

Rinascita sotto le due torri

XXVII Convegno Anlaids - Intervista a Dario Bragadin, co-presidente

Il XXVII Congresso nazionale Anlaids si terrà a Bologna il 12 e 13 dicembre. Come è ormai tradizione, le due giornate offriranno occasioni distinte di approfondimenti in ambito scientifico e di scambi e discussioni relativi al ruolo del volontariato e dell'impegno nel sociale. Ad arricchire la prima giornata le presentazioni dei maggiori esperti e ricercatori italiani sui temi più urgenti in materia di trattamento dell'infezione da Hiv. La seconda giornata, invece, sarà aperta da una lettura di un ospite eccezionale come l'ex presidente del Consiglio e ex presidente della Commissione Europea Romani Prodi. Ad organizzare il Congresso nel ruolo di presidenti, Pierluigi Viale, direttore della Clinica di Malattie Infettive del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, e Dario Bragadin, presidente di Anlaids Emilia-Romagna, al quale abbiamo chiesto di illustrarci i contenuti della seconda giornata.

Perché quest'anno il Congresso Nazionale a Bologna?

Le ragioni sono più d'una. La prima è che la sezione di Anlaids dell'Emilia Romagna è diventata una onlus, organizzazione non lucrativa di utilità sociale, e conta oggi circa 315 soci che corrispondono circa alla metà di tutta l'associazione nazionale. A ciò si aggiunge che con il nuovo consiglio abbiamo dato un enorme impulso all'attività. Grazie al professor Viale e al dottor Colangeli, soci storici, ma anche al dottor Contini, che fu addirittura uno dei fondatori di Anlaids nel lontano 1988, abbiamo concentrato ogni sforzo sulla ricerca scientifica e sulla ricerca di nuove adesioni. Il lavoro fatto fu già riconosciuto e premiato dalla scorsa presidente Fiore Crespi, che intervenne nel nostro convegno del Pro-



getto scuola. Proprio in quell'occasione pensammo anche che si potesse rinforzare la nostra presenza tra gli adolescenti riformando quello storico progetto che oggi forse è un po' datato, superando l'idea della sola assegnazione di borse di studio rilanciando l'interesse per gli studenti in una nuova forma. Proprio grazie al Progetto Scuola abbiamo riacceso l'interesse e dato il via a una presenza territoriale significativa. Per questo il Congresso a Bologna è un bel segnale e un bel riconoscimento del lavoro svolto sin qui.

Parliamo delle attività di Anlaids Emilia Romagna.

Cerchiamo di portare l'informazione su Hiv nelle situazioni sociali, come fiere e sagre, oltre che naturalmente durante la settimana del bonsai. Per il 1° dicembre faremo 8-9 spettacoli con Fabrizio Dossena soprattutto nelle scuole, non solo a Bologna ma anche in altre località dove è attivo il SISMI, Segretariato Italiano Studenti di Medicina. L'obiettivo è quello di rafforzare la collaborazione con questa importante associazione che rappresenta i futuri medici e puntare ad un efficace percorso di formazione. Anlaids si è infatti sempre distinta per un impegno importante nel campo della formazione e informazione: a Bologna ci sono tante altre associazioni impegnate in questo settore, il nostro compito sarà appunto di ristabilire le nostre priorità in base alla identità e alla storia dell'associazione. Anche nell'ambito del Progetto Scuola, infatti, abbiamo contattato Regione e Comune per mettere in piedi

continua a pag. 3

Una AIDS-free generation

Editoriale di Mauro Moroni



La storia della terapia antiretrovirale ha proceduto "a strappi". Un primo strappo in avanti dovuto alla disponibilità inizialmente solo sperimentale di un certo farmaco, poi quella di un altro nuovo farmaco o di una nuova classe di farmaci o di una metodica di laboratorio in grado di migliorare il controllo sull'efficacia dei farmaci e, prima ancora, di studi capaci di informare le scelte relative ai farmaci di volta in volta più appropriati. La prima tappa è stata rappresentata dalla disponibilità della zidovudina o AZT. Il farmaco ha di fatto inaugurato l'era della ART, iniziando il percorso verso le terapie "salvavita" di oggi. Quando l'AZT è stata proposta l'atteggiamento di molti, direi di troppi, non è stata affatto "entusiastico" e neppure "cordiale". Subito sono stati avanzati sospetti sul farmaco stesso e su presunte strategie speculative del cartello delle aziende farmaceutiche. I risultati iniziali, peraltro, erano più che modesti, mentre consistenti sono subito apparsi gli eventi avversi. La ricerca clinica ha rapidamente fatto chiarezza: il "torto" della zidovudina era quello di essere l'unico farmaco disponibile e che

continua a pag. 2

**Editoriale di Mauro Moroni***segue da pag.1*

pertanto poteva solo essere utilizzato in monoterapia. Regime che, come è oggi ben noto, non "regge" nel tempo con nessuna delle anche più potenti e recenti molecole ARV.

La seconda tappa è iniziata con la messa a punto di altri farmaci della medesima famiglia, gli inibitori delle trascrittasi inversa o NRTI: DDI, DDC, D4T, 3TC. L'efficacia delle associazioni di due farmaci si è subito manifestata nell'inversione della curva di mortalità, per la prima volta in discesa dall'inizio della terapia.

La duplice terapia è fragile e si è dimostrata di efficacia limitata nel tempo ma ha messo in evidenza il lato debole di HIV: la sua incapacità a sopravvivere ad un attacco concentrico su più bersagli. L'intuizione della duplice terapia ha trovato conferme che non è eccessivo definire "clamorose" con l'impiego di 3 farmaci differenti appartenenti a due classi farmacologiche distinte. Questo è stato possibile con l'impiego delle molecole NNRTI, gli analoghi non nucleosidici della trascrittasi inversa, gli inibitori delle proteasi e ultimamente delle integrasi.

Oggi, le casistiche dei centri di cura più apprezzati indicano che oltre il 92% delle persone con HIV in terapia ha raggiunto stabilmente la carica virale soppressa. Risultato straordinario, raggiunto in poco più di 30 anni e che, forse, non trova esempi in alcun altro capitolo della patologia umana.

Il tempo è quindi maturo per guardare oltre, imperativo d'obbligo per la Ricerca con la R maiuscola e, oggi, "guardare oltre" si-

gnifica pensare ad una prossima generazione di "AIDS free". Progetto ambizioso, di cui oggi si parla nei convegni e sulle riviste scientifiche e questo è un ottimo segnale perché significa che ci si crede.

Il concetto di "terapia funzionale" è oggetto di discussione aperta e potrebbe rappresentare la premessa per giungere all'eradicazione. L'obiettivo, oltre a liberare milioni di persone dallo stato di portatore di HIV, libererebbe ingenti risorse economiche, oggi destinate ai costi della terapia ARV.

L'elevata percentuale di cittadini HIV+ con replicazione virale soppressa e carica virale inferiore a 30 o 20 o 10 o 5 copie/ml riduce significativamente il rischio di contagio e la diffusione di HIV tra i soggetti "a rischio". Sono stati affidati alla letteratura scientifica numerosi modelli matematici ed anche dati sperimentali raccolti sul territorio. Le conclusioni sono univoche: le strategie "test and treat" funzionano, ove applicate, ovviamente nel rispetto dei diritti individuali e delle buone pratiche cliniche, la carica virale di comunità si riduce sensibilmente e, contemporaneamente, il numero delle nuove infezioni.

"Terapia funzionale", emergenza del sommerso, trattamento precoce e poi semplificazione dei regimi terapeutici, controllo e trattamento degli effetti avversi e poi, come sempre, educazione, prevenzione, informazione non rappresentano percorsi alternativi. Sono gli obiettivi, gli stimoli, i progetti che, occorre crederci, porteranno alle generazioni AIDS free. ♀

Congresso Anlaids - Intervista a Dario Bragadin*segue da pag. 1*

interventi coordinati già da questa stagione scolastica in maniera che l'intervento nelle scuole sia il più possibile univoco e mirato. Puntiamo più che a una semplice somministrazione di dati per sapere come i giovani fanno sesso o fanno prevenzione, ad un sistema di stimolo per prendersi cura in toto della propria salute. Vogliamo attivarci per allargare il nostro campo di intervento coinvolgendo dentisti e esperti di alimentazione. Vorremmo che si capisse l'importanza della dieta per evitare patologie. Quindi stiamo allargando il concetto di salute uscendo dal confine specifico dell'Hiv.

Che taglio avrà il convegno Anlaids a Bologna?

Innanzitutto avremo Romano Prodi come relazione d'apertura. Racconterò dei pro e dei contro della globalizzazione, vantaggi e svantaggi tra cui il ritorno di malattie che non c'erano. Gli è stato chiesto di non fare solo un discorso sociale ma di provare ad entrare anche nella tematica sanitaria. Come ad esempio il ritorno della tubercolosi. Dopo Prodi ci sarà un flash voluto dal professor Moroni sui messaggi di prevenzione attraverso internet. La terza sessione sarà sulla comunicazione. E poi vedremo di fare intervenire dei testimonial e qualche studente del SISM. Potrebbe esserci Laura Franceschi, nostro consigliere, che viene da Comunione e Liberazione, era una collaboratrice della Pivetti, che fa un meraviglioso lavoro



con i giovani. Sa che la metà dei soci Anlaids dell'Emilia Romagna hanno meno di 30 anni? È grazie a lei che abbiamo questo splendido risultato.

A che punto è lo stigma in Emilia Romagna?

Anche a Bologna dobbiamo fare attenzione: facendo i banchetti dei bonsai ha sentito gente che diceva "ma se stavate attenti non ve lo prendevate". Il problema esiste ancora. Il fatto di additare non solo chi ce l'ha ma anche chi si fa volontariato non è bello. L'ANT è sulle piazze e sulle chiese dappertutto tutte le settimane, c'è sempre e quando abbiamo banchetti vicino a loro ci sentiamo dire "a noi ci è capitato, voi ve lo siete cercato". C'è ancora questa bruttissima vox populi. La gente verso di noi offre poco e questo potrebbe essere un tema della nuova presidenza quando saremo tutti confederati: come fare a smuovere l'opinione pubblica sulla patologia? La raccolta fondi è il 5% del nostro lavoro. ♀



Test e cure tempestive per Hiv ed epatiti virali

Conferenza HepHIV2014 di Barcellona - di Giulio M. Corbelli

Il numero di persone che vivono con Hiv o epatite continua a crescere. La tempestività della diagnosi e del trattamento per queste persone si conferma un fattore fondamentale. L'evoluzione della malattia può essere facilmente fermata se si interviene presto, con ovvi benefici sia di salute personale che di sanità pubblica. Ecco perché esperti di tutto il mondo hanno sentito l'esigenza di confrontarsi per tre giorni nel centro di Barcellona nella conferenza "**HepHIV2014: Challenges for Timely Testing and Care**".

Il meeting, organizzato per conto dell'iniziativa *HIV in Europe* dal 5 al 7 ottobre, ha ospitato contributi diversi, provenienti dal mondo della ricerca clinica, dall'epidemiologia ma anche della società civile la cui collaborazione si è dimostrata particolarmente importante per realizzare iniziative di successo. Naturalmente ampio spazio è stato dato all'epatite C: in un settore in cui gli avanzamenti terapeutici si susseguono in maniera straordinaria, occorre trovare rapidamente risposte a domande sulle migliori strategie di testing, sulla definizione di *late presenter*, sulle priorità per il trattamento, sulle modalità di intervento in popolazioni particolarmente esposte ma non sempre considerate prioritarie, come quelle delle persone incarcerate o dei consumatori di sostanze. A Barcellona è stato presentato e ampiamente commentato un grosso lavoro, pubblicato come supplemento al *BMC Infectious Diseases*, su *Viral Hepatitis and Drug Use in Europe* che presenta i dati più aggiornati e accurati sulle dinamiche dell'epidemia in questa popolazione.

Alla vigilia dell'evento ministeriale su Hiv e co-infezioni organizzato per la Presidenza italiana della UE il 27 e 28 novembre a Roma, i partecipanti hanno elaborato un appello all'azione che i presidenti della conferenza José Gatell, Jens Lundgren e Brian West sottopongono all'attenzione dei decisori politici. Ecco i punti di rilievo.

1. Sorveglianza delle epatiti virali

Misurare, a livello nazionale e regionale, quante persone sono infette con epatiti virali (B e C, acuta o cronica), il loro stadio di fibrosi, quanti vengono diagnosticati in ritardo e quanti restano non diagnosticati, nel tempo e per ciascuna *key population*, al fine di monitorare i trend e programmare interventi meglio mirati.

2. Definire il ritardo alla diagnosi delle epatiti virali per le cure mediche

Sostenere ulteriori consultazioni per stabilire una definizione di consenso semplice e duratura utile per migliorare la sorveglianza e permettere il monitoraggio dei sistemi sanitari e delle strategie di testing.

3. Modalità di test, test mirato e comunicazione

Promuovere molteplici piattaforme di testing nell'ambito delle comunità, ambienti sanitari e a casa (self-testing), con speciale attenzione ai costi e alla costo-efficacia e alla possibilità di testare per tutte e tre i virus rilevabili nel sangue nello stesso momento. Coinvolgere le comunità chiave nel definire i messaggi di promozione del test e della salute per le loro popolazioni.

4. Testing guidato dalle situazioni indicatrici

Implementare su larga scala un test Hiv in ambiente sanitario, specie tra i medici di famiglia, guidato da condizioni indicatrici. Sviluppare le evidenze per supportare il concetto di test guidato da condizioni indicatrici per le epatiti virali.

5. Strategie di politica sanitaria

Mettere in connessione le strategie di politica sanitaria con i risultati di salute pubblica per le epatiti virali, l'Hiv e la tubercolosi, confrontando regioni europee dell'Est e dell'Ovest, paesi dell'Unione Europea e il resto della regione europea. Lavorare per l'espansione e il sostegno del finanziamento di modelli di riduzione del danno di successo, come quelli sviluppati in Ucraina, e l'adozione di standard internazionali nelle strategie nazionali.

6. Sinergia negli sforzi sulla malattie infettive

Facilitare la collaborazione tra attività su Hiv, Hbv, Hcv, Mts e Tb nella ricerca, politica, promozione sanitaria, sorveglianza, test ed educazione, a livello regionale, europeo e nazionale e nella società civile, includendo i rappresentanti delle *key population*.

7. Continuum della cura

Sviluppare dati coerenti che aiutino a definire ciascun componente del continuum della cura per le epatiti virali e l'Hiv, inclusi l'accesso a un trattamento sostenibile e adeguato e gli interventi per la prevenzione e il test.

8. Sostenibilità

Rendere il trattamento per l'Hiv e le epatiti virali (Hbv e Hcv) sostenibili lavorando per ridurre il prezzo dei farmaci e assicurando che i finanziatori sia nazionali che internazionali contribuiscano a finanziare il trattamento per entrambe le malattie.

9. Leadership politica

Rinnovare la leadership politica dei governi, dell'Unione europea e delle agenzie internazionali nella regione europea è cruciale per affrontare le importanti sfide nelle epatiti virali e in Hiv. Le politiche e gli interventi di salute pubblica devono essere basati sulle evidenze scientifiche esistenti e servono linee guida validate per informare politiche e programmi per le epatiti virali e l'Hiv.



Nuove strategie per eliminare HIV

Ricercatori e community si incontrano a Washington DC - di Francesco R Simonetti

I National Institutes of Health hanno ospitato dal 15 al 17 ottobre un congresso interamente dedicato agli sforzi, della comunità scientifica e dei partecipanti agli studi, mirati alla cura dell'infezione da HIV. Benché sia difficile privare i termini *Cura* ed *Eradicazione* del loro effetto sensazionalistico, questi rappresentano il tentativo di andare oltre la terapia antiretrovirale e i suoi limiti, che si manifestano soprattutto dall'impossibilità di fornire i farmaci ai 35 milioni di persone che vivono con HIV e dagli effetti collaterali a lungo termine.

Vi sono tre principali collaborazioni sulla ricerca di questi nuovi approcci terapeutici: **CARE** (David Margolis), **DARE** (Steve Deeks) e **DEFEAT HIV** (Hans Peter Kiem). Queste sono dedicate alla memoria dell'attivista Martin Delaney (scomparso prematuramente nel 2008) che per anni ha combattuto per velocizzare la registrazione e distribuzione di antiretrovirali salva vita.

Una nuova frontiera è rappresentata dalla **terapia genica**. Recentemente sono state messe a punto nuove tecnologie che permettono di tagliare, modificare e riparare il nostro DNA, conferendo alle cellule nuove proprietà. Il gene CCR5 (necessario per l'ingresso del virus nella cellula) è uno dei principali target di queste "forbici intelligenti". I linfociti CD4+, privati di questo gene, diventano resistenti all'infezione da HIV, riproducendo in parte quello che è avvenuto a Timothy Ray Brown, conosciuto nei media di tutto il mondo come il *Paziente di Berlino*.

Un altro approccio è quello di colpire il DNA del virus integrato nelle cellule, tagliandolo

via dal genoma umano o mutandolo a tal punto da renderlo innocuo. I dati preliminari sono molto promettenti ma il successo di queste strategie dipende dal numero di cellule che si riesce a raggiungere e modificare stabilmente al punto di ottenere l'effetto clinico desiderato: il controllo del virus in assenza di terapia.

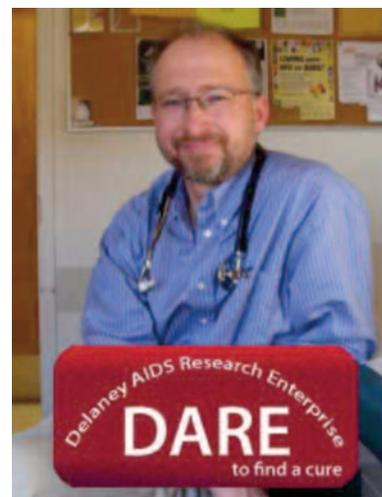


Per quanto riguarda i farmaci che riattivano le cellule dalla **latenza**, non ci sono grosse novità. Tuttavia appare sempre più chiaro che la strategia *Shock and Kill* (*risveglia e uccidi*) ha bisogno di composti che agiscano in combinazione, che riattivino un elevato numero di cellule senza modulare altre funzioni cellulari ma soprattutto è necessario potenziare il sistema immunitario affinché riconosca ed elimini le cellule una volta riattivate. Paradigmatico è l'esempio del trial CLEAR, in cui il farmaco panobinostat ha efficacemente risvegliato il virus dalla sua latenza ma non ha significativamente ridotto il numero di cellule infette nella maggior parte dei partecipanti. Recenti studi *in vitro* hanno dimostrato che solo stimolando la risposta immunitaria cellulo-mediata (linfociti T citotossici e *Natural Killer*) sia possibile attaccare le varianti di HIV che negli anni si sono adattate a sfuggire al sistema immunitario dell'ospite.

A proposito di **terapie immunologiche**, si è parlato, seppur con dati preliminari, di interleuchina 15 e 21. Il composto IL-15A (super agonista) potenzia la capacità della risposta cellulare di eliminare le cellule che esprimono HIV, riducendo fortemente il reservoir in un modello **in vitro**. L'interleuchina 21 permette invece di produrre e mantenere una sottopopolazione di linfociti CD4 (chiamati Th17) che viene tipicamente colpita durante l'infezione da HIV e la cui scomparsa contribuisce all'immunoattivazione e all'in-



David Margolis, leader della CARE. photo (C) Charles L Harris

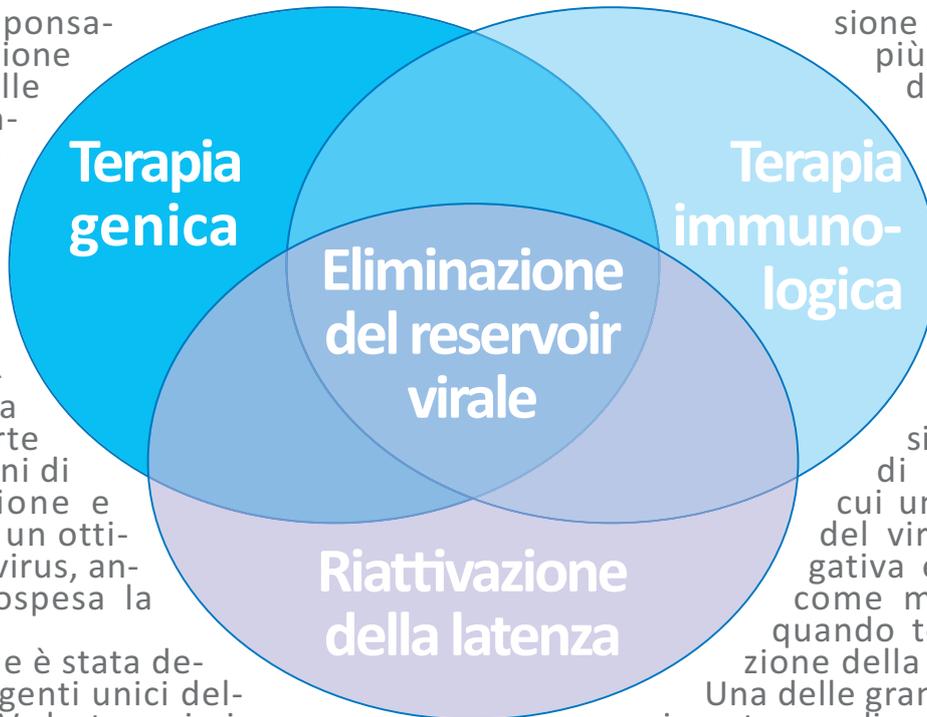


Steve Deeks, leader della Delaney AIDS Research Enterprise



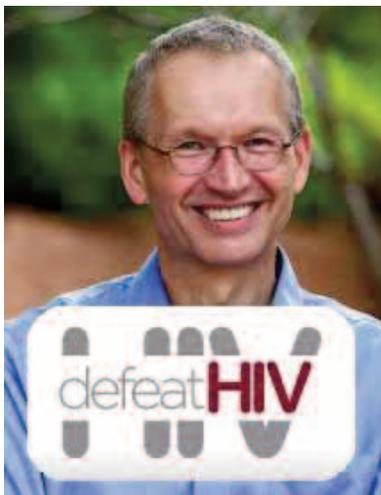
fiammazione responsabili della progressione verso l'AIDS e delle comorbidità non-AIDS correlate dei pazienti in terapia. La somministrazione di IL-21 assieme alla terapia antiretrovirale in 8 scimmie con infezione cronica ha mostrato una forte riduzione dei segni di immuno-attivazione e infiammazione e un ottimo controllo del virus, anche una volta sospesa la terapia.

Un'intera sessione è stata dedicata a due frangenti unici dell'infezione da HIV: la trasmissione perinatale e l'infezione acuta nell'adulto. Entrambe presentano caratteristiche uniche, sia dal punto di vista immunologico (i neonati sono pressoché privi di CD4 *memory*, sede dove tipicamente si annida la latenza di HIV) che virologico (le dimensioni del reservoir sono estremamente ridotte rispetto all'infezione cronica). Deborah Persaud, che un anno fa ha guadagnato fama mondiale per il caso del *Mississippi Baby*, ha messo a confronto gli altri casi noti in letteratura di infezioni verticali trattate nelle primissime ore dal parto (tra cui anche il nostrano "*Milano Baby*", recentemente apparso su *Lancet*). Nonostante la terapia precoce abbia ridotto il virus a livelli inferiori alla nostra attuale capacità di trovarlo, alla sospensione dei farmaci si è osservato un controllo di HIV solo temporaneo (da due settimane per il caso italiano fino a 27 mesi per il *Mississippi Baby*). Ciò che sembra chiaro è che tanto più la terapia è precoce ed efficace nel bloccare la diffu-



sione del reservoir, tanto più è lungo il periodo di controllo della malattia in assenza di farmaci. La stessa criticità si presenta negli adulti trattati nei primi giorni dall'infezione, come accaduto in alcuni casi di fallita profilassi pre-esposizione in una coorte di San Francisco, in cui un'estensiva ricerca del virus è risultata negativa e si sta valutando come monitorare e se e quando tentare un'interruzione della terapia.

Una delle grandi domande senza risposta per gli esperti di persistenza è: **"Quanto precoce deve essere la terapia precoce per impedire lo stabilirsi del reservoir?"** Uno studio sul modello animale dà una risposta, seppur poco confortante: le scimmie trattate ancora prima del picco viremico tipico dell'infezione acuta (4 giorni), mostrano una disseminazione limitata nei tessuti e un rapido abbattimento della viremia. Analogamente ai casi descritti sopra, seppur non vi fosse traccia di HIV, è stata tuttavia dimostrata la presenza di virus replicante trasferendo le cellule in un altro animale sano, suggerendo che i semi della latenza radichino in modo estremamente rapido. La partecipazione delle associazioni dei pazienti è stata molto attiva: si è discusso di consenso informato, di terminologia nella comunicazione con i partecipanti agli studi e di come la prospettiva di una cura modificherà ulteriormente la percezione della malattia globalmente. Ognuna delle collaborazioni per la cura ha una commissione di consiglio rappresentata dalla *community* che lavora per informare, educare e favorire lo scambio tra ricercatori e partecipanti, ponendo molta attenzione su temi di etica, legislazione e scienze sociali, necessari per questo nuovo capitolo della storia di HIV/AIDS. Questo tipo di collaborazione è infatti imprescindibile affinché gli sforzi e le risorse siano indirizzati verso la ricerca per una cura che sia, nelle parole di Anthony Fauci: **"Simple, Safe and Scalable"** (*semplice, sicura e disponibile*). ♀



Hans Peter Kiem guida la DEFEAT HIV

I numeri dell'autunno

di Daniela Lorenzetti, Anlaids Nazionale, Sapienza Università di Roma

L'IDOS e l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni razziali hanno pubblicato a ottobre 2014 i dati relativi all'anno 2013; un quadro statistico puntuale che dà una fotografia della situazione internazionale, europea e in particolare italiana riguardo alle migrazioni. L'invito è: andare contro i luoghi comuni attraverso i dati. Un percorso utile per superare le "esplosioni emergenziali" dei media, l'ambiguità di molti amministratori ed entrare nella galassia migrazioni con l'umiltà di una nazione tra le altre in un cambiamento epocale irreversibile. Uno strumento utile di lettura per gli operatori sanitari e sociali, i giornalisti, le forze dell'ordine, gli insegnanti; uno strumento per entrare nella storia in modo responsabile e competente.



Mondo

- Numero migranti: 231.522.000
- Reddito pro capite Sud del Mondo: 9.420 \$
- Reddito pro capite Ue: 34.309 \$
- Sfolati, rifugiati, richiedenti asilo: 51,2 milioni

Unione Europea (2012)

- Residenti stranieri: 34,1 milioni
- Incidenza su popolazione totale: 6,8%
- Residenti nati all'estero: 50,9 milioni (incidenza: 10,1%)
- Acquisizioni di cittadinanza: 817.000
- Richieste di protezione internazionale (2013): 435.385

Italia

Presenze e provenienze

- Stima dei cittadini stranieri regolarmente presenti: 5.364.000
- Cittadini stranieri residenti: 4.922.085
- Incidenza sulla popolazione residente: 8,1%
- Distribuzione territoriale residenti: Nord 60,1%, Centro 25,4%, Sud 14,6%
- Continenti di origine (2012): Europa 52,8%, Africa 20,9%, Asia 18,3%, America 7,9%, Oceania 0,0%
- Soggiornanti non comunitari: 3.874.726 (di cui 56,3% di lungo periodo)
- Prime 5 collettività di soggiornanti non comunitari: Marocco 525mila; Albania 503mila, Cina 321mila, Ucraina 234mila, Filippine 166mila
- Prime 3 collettività di residenti comunitari (2012): Romania 933mila, Polonia 89mila, Bulgaria 48mila
- Permessi di soggiorno scaduti e non rinnovati: 145.670

Inserimento sociale

- Visti per famiglia: 76.164
- Domande di protezione internazionale presentate: 26.620
- Domande di protezione internazionale accolte: 61,1% delle 23.565 esaminate
- Nuovi nati: 77.705
- Minori non comunitari: 925.569
- Iscritti a scuola a.s. 2013/2014: 802.785 (9,0% degli scritti), di cui 51,7% nato in Italia
- Soggiornanti per studio: 52.059
- Acquisizioni di cittadinanza: 100.712
- Matrimoni misti (2012): 20.764

Inserimento occupazionale

- Visti per lavoro subordinato: 25.683
- Occupati: 2,4 milioni (agricoltura 4,7%; industria 31,7%; servizi 63,6%)
- Incidenza su totale occupati: 10,5%
- Disoccupati: 493mila
- Tasso di disoccupazione: stranieri 17,3%; italiani 11,5%
- Aziende con titolare o maggioranza dei soci nati all'estero: 497.080
- Incidenza stranieri su totale infortuni per lavoro: 14,6%
- Bilancio costi/benefici dell'immigrazione per lo Stato: +3,9 miliardi di euro
- Appartenenza religiosa (stima)
- Cristiani: 53,2%
- Musulmani: 33,1%
- Tradizioni religiose orientali: 5,0%
- Altri gruppi religiosi: 2,6%
- Atei/agnostici: 4,4%



Anno VI numero 67
ottobre 2014

Newsletter d'informazione di
Anlaids Onlus
Associazione Nazionale
per la Lotta contro l'Aids
via Barberini, 3 00187 Roma
Tel. 064820999
Fax 064821077
www.anlaidsonlus.it
info@anlaidsonlus.it

Registrazione al Trib. di Roma
n. 196/2010 del 19 aprile 2010

Direttore responsabile:
Giulio Maria Corbelli
stamp@anlaidsonlus.it

Comitato di redazione:
Claudia Balotta, Fiore Crespi, Daniela Lorenzetti, Lucia Palmisano, Olga Pohankova

Progetto grafico: Gamca

Su anlaidsonlus.it/forum, il dott. Francesco Baldasso risponde a domande di ambito medico.

