporea. Il grasso viscerale, che si accumula attorno agli organi, svolge un ruolo molto maggiore nello sviluppo delle malattie cardiache rispetto al grasso sottocutaneo sotto la pelle.

Tuttavia, la composizione corporea può essere misurata solo mediante scansione DEXA o MRI e questi test non sono disponibili nell'assistenza sanitaria di base o in molte cliniche per l'HIV.

La dott.ssa Jovana Milić e i suoi colleghi della Clinica metabolica dell'Università di Modena volevano scoprire se i cambiamenti nella composizione corporea misurati dalla DEXA fossero predittori migliori rispetto al BMI dello sviluppo del diabete o della sindrome metabolica nelle persone con HIV.

Lo studio ha seguito 1895 partecipanti (70% maschi) per una media di 5,8 anni, durante i quali sono stati sottoposti in media a cinque scansioni DEXA. Durante il follow-up, 219 persone hanno sviluppato il diabete (incidenza 1,5 per 100 anni-

hanno una sindrome metabolica (3,7 per 100 anni-persona) e 417 hanno presentato l'esito composito di diabete o sindrome metabolica (4,1 per 100 anni-persona). Cambiamenti nel BMI, nel grasso del tronco, nella massa magra, nella densità minerale ossea lombare e nel grasso viscerale, hanno predetto ciascuno lo sviluppo del risultato composito.

Il gruppo di ricerca ha scoperto che, sebbene i cambiamenti del grasso viscerale e della massa magra si siano rivelati i migliori predittori del risultato composito, anche i cambiamenti nel BMI erano predittivi.

I ricercatori hanno concluso che se la scansione DEXA non è disponibile, il BMI e le variazioni del BMI sono affidabili per stimare il rischio di diabete e sindrome metabolica.

Va tuttavia sottolineato che, poiché lo studio non riportava l'etnia dei partecipanti né analizzava i cambiamenti nel peso e nella composizione corporea in base all'etnia, non è chiaro se i risultati siano applicabili in tutti i contesti.

Le differenze etniche nella distribuzione del grasso corporeo e nella massa muscolare magra contribuiscono anche alle differenze nei livelli di BMI ai quali aumenta il rischio di diabete o di malattia cardiovascolare.

Un recente studio condotto nel Regno Unito ha rilevato che le persone originarie dell'Asia meridionale con un BMI pari a 23 avevano lo stesso rischio di diabete dei caucasici con un BMI pari a 30.

IN CONCLUSIONE

La Conferenza di EACS ha offerto ai partecipanti molte opportunità di condividere conoscenza scientifica e di consolidare e creare networks all'interno dei quali spesso la community ha un ruolo centrale. Tuttavia, molto ancora rimane da fare, non solo sul piano meramente scientifico ma per quanto riguarda la messa in pratica di uno standard comune di cura a livello Europeo perché, esistono ancora molte barriere in relazione all'accesso, all'aderenza e alla gestione delle co-morbidità.

L'appuntamento è al 2025 a Parigi. Con il tema "From Science to Policy", la 20° Conferenza di EACS vuole sottolineare l'impegno nel tradurre i progressi scientifici in politiche efficaci che siano veramente in grado di contrastare l'HIV e permettano a coloro che convivono con l'HIV una migliore qualità della vita.