

Il fenomeno migratorio in Alta Val di Cecina.

Candidato: Dr. Enrico Grandi

1. Contesto locale, caratteristiche e vocazione del territorio.

Il territorio dell'AVC è situato in provincia di Pisa ha un'estensione di circa 720 kmq con una popolazione residente di poco superiore ai 20.000 abitanti. Quindi si tratta di un contesto prevalentemente rurale, in parte pianeggiante e in parte collinoso sul quale insistono 4 comuni: Castelnuovo VC, Montecatini VC, Pomarance e Volterra.

L'economia del territorio dell'Alta Val di Cecina è basata prevalentemente sul turismo (insediamenti archeologici di derivazione etrusca, teatro romano di Volterra, ecc.), alle produzioni artigianali (lavorazione dell'alabastro) ed agricole tipiche e di qualità. Sono inoltre presenti insediamenti industriali legati allo sfruttamento delle risorse geotermiche (centrali ENEL Green power), all'estrazione del salgemma (Atisale) e industrie chimiche (SCL e Altair). La valorizzazione di tali risorse è tuttavia attualmente penalizzata da un'evidente carenza di infrastrutture viarie idonee al raggiungimento in modo sicuro ed in tempi brevi dei principali insediamenti.

Una sola linea ferroviaria unisce l'AVC alle cittadine costiere e serve solo i centri abitati di Ponteginori e Saline di Volterra. Il resto della mobilità è affidato ad autolinee pubbliche e mezzi privati ad uso civile e commerciale.

Distribuzione per area geografica di cittadinanza

C'è stato l'orientamento dettato soprattutto dai minori costi degli alloggi a scegliere una sistemazione nei piccoli comuni periferici rispetto al capoluogo, come si evidenzia dai dati seguenti:

Gli stranieri residenti a **Castelnuovo di Val di Cecina** al 1° gennaio 2016 sono **428** e rappresentano il **19,2%** della popolazione residente.



Fig.1- Presenza stranieri Comune di Castelnuovo di Val di Cecina.¹

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 35,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (25,9%) e dalla **Repubblica di Macedonia** (10,7%).

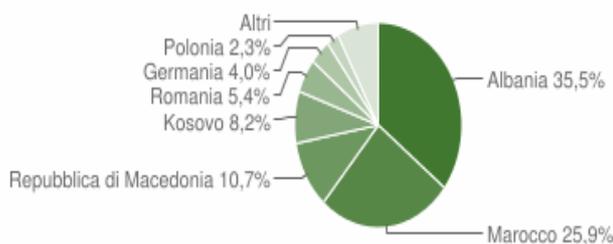


Fig. 2 - Suddivisione presenze stranieri per nazionalità (Castelnuovo VC)¹

Gli stranieri residenti a **Volterra** al 1° gennaio 2016 sono **683** e rappresentano il **6,5%** della popolazione residente.



Fig. 3 - Presenza stranieri Comune di Volterra¹

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 27,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (11,6%) e dall'**Ucraina** (7,9%).

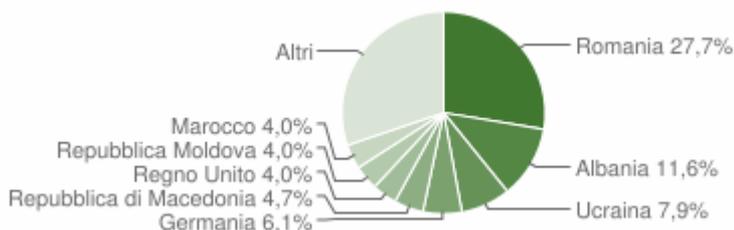


Fig. 4 - Suddivisione presenze stranieri per nazionalità (Volterra)¹

Gli stranieri residenti a **Pomarance** al 1° gennaio 2016 sono **643** e rappresentano il **10,9%** della popolazione residente.



Fig.5- Presenza stranieri Comune di Pomarance¹

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 25,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (19,8%) e dal **Marocco** (11,4%)

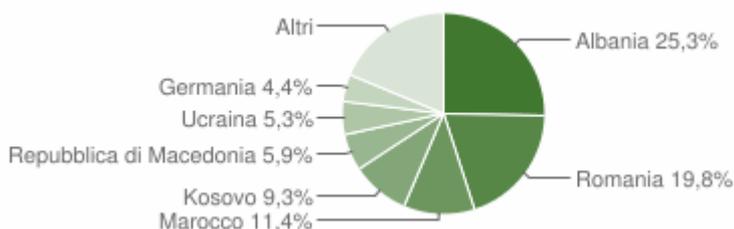


Fig.6- Suddivisione presenze stranieri per nazionalità (Pomarance)¹

Gli stranieri residenti a **Montecatini Val di Cecina** al 1° gennaio 2016 sono **156** e rappresentano l' **8,9%** della popolazione residente.



Fig. 7- Presenza stranieri Comune di Montecatini Val di Cecina¹

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 19,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Germania** (13,5%) e dall'**Albania** (12,2%).

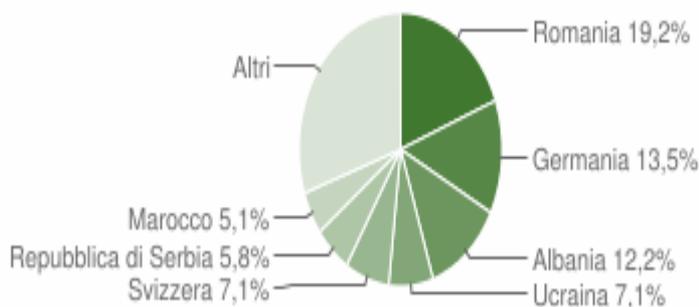


Fig.8- Suddivisione presenze stranieri per nazionalità (Montecatini VC)¹

2. Cronistoria del fenomeno migratorio in AVC.

In AVC il fenomeno migratorio ha cominciato ad essere avvertito all'inizio degli anni novanta a seguito dei primi arrivi di cittadini albanesi sul territorio italiano. Le ondate di marzo e agosto 1991 e quella del 1997, generate dalla crisi socio-politica ed economica che aveva colpito il paese delle aquile, sono state poi rafforzate ed incrementate dal fenomeno del traffico clandestino e dalla cosiddetta "ondata invisibile" successiva alla guerra del Kosovo del 1999. I migranti arrivavano come singoli o in piccoli nuclei familiari.

Sempre alla fine degli anni '90 si assiste all'arrivo di una significativa presenza di cittadini romeni e ucraini.

Nel 2002 nei 4 comuni dell'Alta Val di Cecina si registrava la presenza complessiva di circa 70 cittadini extracomunitari.

Dal 2011 in conseguenza di gravi avvenimenti succedutisi in varie parti del mondo (guerre, persecuzioni, fenomeni climatici, "profughi ambientali", povertà, ecc.) si è registrato l'arrivo di gruppi sempre più consistenti di migranti. I primi gruppi di richiedenti asilo sono arrivati a Volterra proprio in quell'anno, con una prevalenza di cittadini asiatici: 14 bengalesi, 9 pakistani 3 dal Ciad e 3 dalla Costa d'Avorio. Alcuni migranti pakistani impiegati nei pozzi petroliferi in Libia prima che scoppiasse la guerra - continua - sono stati messi sulle barche senza che gli venisse comunicata la destinazione. Dalla Sicilia sono arrivati qui a Volterra ma non era affatto programmato".

Dal 2014 ad oggi con cadenza regolare il flusso si è intensificato e abbiamo assistito anche ad una diversificazione dei paesi di origine (riduzione delle provenienze asiatiche con incremento di provenienze dall'Africa sub-sahariana).

Dal 2016 sono cominciate ad arrivare RA di sesso femminile, gestanti e bambini piccoli. Nello stesso anno si sono registrati anche i primi parti tra le ospiti dei locali centri di accoglienza.

ANNO	ARRIVI AFRICA	ARRIVI ASIA	TOTALE ARRIVI
2011	9	22	31
2014	43	14	57
2015	18	5	23

2016	47	6	53
TOTALI	117	47	164
AVC			

Tabella 1- suddivisione arrivi periodo 2011– 2016

ENTE/ASSOCIAZIONE	PAESE		SESSO		ETA'
	AFRICA	ASIA	F	M	< 18
ISTITUTO SANTA CHIARA	68	42	2	108	4
CRI MONTECATINI VC	3	4	1	6	1
CRI SALINE VOLTERRA	28	1	19	10	6
WELCOME POMARANACE	14	-	-	14	-
WELCOME CASTELNUOVO	4	-	3	1	1

Tabella 2 – Ripartizione per provenienza,origine, sesso ed età.

ORIGINE	NUMERO TOTALE	PERCENTUALE
NIGERIA	28	17 %
PAKISTAN	21	12,8 %
ERITREA	19	11,5 %
BANGLADESH	19	11,5 %
MALI	10	6 %

Tabella 3 – Ripartizione provenienze dei r.a.

3. Gestione dell'accoglienza.

(Associazioni e operatori coinvolti nell'accoglienza; tipologie di sistemazione dei migranti.)

In Alta Val di Cecina l'accoglienza dei migranti è gestita attualmente da 3 enti/associazioni:

a) Istituto Santa Chiara di Volterra, azienda pubblica di servizi alla persona, nata inizialmente come residenza sanitaria assistenziale e centro riabilitativo, dal 2011 ha ampliato il raggio d'azione delle sue attività aprendo un centro d'accoglienza per migranti e uno sportello informativo per stranieri immigrati.

Il CA è ospitato nei locali di un'ex-scuola elementare, situata in prossimità dell'edificio principale che dista alcune centinaia di metri dal centro storico di Volterra. La convenzione siglata con la Prefettura prevede la possibilità di ospitare un massimo di 25 persone. Al momento ci sono 24, ma nel corso dell'ultimo anno i rimpiazzi sono avvenuti con frequenza. All'interno dell'istituto esiste un centro cottura che prepara i pasti per gli ospiti; nell'edificio ex-scuola ci sono le stanze adibite a camere, i bagni e un'aula dove i rifugiati studiano l'italiano. I RA dividono ogni giorno gli stessi spazi - scuola, dormitori, bagni, cortile - con sporadiche occasioni di evasione da Volterra.

Il personale addetto all'assistenza dei RA è costituito da una figura amministrativa, che si occupa della gestione dei percorsi giuridici e dell'assistenza sanitaria, da un educatore professionale che si occupa di integrazione, attività educative ed un'operatrice che gestisce gli aspetti più pratici della convivenza: pasti, vestiario, medicinali, ecc.

b) Croce Rossa Italiana, opera con due gruppi diversi, uno attivo nel Comune di Volterra , l'altro nel Comune di Montecatini VC.

A) Sezione Volterra.

La sezione CRI di Volterra gestisce l'ultimo centro di accoglienza, inaugurato nel 2016. Il centro è ubicato in piena campagna, a circa 2-3 Km. dalla frazione di Saline di Volterra ed è stato ricavato dalla ristrutturazione parziale di un tipico edificio rurale insistente su due piani, di proprietà della multinazionale Solvay. Al piano terreno sono stati ricavati un salone comune, un ufficio per il personale CRI, una piccola cucina e un locale tecnico. Al piano superiore sono state allestite le camere. La mobilità degli ospiti è garantita solamente da alcune corse giornaliere di autobus pubblici che permettono spostamenti a breve-medio raggio e dall'utilizzo dei mezzi messi a disposizione della CRI soprattutto per esigenze sanitarie e didattiche. L'immobile ospita attualmente 24 RA di sesso maschile e femminile, inclusi piccoli nuclei familiari con neonati. La gestione della struttura è affidata su h24 ad operatori della CRI Volterra con contratto.

B) Sezione MVC.

L'associazione ha ospitato nel 2011 un nucleo familiare proveniente dalla Nigeria (coppia con bambina di 4 mesi) che è rimasta in zona per circa un anno. Poi sono ripartiti a seguito dell'insorgenza di conflitti familiari.

Da settembre 2016 sono arrivati 4 RA dal Bangladesh, si tratta di giovani adulti di sesso maschile. Vengono attualmente ospitati, con non poche difficoltà legate anche alla mancanza di sinergia tra Comune e CRI, presso la foresteria della CRI inserita in un condominio. Al momento risulta una pressoché totale assenza di progettualità nei loro confronti se si eccettuano dei corsi di lingua. Sprovvisi di documentazione sanitaria, hanno solo l'STP (tramite P.S. locale) e non hanno avuto ancora l'assegnazione del MMG (che peraltro si rifiuta di seguirli...).

c) Associazione Welcome in Val di Cecina

Onlus operante prevalentemente nei comuni periferici. Gestisce due appartamenti di proprietà comunale: uno nel Comune di Pomarance (Podere Santa Barbara) situato al primo piano di un

edificio rurale ristrutturato dal Comune con contributo regionale per residenza temporanea.

Attualmente ospita 4 RA di sesso maschile.

L'altro appartamento è situato nel centro abitato di Castelnuovo Val di Cecina (piazza Plebiscito) e offre attualmente ospitalità a 3 RA, una madre con bambino, originari del Ghana e una donna nigeriana, mentre un'altra donna di nazionalità etiope si è recentemente allontanata senza dare notizie. Il bambino ha iniziato il ciclo di vaccinazioni previste dal calendario.

L'associazione fornisce inoltre un servizio di sportello gratuito per immigrati a Pomarance e nella frazione di Ponteginori, con servizio di compilazione on linee pratiche (permessi, cittadinanza, assistenza per test di lingua italiana, ecc.) per complessive 11 ore settimanali. C'è la possibilità di assistenza legale.

Unire il momento dell'integrazione e all'accoglienza è la via scelta da "Welcome" per mitigare gli effetti di questa attesa sui migranti. Le linee guida sono poche: contatto continuo con i gruppi di ospiti e mediazione con l'amministrazione e l'apparato burocratico. La priorità è dare dei punti di riferimento a chi arriva, la consapevolezza necessaria per potersi inserire nel tessuto sociale ed economico. Per questo l'Associazione ha deciso di contenere il numero di persone ospitate. La gestione è affidata essenzialmente a due operatrici e ad un interprete nigeriano.

5. Assistenza sanitaria.

L'approccio sanitario ai migranti si è sostanzialmente modificato nel corso degli ultimi anni. I protocolli iniziali prevedevano, oltre alla visita medica, uno screening abbastanza corposo, comprendente: determinazione dei principali markers di patologie infettive (epatiti ed HIV), coproculture, il test di Mantoux ed eventuali indagini radiologiche; attualmente nella zona si effettuano (e nemmeno in tutti i casi...) solo una visita medica con raccolta di anamnesi, entrambe molto sommarie, come del resto prevede l'allegato 1 della procedura regionale (scheda di visita individuale) (v. pagina seguente).

Inoltre con l'arrivo delle prime ondate un po' più sostenute dei RA si è dovuto fare i conti con l'impreparazione degli operatori riguardo alla gestione dei percorsi paralleli giuridico e sanitario: alcuni andavano avanti a colpi di STP con accessi sistematici al pronto soccorso, altri riuscivano, in tempi relativamente brevi, a far iscrivere il RA al SSN con relativa assegnazione del medico di base.

L'ulteriore incremento degli arrivi ha messo notevolmente in crisi il sistema della gestione sanitaria, e non solo, dei RA. Esiste un'estrema disomogeneità nell'approccio al problema. Non c'è ancora una precisa definizione delle competenze da parte di Regione e ASL e spesso l'iniziativa è lasciata all'improvvisazione e/o alla buona volontà di singoli e/o associazioni di volontariato.

In Alta Val di Cecina, in attesa della definitiva approvazione di un protocollo relativo a mansioni e competenze e responsabilità tutto viene ancora demandato all'U.F. Igiene Pubblica e nutrizione che gestisce sia la parte clinica (prime visite, emergenze) sia gli aspetti di sanità pubblica (patologie infettive e diffuse, sorveglianza sindromica). Questo almeno fino all'assegnazione del RA al MMG o PLS. Per i nuovi nati (Casa Bianca e Castelnuovo) sono stati avviati i programmi vaccinali. Sono state effettuate alcune lezioni sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.

ALLEGATO 1
REGIONE TOSCANA - SCHEDA DI VISITA INDIVIDUALE

Al referente zona-distretto
Al referente UF Igiene e Sanità Pubblica

Ho visitato in data _____
Il/la Sig.: _____ nato il _____
Ospitato/a nella struttura _____

ANAMNESI

Data di arrivo in Italia _____ Paese di Origine _____
Data di partenza dal Paese di origine _____
Paesi attraversati--- _____
Data di arrivo alla Struttura _____
Proviene da altra Struttura(se si indicare quale) __- _____
Ha notizia di malattie nei compagni di viaggio ?Se Si Specificare _____

ESAME OBIETTIVO

Non sono stati rilevati problemi
 Sono stati rilevati i seguenti problemi _____

Sono stati rilevati i seguenti problemi di interesse per la collettività:

scabbia,

pediculosi,

tubercolosi

affezioni del tratto gastroenterico.

Ha già effettuato trattamenti o è attualmente in trattamento (se si indicare quali e la motivazione): _____

Sono necessari ulteriori accertamenti _____

Se si specificare quali _____

Eventuali altri provvedimenti adottati o da adottare / Terapia

Il Medico

Fig. 9 – Scheda di visita individuale (fonte Regione Toscana)

Dati epidemiologici.

Lo stato di salute dei RA è mediamente buono. Residuano spesso sintomi legati al viaggio (flogosi /infezioni prime vie respiratorie e oculari, lesioni traumatiche, artralgie,ecc.). Un caso abbastanza complicato di sindrome da compressione in una ragazza nigeriana.

Una sospetta TBC, una sospetta HB e diversi casi di pregressa epatite con epatopatia residua.

Frequenti le dermatosi delle quali solo una minima parte associata al *Sarcoptes scabiei*.

Nel gruppo di donne presenti al CA di Saline sono estremamente diffuse le patologie uro genitali di natura irritativo/infettiva. Alcuni casi di anemia. Alcuni casi di eosinofilia correlate probabilmente a parassitosi intestinali. Alcune copro colture sono risultate positive per *Entamoeba* spp. ed una per tricocefalosi.

Significativa anche l'incidenza di problemi odontoiatrici (carie multiple, avulsioni).

6. Interventi socio-educativi, progettualità, inserimento nel contesto sociale.

Mentre i primi stranieri arrivati in AVC hanno trovato in gran parte una collocazione lavorativa più o meno stabile in attività quali edilizia, agricoltura e gestione boschi, allevamento; questo ha permesso anche di poter effettuare ricongiungimenti familiari.

Le ondate successive al 2010 sono state caratterizzate fondamentalmente da “un'impreparazione all'accoglienza” da un lato e da un “concetto distorto” di accoglienza dall'altro.

Come nel resto d'Italia anche in AVC sono emersi segnali inquietanti che lasciano trasparire intenti più speculativi che umanitari.

La maggior parte dei RA in attesa della definizione del loro status si adagia in un limbo fatto di inattività, isolamento nei gruppetti di provenienza comune, piccoli e saltuari lavori di volontariato; queste attività sono state fortemente limitate da cavilli burocratici, assicurativi, assenza di personale da dedicare all'inserimento, problemi di puntualità da parte dei RA.

Non tutti sono impegnati in qualche attività, perché alcuni di loro non vogliono lavorare gratis e, in ogni caso, non ci sono progetti a sufficienza per tutti.

E' stato tentato un inserimento di 2 RA in un progetto di "agricoltura sociale" con ragazzi disabili che però è durato solo sei mesi.

Una parte consistente del tempo viene dedicata, soprattutto durante la bella stagione, alla pratica del calcio e calcetto.

Esiste un'associazione teatrale che mette in scena degli spettacoli che trattano tematiche a loro vicine.

Sono state organizzate cene multietniche con la collaborazione di comitati cittadini.

Molti rimangono nel CA anche per periodi superiori a quelli consentiti.

I casi di integrazione stabile sul territorio sono pochissimi, una percentuale inferiore al 5%.

Vengono organizzati con una certa regolarità corsi di lingua italiana. Alcuni sono stati iscritti al corso base per soccorritori(CRI). Una bambina di quasi 3 anni è stata inserita in ludoteca.

Un dato positivo, almeno fino ad ora, è dato dalla pacifica convivenza nei vari centri di soggetti di religioni diverse; se ci sono stati alcuni diverbi per lo più erano dovuti a futili motivi. Da segnalare un solo caso di rinvio al CIE di un RA che aveva ferito un altro ragazzo.

7 – Iter giuridico.

Anche per quanto riguarda gli aspetti relativi alla definizione dello status giuridico dei RA, si evidenzia una certa disomogeneità, nonostante tutte le pratiche siano gestite dal Tribunale di Firenze. C'è chi sta ancora aspettando di essere convocato per la prima volta dalla Commissione ed era arrivato a Volterra insieme ad altri che hanno già effettuato il ricorso o che addirittura hanno ottenuto il permesso di soggiorno. Il meccanismo è caotico, nessuno riesce ad avere udienza prima di otto mesi almeno, molti vengono stimolati a fare richiesta d'asilo ma per la maggior parte i nuovi arrivati non sono rifugiati ma parte dei cosiddetti 'migranti economici'. L'attesa è lunga e alla fine pochissimi riescono ad ottenere l'ok della Commissione. Al momento si registra un'alta percentuale di dinieghi: vengono accettate mediamente il 2-3% delle richieste. Tra un diniego e la nuova udienza passa spesso un anno o più.

Da novembre 2014 sono stati ottenuti 6 permessi di soggiorno per motivi umanitari.

8. Criticità

Pur concedendo tutte le attenuanti possibili legate all'incremento delle ondate migratorie degli ultimi anni e tralasciando la lentezza della risposta dell'apparato burocratico statale e regionale a questo fenomeno, ritengo utile evidenziare quali siano attualmente le maggiori criticità relative al fenomeno dell'accoglienza sul territorio della zona AVC.

Alla base delle disomogeneità anche sopra evidenziate, pur in una zona geografica di limitate dimensioni, risulta evidente una mancanza di coordinamento, di regia, da parte delle strutture regionali centrali (politiche e sanitarie). In particolare in AVC, a differenza delle altre zone della regione, dove la gestione dei richiedenti asilo è stata demandata a personale appartenente alle U.O. Attività Territoriali, è attualmente tutta in carico al servizio di Igiene Pubblica. Questo non consente un corretto e completo approccio sanitario di primo livello al RA: le visite sono fatte in condizioni precarie e con pochissimo tempo a disposizione e se non c'è neppure la possibilità di un colloquio in francese o inglese i risultati sono decisamente insufficienti se non inutili.

Una volta completato l'iter burocratico con l'assegnazione del RA al medico di base, si perdono completamente i contatti, poiché non c'è un raccordo e uno scambio di informazioni tra MMG/PLS e IPN.

Non si capisce chi deve decidere un eventuale approfondimento diagnostico dopo la prima visita (tranne i casi eclatanti tipo scabbia o emergenze cliniche).

La carenza di personale adeguatamente formato impedisce un approccio iniziale al RA completo ed esaustivo: non viene posta sufficiente attenzione e non vengono approfondite le motivazioni della migrazione e il relativo desiderio di rimanere o spostarsi. Questo contribuirebbe ad aiutarli a ricostruire le loro storie e renderli capaci di raccontarle alla Commissione; non tutti sono in grado di indicare in una successione temporale coerente le tappe del loro viaggio dal paese d'origine, uno snodo fondamentale nel lavoro dei commissari che devono valutare la congruità della richiesta ai principi sanciti dalla Commissione di Ginevra.

C'è una conflittualità/rivalità strisciante tra le varie associazioni operanti nonostante la ridotta estensione territoriale. La classica lotta tra poveri...

Alcune delle ultime proposte/ricieste ricevute da parte di amministratori locali denotano chiaramente propositi non propriamente "umanitari", ma nella migliore delle ipotesi i migranti vengono visti come opportunità per far quadrare bilanci deficitarii dei vari enti (esempio del progetto per MSNA, non adesione allo SPRAR, ecc.).

Poi compaiono i primi segnali di "insofferenza" che in altre realtà sono degenerati in forme di protesta eclatanti: sia da parte degli ospiti che si lamentano delle condizioni abitative, del vitto e del vestiario; molti di loro vorrebbero trasferirsi in luoghi più urbanizzati, che possono teoricamente offrire più alternative di inserimento; sull'altro fronte ci sono i residenti che cominciano a mugugnare anche se i ragazzi vengono impiegati in mansioni esclusivamente di volontariato.

Una situazione che desta non poche preoccupazioni è la "decisione" presa lo scorso anno di utilizzare in maniera "promiscua" (uomini, donne, famiglie e neonati a stretto contatto) l'ultimo struttura di accoglienza; infatti si sono già verificati i primi casi di IVG, ci sono forti sospetti per

comportamenti verosimilmente riconducibili al fenomeno della tratta, vista la presenza di giovani ragazze nigeriane, libere di allontanarsi senza troppi vincoli e controlli.

9. Aspettative, proposte, risorse.

Il primo auspicio è che a livello aziendale e regionale vengano finalmente definite le figure professionali da inserire nella “rete migranti” e che queste contribuiscano a partorire il prima possibile procedure omogenee per tutte le zone sulla gestione dell’accoglienza. In secondo luogo urge un programma intensivo di formazione per tutte le figure impegnate nell’accoglienza, ruoli sanitari, amministrativi, enti ed associazioni di volontariato. Una migliore valutazione delle capacità di accoglienza dei singoli territori, anche per evitare più o meno larvati episodi di intolleranza. Una programmazione minima “ante” arrivo dei RA che preveda progetti ed ipotesi di utilizzo /integrazione dei medesimi. Definizione precisa di “numeri sostenibili” per ogni zona del territorio. L’accoglienza è un problema complesso che richiede il coinvolgimento di più professionalità, non si può pensare di gestirlo con la solita ed abusata logica del “tutti fanno tutto”, confidando nell’italica buona volontà. Occorrono risorse e personale dedicato e preparato se vogliamo evitare una rischiosa degenerazione del problema.

Superare le logiche di chiusura tra le varie figure che gestiscono i RA: si è in pochi uniamo almeno le forze, condividiamo percorsi. Tutto sarebbe facilitato se un coordinamento dall’alto funzionasse. Protocolli di interscambio di informazioni tra assistenza di base e igiene pubblica con eventuale creazione di ambulatori dedicati. Chiarire i protocolli diagnostici e la tipologia di sorveglianza (quali esami prescrivere, chi effettua le relative richieste, specialistica di riferimento, ecc.)

Incentivazione dell’accoglienza diffusa.

Adesione allo SPRAR.

Fonti bibliografiche:

¹ www.tuttitalia.it

DR. ENRICO GRANDI

VOLTERRA 29.03.2017

