

Ministero della Salute

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII

Promuovere la salute per prevenire le dipendenze

Processo di valorizzazione progetti finanziati dal Ministero della Salute sul Fondo Nazionale Lotta alla Droga 1997-1999: un'analisi dei progetti di prevenzione: a) Definizione di una metodologia, identificazione e registrazione dei fenomeni di consumo; b) Individuazione di una strategia di prevenzione diretta alla popolazione giovanile.

Importo complessivo: € 2.582.280.48

Data di avvio: maggio 2001

Durata complessiva: 36 mesi

Sintesi *

A conclusione della realizzazione di due progetti di prevenzione rispetto ai nuovi stili di consumo (FNLD 1997), il Ministero della salute ha condotto uno studio per la valorizzazione dei progetti avviati dai servizi pubblici beneficiari dei finanziamenti previsti. Un gruppo di ricercatori, istituito per autocandidatura, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha prodotto, all'interno del gruppo dei referenti dei progetti citati, una griglia per la comparazione tra le esperienze e condotto un'analisi ex-post sui dati riferiti dai referenti delle varie esperienze locali. Ne emerge una articolazione significativa degli interventi messi in campo, che risente degli anni in cui sono stati avviati ma che, nel contempo, è in grado di produrre spunti di riflessione significativi. Nonostante si siano manifestati diversi orientamenti nell'approccio preventivo, l'analisi è riuscita ad individuare delle connessioni concettuali che vanno verso il superamento del concet-

to di "riduzione della domanda", a favore dell'aumento della domanda di solidarietà sociale, di partecipazione attiva, di autopromozione, di cultura in un' "ottica integrativa e di prossimità". Per il perseguimento di queste finalità è necessario pensare ad un sistema dei servizi e, di conseguenza, prefigurare forme organizzative capaci di una forte connessione con la realtà sociale, capaci di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni (learning organization). Collegato a questo, emerge la necessità di definire un "indicatore di impatto sociale" in grado di valutare i risultati sulle organizzazioni e sulle reti dei servizi, indicato dai referenti quale vero punto di debolezza.

Premessa

Il Ministero della salute negli anni 2001-2004 ha finanziato 2 progetti di prevenzione nel campo dei nuovi stili di consumo dal

* Il progetto complessivo è stato condotto in collaborazione tra il Ministero della Salute (D.G. Prevenzione Sanitaria, Ufficio VII) e i Dott.ri Lucio Maciocia, Raimondo Maria Pavarin, Sabrina Petrelli e Paolo Ugolini.

titolo: "Individuazione di una strategia preventiva diretta alla popolazione giovanile" e "Definizione di una metodologia, identificazione e registrazione rapida dei fenomeni di consumo", affidati a 14 Aziende Sanitarie Locali (in collaborazione con enti del privato sociale) che sul territorio nazionale hanno generato dei risultati interessanti.

A conclusione dei progetti, si è deciso di valorizzarne i risultati approntando una griglia di valutazione ex post che, attraverso una serie di dimensioni uniformi da esplorare, potesse facilitare la confrontabilità e la riproducibilità delle prassi adottate. È sulla base di questa scheda autocompilata dai referenti di progetto che un gruppo ristretto di ricercatori ha assemblato un documento che rappresenta il frutto di natura metodologica, di revisione critica nonché di proposizioni di intervento delle esperienze locali di prevenzione alla lotta alla droga.

Ai progetti finanziati, il Ministero ha inteso affiancare le esperienze di tre progetti esterni (EXTREME - Regione Toscana, NAUTILUS - Regione Lazio e AZIENDA NOTTE-Comune di Varese - EQUAL) al fine di ampliare lo sguardo sul panorama di interventi nel territorio nazionale.

Analisi delle esperienze pilota

Nell'ambito del programma ministeriale

"Definizione di una metodologia, identificazione e registrazione dei fenomeni di consumo", che riguardava la sperimentazione di strumenti rapidi di misurazione del fenomeno, sono state analizzate 10 esperienze condotte dall'ASP Lazio, ASL 7 Ancona, ASL Bologna, Azienda Ospedaliera Padova, ASL Napoli/4, ASL Palermo/6, ASL Fermo, ASL Perugia/2, ASL Pescara, ASL Catanzaro/7, in un arco temporale che va dal 2001 al 2004.

Gli interventi si sono rivolti principalmente a soggetti tra i 14 ed i 35 anni, conducenti di autoveicoli, studenti delle scuole medie superiori e inferiori, consumatori occasionali e abituali di stupefacenti, utenti dei SERT o delle Unità di strada, raggiunti nei contesti del divertimento (concerti, discoteche e locali pubblici, raves clandestini).

Complessivamente in questi studi sono stati coinvolti almeno 22.279 soggetti, sono state effettuate 6.218 interviste (di cui 193 a testimoni privilegiati) e compilati 16.368 questionari.

Solo alcuni studi riportano misure di riproducibilità degli strumenti utilizzati e la metodologia della mappatura¹. Sono stati utilizzati anche strumenti specifici come il test CAGE per gli stili del bere pericoloso e lo screening clinico rapido².

La prevalenza di uso di sostanze (rilevata talvolta nel "lifetime" altre volte per periodi diversi) varia a seconda del contesto, del

¹ Ferrara S. D. et al., "Alcol, droga e sicurezza stradale", Annali Istituto Superiore Sanità; 36 (1): 29-40, 2000.

Pavarin R.M. "Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy" Ann Ist Super Sanità 2006 Vol 42 n. 4: 477-484.

Pavarin R.M. "Abuso di alcol e uso di stupefacenti tra i giovani che frequentano i locali pubblici della provincia di Bologna" Bollettino tossicodipendenze e alcolismo, 2006 n. 3-4.

² Il test C.A.G.E. (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) è uno strumento efficace per valutare il proprio livello di rischio rispetto l'utilizzo di alcolici. Tale test è composto da quattro semplici domande alle quali si risponde sì o no: una risposta positiva a tale test indica il "sospetto", due "l'alta probabilità", almeno tre la "certezza" dell'esistenza di un problema Alcol-correlato:

- 1) Hai mai sentito la necessità di ridurre il bere? (C=cut down)
- 2) Sei mai stato infastidito da critiche sul tuo modo di bere? (A=annoyed)
- 3) Hai mai provato disagio o senso di colpa per il tuo modo di bere? (G=guilty)
- 4) Hai mai bevuto alcolici appena alzato? (E=eye opener).

target di riferimento e del metodo di indagine utilizzato, ma i risultati dei vari studi concordano nel riportare un consumo elevato di alcolici (dal 48% al 94%), superalcolici (70%) e stupefacenti come cannabinoidi (dal 33% al 67%), ecstasy (dal 5% al 41%), cocaina (dall'11% al 35%) e popper (dal 12% al 27%). L'uso di altre sostanze di "nicchia" (funghi allucinogeni, salvia divinorum, LSD ed oppio) è riportato solo dai soggetti intervistati a rave e concerti.

Per quanto riguarda gli stili di consumo, nel 18% degli studi si riporta: un mix di stupefacenti, un mix di alcolici e stupefacenti, bere alcol e poi guidare, positività al test CAGE e ubriacarsi; nel 9% si è rilevata alcolemia tra conducenti e una intossicazione da stupefacenti per conducenti di autoveicoli.

I comportamenti a rischio più diffusi sono riconducibili all'alcol ed al mix di stupefacenti con alcol. Si nota una prevalenza elevata di conducenti di autoveicoli con abuso di alcolici.

Nello studio condotto nella zona di Padova sui conducenti di autoveicoli, nel 57% dei casi vi era alcolemia rilevabile e nel 16% intossicazione da stupefacenti.

Si segnala un uso molto diffuso di stupefacenti prima dei 15 anni (64%) e prima dei 13 (20%) concentrato nei fine settimana; relativamente alla cocaina un aumento del consumo, dei sequestri, del mercato e dei problemi dovuti all'uso.

Una quota rilevante di giovani sembra soffrire di problemi di depressione, ansia, disturbi del sonno, rilevanti problemi economici, ed ha avuto incidenti stradali, dipendenza da stupefacenti, problemi con la giustizia. Tutti i problemi risultano correlati con la positività al test C.A.G.E., uso di stu-

pefacenti, mix di stupefacenti. I problemi di tipo psichico risultano più elevati per le femmine: l'ansia risulta correlata all'uso di cocaina, problemi di memoria e disturbi fisici e psicosomatici all'uso di oppio, disturbi del sonno per crack, ansia per popper, allucinazioni per funghi e LSD.

È opportuno specificare che, con i dati a nostra disposizione, non è possibile stabilire se il dato relativo all'elevato consumo di stupefacenti tra le ragazze si possa considerare come un fenomeno di tendenza o una situazione contingente che potrebbe ridimensionarsi nel tempo.

Va specificato comunque che i risultati possono essere influenzati dalle diverse tecniche di indagine, modalità di campionamento, popolazioni indagate e zone geografiche. Inoltre il contesto in cui sono state effettuate le interviste, le diverse tecniche di "aggancio" e le diverse modalità di porre le domande, possono avere influito su alcuni aspetti dello studio: in letteratura è riportato un rischio di enfattizzazione nelle risposte relative all'uso di sostanze e dell'alterazione della percezione di sintomi e problemi da parte dei consumatori abituali di stupefacenti³.

È auspicabile in prospettiva che sempre di più vengano utilizzati in questo campo strumenti e tecniche di indagine innovativi.

Nell'ambito del secondo programma ministeriale ("**Individuazione di una strategia di prevenzione diretta alla popolazione giovanile**") si sono manifestati due diversi orientamenti: da un lato la ricerca di filosofie di intervento legate alla promozione degli interventi di comunità attraverso la valorizzazione della partecipazione e della solidarietà nei diversi contesti sociali; dall'altro sono stati privilegiati interventi di contrasto

³ Lenton S, Boys A, Norcross K "Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend Raves in Western Australia" *Addiction* (1997) 92 (10), 1327-1337.

Sunmal H.R., Wagstaff G.F., Cole J.R. "Self-reported psychopathology in polydrug users" *J. Psychopharmacol* 2004 Mar;18 (1): 75-82.

dei rischi legati ai luoghi di presunto maggiore consumo di sostanze psicotrope: discoteche, raves party, pub, raduni, ecc.

Si è pertanto deciso di creare due aree diverse di riferimento al fine di permettere la comparazione di dimensioni omogenee delle esperienze avviate.

Nella prima area sono stati inclusi i seguenti progetti:

Area 1) Promozione della comunità e prevenzione primaria

- Centro di ascolto - SerT Cesena
- Fumo, alcol e droga a scuola - SerT Cesena
- Argonauti - D3D Asl Frosinone
- Filo di Arianna - D3D Asl Frosinone
- E la notte no - Ser.T Perugia
- Individuazione di una strategia preventiva diretta alla popolazione giovanile - Ausl 6 Palermo
- Esperienze sperimentali di prevenzione - Ser.T Pescara

Del secondo gruppo fanno invece parte le seguenti esperienze progettuali:

Area 2) Prevenzione secondaria e di riduzione del danno

- Nautilus - Il Cammino, Regione Lazio
- Notti sicure - SerT Cesena
- Senza Ecstasy Ragioni Tu - SerD Fermo
- In the middle of the night - SerT Catanzaro
- Extreme - CNCA Cat Firenze

Nell'ambito del processo di revisione dell'area 2, le esperienze sono state comparate con il progetto "Azienda notte - Comune di Varese che, essendo in fase di avvio, non è stato oggetto di valutazione ex post ma, come testimoniato dalla successiva sezione di lavoro, è stata utile per una riflessione sulle prospettive di intervento in questo campo.

Dall'analisi descrittiva delle schede, emerge una vasta tipologia di **interventi** che vanno dalla riduzione del danno e dei rischi legati al consumo problematico di sostanze fino alla promozione della comunicazione,

dell'autonomia e dell'assunzione di comportamenti consapevoli rispetto alla propria salute in contesti talvolta formali (centri di aggregazione, scuole etc..) altre volte dell'aggregazione informale (discoteche, eventi musicali, feste, piazze, festival musicali estivi) o "non commerciale" (feste autoprodotte, campeggi allestiti in occasione di festival, rave illegali ...).

Dall'analisi del **target** diretto (e dei contesti specifici) (v. Tabella 1) dei 12 progetti si può notare che il 60% è rivolto ad adolescenti/giovani adulti e studenti (stratificati per due fasce di età: 14/18 per l'area 1 non necessariamente assuntori di sostanze o 14/29 anni per il resto dei progetti); in due casi il target diretto è rappresentato anche da docenti e da genitori di alunni in difficoltà.

Tab. 1. Target diretti dichiarati nei 12 progetti

	Va	%
Adolescenti/giovani adulti	9	40
Studenti	4	19
Docenti/Altre figure adulte scuola	4	19
Genitori	2	9
Consumatori di sostanze (non in contatto con i Servizi)	2	9
Gestori Locali notturni	1	4
Totale	22	100

Più difficile è stato stabilire l'entità esatta dei soggetti raggiunti. In molti casi si è notata una sovrastima, in altri una difficoltà di interpretazione del dato richiesto.

Si nota una similitudine tra il **target indiretto** delle due aree, indicato nelle Amministrazioni comunali per la promozione di politiche integrate per la promozione della salute e per la tutela della sicurezza dei frequentatori dei locali accanto ai gestori.

In riferimento alle modalità ed ai processi di valutazione degli esiti progettuali, all'area "Indicatori/Risultati previsti" notiamo che gli **indicatori** (testimoni dell'eventuale raggiungimento dell'obiettivo specifico) vengono messi in relazione al processo e all'output e mai all'outcome; spesso non si rileva una correlazione tra obiettivo specifico ed indicatore mentre i **risultati previsti** che dovrebbero essere il parametro (quantitativo e/o qualitativo) dei reali risultati raggiunti sono stati espressi solo nel 50% dei progetti.

Nonostante queste difficoltà, il gruppo di ricerca ha provato a verificare lo scarto tra indicatore reale e risultato atteso che si era stabilito nella progettazione iniziale rispetto a singoli obiettivi specifici, diversamente abbiamo teso a una lettura trasversale di quanto dichiarato⁴. Proviamo ora a porre alcune riflessioni prospettiche in merito alle dimensioni valutative.

Oltre l'80% dei progetti (10 su 12) è ancora in corso con altri finanziamenti; se consideriamo che i progetti valutati sono stati selezionati dal Ministero della Salute, colpisce che solo 5 progetti (42%) sono stati trasformati in una organizzazione di Servizio stabile: i progetti non hanno inciso sul problema che dovevano contrastare? Oppure gli Enti capofila hanno fatto altre scelte politico gestionali?

La Co-progettazione tra più Enti è presente in tutti i progetti; d'altra parte è quasi impossibile rilevare se alla fine vi sia anche una co-valutazione di processo, di output e di impatto.

Si nota una dichiarazione di forte coinvolgimento e di interesse dei vari stakeholders e dei professionisti coinvolti (risultato di processo). Si può supporre pertanto che i progetti abbiano accresciuto le competenze degli operatori impegnati in essi, che si sia-

no favoriti processi di integrazione tra i vari partner e il confronto all'interno della rete dei servizi sociali e sanitari, pubblici e privati.

Tutti i progetti hanno attivato una rete, in alcuni casi anche ampia. Da sottolineare altresì che la stessa rete è rimasta attiva anche dopo la conclusione del progetto (solo 1 dichiara il contrario).

Si rileva la carenza di indicatori di impatto sui fenomeni di quella comunità, di quel territorio tra il prima e il dopo progetto. È un problema legato alla difficoltà di seguire nel tempo il target che si vuole raggiungere (e il cambiamento tra il prima e il dopo) oppure gli interventi sono deboli e dimostrano una scarsa capacità di provocare un cambiamento nei destinatari finali? La definizione di un'*agenda di policy* di settore cambierebbe e trasformerebbe il carattere della valutazione.

Spesso manca il raccordo con il Sistema di Cura, come punto rete specialistico, rispetto ad una prevalente rete di primo livello fra agenzie pubbliche (Enti Locali, Scuola) e del no Profit (Associazionismo sia giovanile che adulto).

Scarso o assente è il rapporto con l'Università, risorsa fondamentale nell'utilizzo di strategie e strumenti di valutazione validati, oltre, soprattutto, l'utilizzo di risorse professionali (laureandi, dottorandi, ...) sia nel campo della ricerca scientifica che in quella valutativa.

La sperimentazione dei progetti: quali riflessioni.

Rispetto alla prima area di intervento, i progetti sembrano suggerire una linea di tendenza comune verso l'assunzione di un'**"ottica integrativa e di prossimità"** vale a

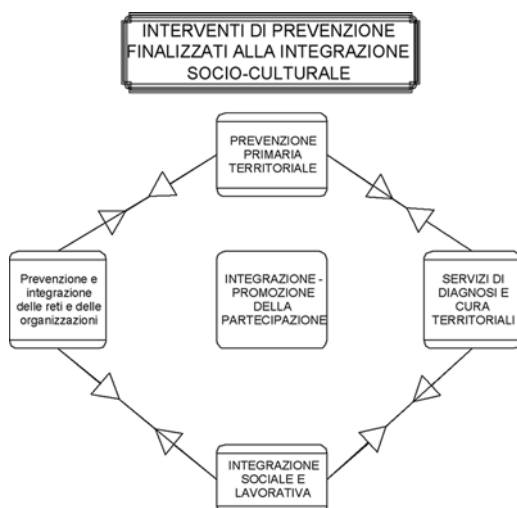
⁴ L. Leone, C. Celata, Per una prevenzione efficace, Il sole 24 ORE, MI, 2006.

dire la strutturazione di percorsi e connessioni in grado di favorire la costruzione di una rete di opportunità (sociale e sanitario, pubblico e no profit) sia per il singolo che per i gruppi e le istituzioni.

Nella Figura 1, si visualizza l'elemento di crescita qualificata del servizio pubblico e della ASL in particolare con l'introduzione di un altro punto nodale rappresentato dagli interventi di rete per l'integrazione e la prevenzione.

Legato a quanto sopraddetto, evidenzia-

Fig. 1. Rete interventi di prevenzione socio-culturale⁵



mo la tendenza verso una "ottica di promozione della partecipazione" tramite il superamento del concetto di "riduzione della domanda", a favore dell'aumento della domanda di solidarietà sociale, di partecipazione attiva, di autopromozione, di cultura. È il definitivo superamento della logica preventiva basata sulla informazione e sulla dissuasione rispetto alle sostanze a favore di una politica attiva dei servizi e di una promozione della salute della persona nella sua globalità.

Non a caso negli ultimi anni, gli interventi rivolti agli adolescenti/giovani adulti tendono a privilegiare in chiave preventiva la metodologia della peer education, che presuppone la co-responsabilizzazione e la co-partecipazione oltre alla gestione delle attività di rete e l'acquisizione e/o il potenziamento di "competenze ed abilità" così come suggerito dall'OMS nel **Programma Life Skills, (OMS 1994)**⁶.

Dai progetti che rientrano nella seconda area (**prevenzione secondaria, terziaria e riduzione del danno**) emerge una tendenza a concepire la prevenzione come evento culturale, attento alle soggettività, ai diritti delle persone, alla possibilità di azione nel tentativo di sviluppare e dare stabilità alle funzioni di prossimità, come prima porta di accesso al sistema dei servizi. Le funzioni di prossimità si caratterizzano per mettere la RELAZIONE al centro del proprio interven-

⁵ L. Maciocia (a cura di) "Il filo di Arianna - Autopromozione, partecipazione, organizzazione", ASL Frosinone, 2007

⁶ Bollettino OMS <<Skills for life>> n. 1 1992

Bois A, Marsden J, Strang J "Understanding reasons for drug use amongst young people: functional prospective" Health Education Research. 2001 Aug; 16(4): 457-69

Pavarin R.M "Uso e abuso di sostanze" Carrocci Editore 2006 - "Stili di vita, stili di consumo: il festival "Arezzo Wave" e la prevenzione delle condotte da uso di sostanze stupefacenti" Angeli Editore Milano 2005

E.R. Martini, La valutazione partecipata dei progetti di sviluppo di comunità: più domande che risposte, in Rassegna italiana di Valutazione, n.21,

Progetto Ministero della salute e del coordinamento delle Regioni: G. Serpelloni, E.Simeoni, L. Rampazzo (a cura di), Project management. La gestione per progetti, 2002

P.Ugolini, Project management e valutazione partecipata, in SESTANTE, I Risultati nelle tossicodipendenze, AUSL, Cesena, novembre 2002

to, essere trasversali e operare un ribaltamento di ottica spostando l'attenzione dai consumi verso gli elementi più propriamente organizzativi e metodologici nell'approccio con il target di riferimento.

Dall'analisi dei progetti abbiamo notato una oggettiva convergenza tra la filosofia dell'intervento all'interno delle istituzioni scolastiche e l'approccio con il "mondo della notte e del divertimento": nel caso della scuola si è presupposto che l'attenzione al benessere organizzativo nella scuola sia di per sé un elemento che produce "agio" nella classe docente e, di riflesso, sugli alunni. Analogamente sono emersi contributi interessanti che vanno verso la definizione di adeguati contesti organizzativi per il mondo della notte e del divertimento: dalla formazione degli operatori dei locali, alla strutturazione di spazi adeguati, ai criteri organizzativi per evitare fenomeni ingestibili quali il campeggio di Arezzo wave, o i rave party. Dalla comparazione delle esperienze con il Progetto di Varese "Azienda notte" sono emerse ipotesi in questa direzione estremamente interessanti laddove è prevista la possibilità di offrire contributi economici e assistenza per la *gestione di luoghi di divertimento senza sostanze*, promuovendo locali e spazi alternativi e che siano imprenditorialmente validi.

Si può concludere che l'approccio ai consumi problematici di sostanze psicoattive andrebbe nel futuro letto in una logica svincolata dai servizi esistenti, utilizzando una logica "sistemica per obiettivi/target", creando reti operative tra servizi, con la condivisione di una mission comune e variamente articolata a vari livelli operativi. I nuovi fenomeni di consumo, che hanno profondamente modificato i profili epidemiologici e i fenomeni clinici connessi con l'uso e l'abuso di sostanze pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati alle diverse modalità di assunzione di sostanze, a loro

volta riferibili in larga misura a diversi stili di vita. Per il perseguimento di queste finalità è necessario pensare ad un sistema dei servizi e, di conseguenza, prefigurare forme organizzative capaci di una forte connessione con la realtà sociale, capaci di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni (learning organization).

Infine nei progetti viene indicato chiaramente come punto critico, la difficoltà ad individuare indicatori di risultato (ancora più difficile, indicatori condivisi tra i vari attori di rete): si evidenzia in questo campo la necessità di istituire criteri di **"Valutazione di impatto sociale"** vale a dire di costruire progettualità di rete attente alla ricaduta sociale e alla possibilità di trasformazioni culturali che promuovano un modello di comunità locale attenta alla solidarietà, alla partecipazione, all'integrazione sociale, all'ascolto attivo e che siano in qualche modo sovrapponibili alla valutazione di "impatto ambientale".

Ringraziamenti:

Si ringraziano tutti i referenti delle esperienze locali relative ai due progetti del Ministero della salute e i referenti dei progetti "esterni". In particolare si ringraziano:

- Dr. Stefano Goretti - SerT ASL 2 PG
- Dr. Fabio Corigliano e il Dr. Oreste Feroleto della Coop. Sociale Zarapoti di Catanzaro
- Dr. Bernardo Grande - SerT Catanzaro
- Dr. Pietro D'Egidio - ASL Pescara
- Dr.ssa Gianna Sacchini - ASUR Z.T. 11 Fermo
- Dr. Stefano Fornaroli - ASUR Zona Territoriale 7 - Ancona
- Prof. Santo Davide Ferrara - Direttore, Tossicologia Forense - Università di Padova
- Dr. Claudio Terranova - Tossicologia Forense - Università di Padova
- Prof. Luigi Stella - ASL/Na 4

- Dr.ssa Marina Davoli - ASL RM/E
- Dr.ssa Laura Amato - ASL RM/E
- Dr. Giorgio Serio - ASL PALERMO 6
- Prof. Carmelo Siracusa - ASL Caserta1
- Dott. Michele Sanza - Ser.T. di Cesena
- Dott.ssa Marusca Stella - Ser.T. di Cesena
- Dr. Stefano Bertoletti - Progetto Extreme
- Dr. Stefano Regio - Progetto Nautilus
- Dr.ssa Roberta Bettoni - Progetto Azienda Notte

Per maggiori informazioni contattare:

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio VII, Dott. Pietro Canuzzi - e-mail: p.canuzzi@sanita.it

Equipe di Progetto

Dott. Lucio Maciocia - D3D ASL Frosinone - d3d@asl.fr.it

Dott. Raimondo M. Pavarin - Osservatorio Epidemiologico AUSL Bologna - raimondo.pavarin@ausl.bologna.it

Dott.ssa Sabrina Petrelli - SerT Fermo - sabrinapetrelli@libero.it

Dott. Paolo Ugolini - Osservatorio Epidemiologico Tossicodipendenze/AUSL Cesena - pugolini@ausl-cesena.emr.it

Il testo completo è disponibile su: www.bollettinodipendenze.it