

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

Legge regionale 23 aprile 1985, n. 34.

Progetto oncologico regionale: integrazione alla legge regionale 2 aprile 1984, n. 13 «Piano socio-sanitario regionale, triennio 1984-1986».

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Commissario del Governo ha apposto il visto

Il Presidente della Giunta regionale

promulga

la seguente legge:

Articolo unico

Il documento di piano allegato alla legge regionale 2 aprile 1984, n. 13 «Piano socio-sanitario regionale, triennio 1984-1986» è integrato con il «Progetto Oncologico Regionale», allegato alla presente legge.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione veneta. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 23 aprile 1985

Bernini

ALLEGATO alla legge regionale relativa a:

Progetto oncologico regionale: integrazione alla legge regionale 2 aprile 1984, n. 13 «Piano socio-sanitario regionale, triennio 1984-1986»

PREMESSA

La patologia neoplastica è attualmente in Italia la seconda causa di morte e circa un terzo di questi decessi è causato dall'assenza di diagnosi tempestive e dall'insufficienza dei mezzi terapeutici a disposizione.

La necessità quindi di affrontare il problema del malato neoplastico investe anche la Regione Veneto, ove, nonostante l'ampiezza e l'articolazione della rete sanitaria, non esiste una organizzazione territoriale delle strutture adeguata alla complessità del compito da svolgere.

L'approccio migliore a questo problema non può prescindere dal potenziamento della ricerca biomedica; dallo sviluppo delle iniziative di prevenzione; da una vasta opera di educazione sanitaria della popolazione; dall'adeguata preparazione degli operatori sanitari e dall'utilizzazione più razionale delle strutture esistenti.

Tali strutture, distribuite in modo disomogeneo e insufficientemente collegate fra loro offrono comunque un numero di prestazioni ambulatoriali e di ricoveri tali da soddisfare circa la metà della richiesta globale.

Pertanto la necessità di migliorare il livello qualitativo e quantitativo dell'assistenza oncologica nella nostra Regione non può prescindere dal riconoscimento, dalla razionalizzazione e, dove necessario, dal potenziamento delle strutture esistenti, anche se l'attuale situazione finanziaria e la carenza del personale specializzato impongono una certa gradualità al tentativo di pianificazione. In sintesi si è soddisfatta questa esigenza proponendo modelli organizzativi basati non tanto sulla creazione di nuove strutture, ma sulla confluenza dipartimentale a vari livelli di quelle esistenti. Inoltre è stato seguito il principio di dimensionare le «unità operative» alla richiesta ottimale per bacino di utenza, potenziando l'offerta di prestazioni oncologiche ambulatoriali o di tipo Day Hospital.

In questo modo si consegue il duplice scopo di razionalizzare efficacemente la rete dei servizi e di ampliare il livello culturale degli operatori senza ricorrere all'impiego di notevoli risorse.

MODELLI ORGANIZZATIVI

Per le nazioni industrializzate come l'Italia l'Organizzazione mondiale della sanità prevede che per ogni 100.000 abitanti, si avranno 350 nuovi casi di tumore e 1.000 richieste di ricovero l'anno. Pertanto, nel Veneto, che ha una popolazione di circa 4.500.000 abitanti, sono prevedibili 16.000 nuovi casi di neoplasia, con una richiesta di 45.000 ricoveri.

Un approccio strategico dotato dei contenuti innovativi necessari per affrontare un problema di queste dimensioni e che non comporti al tempo stesso un aumento della spesa deve essere basato sui seguenti presupposti:

- 1) utilizzare al meglio le risorse di mezzi e di uomini disponibili;
- 2) riconvertire e razionalizzare le strutture già esistenti.

Ciò implica la formazione di medici con competenza specifica (oncologi clinici) e la trasformazione qualitativa di attuali strutture sanitarie in centri dotati di spazi e attrezzature destinati alla diagnosi e alla cura dei pazienti neoplastici.

Tenendo conto delle indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale, per il Veneto viene definito un modello organizzativo basato su una rete di strutture rapportate a diversi bacini funzionali di utenza:

- a) 50-200.000 abitanti, «Consulenza Oncologica (C.O.) o 1° livello;
- b) 200-500.000 abitanti, «Centro Oncologico Multizonale» (C.O.M.) o 2° livello;
- c) 2-2.500.000 abitanti, «Centro Oncologico Regionale» (C.O.R.) o 3° livello.

Le Consulenze oncologiche devono essere istituite presso ciascuna Unità locale socio-sanitaria priva di strutture oncologiche di assistenza.

Nei Centri oncologici multizonali sono istituiti Servizi autonomi di oncologia medica presso i presidi ospedalieri delle seguenti Unità locali socio-sanitarie:

- Unità locale socio-sanitaria n. 3, Belluno
- Unità locale socio-sanitaria n. 5, Bassano
- Unità locale socio-sanitaria n. 6, Alto Vicentino
- Unità locale socio-sanitaria n. 8, Vicenza
- Unità locale socio-sanitaria n. 10, Treviso
- Unità locale socio-sanitaria n. 13, Castelfranco
- Unità locale socio-sanitaria n. 16, Venezia
- Unità locale socio-sanitaria n. 17, Mirano
- Unità locale socio-sanitaria n. 28, Legnago
- Unità locale socio-sanitaria n. 30, Rovigo
- Unità locale socio-sanitaria n. 36, Mestre.

I centri oncologici regionali sono localizzati presso le sedi universitarie di Padova e Verona, come divisioni di oncologia medica.

Inizialmente l'attività dei citati centri è coordinata dal C.O.R. di Padova sede dell'unica divisione di oncologia medica della Regione, della scuola di specializzazione di oncologia, del dipartimento oncologico e della scuola di specializzazione di radioterapia oncologica.

La relativa complessità della prevenzione dei tumori e della cura e riabilitazione dei pazienti neoplastici, inducono a prospettare che a livello di ciascuna Unità locale socio-sanitaria debba costituirsi un riferimento unitario per lo svolgimento di attività omogenee.

Tale riferimento è identificato al primo livello con una struttura organizzativa funzionale denominata «comitato oncologico», composta dal medico internista (eventualmente dall'oncologo consulente), dal chirurgo, dal radiologo e dall'anatomopatologo (dove possibile). Al secondo e terzo livello deve essere istituito il «dipartimento oncologico», struttura più complessa il cui direttivo deve essere costituito da: l'oncologo medico, il chirurgo, il radioterapista, il radiologo, l'anatomopatologo e da altri specialisti di tipo e numero variabile a seconda delle caratteristiche strutturali.

Entrambe queste strutture sono coordinate a turno da uno dei componenti.

I seguenti compiti di ordine culturale e operativo devono essere svolti dai «comitati oncologici» in stretta

collaborazione con il «dipartimento oncologico», secondo i limiti imposti dal livello della struttura e dal relativo ambito territoriale di competenza:

- l'aggiornamento culturale in oncologia e la formazione permanente del personale;
- il coordinamento e il controllo delle attività delle strutture oncologiche;
- la raccolta dei dati anamnestici e clinici relativi ai pazienti neoplastici in apposito registro;
- il coordinamento di eventuali attività scientifiche e didattiche di pertinenza ecologica.

DIRETTIVE ALLE UNITA' LOCALI SOCIO-SANITARIE

Primo livello

L'attività di ciascuna Unità locale socio-sanitaria a questo livello deve essere principalmente rivolta alla prevenzione primaria e secondaria dei tumori (in particolare della sfera genitale femminile) e alla cura dei pazienti portatori delle neoplasie più comuni.

Il «comitato oncologico», prima e fondamentale forma di struttura organizzativa nella lotta contro il cancro, deve orientare la propria azione principalmente verso il coordinamento e il controllo delle attività di diagnosi e cura in stretta collaborazione con il C.O.M. e il C.O.R. di affluenza.

Per una più corretta gestione collegiale dell'attività oncologica è opportuno che a questo organismo si affianchi, almeno in un secondo tempo, la «consulenza oncologica» (C.O.).

I centri oncologici multizonali (C.O.M.) e i centri oncologici regionali (C.O.R.) attuano la C.O. presso i presidi sanitari delle Unità locali socio-sanitarie sprovviste di strutture oncologiche di assistenza.

La C.O. deve assumere le seguenti funzioni:

- collaborare con gli altri specialisti all'impostazione dei casi dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
- favorire il collegamento con le altre strutture oncologiche;
- collaborare alla gestione dell'ambulatorio oncologico che deve consentire:
 - a) il rapido svolgimento dell'iter diagnostico dei casi in esame eliminando le attese;
 - b) l'esecuzione della chemioterapia endovenosa anche prolungata;
 - c) il controllo clinico periodico dei pazienti.

La C.O. si estende anche alla collaborazione per la indicazione e il controllo delle funzioni svolte dall'ambulatorio oncologico dell'Unità locale socio-sanitaria ivi compresa la valutazione dell'utilità di invio del paziente per interventi chirurgici, chemioterapia antiblastica o trattamento radiante presso i C.O.M. e i C.O.R.

Secondo livello

L'istituzione dei C.O.M. si rende necessaria per la concentrazione delle competenze e delle apparecchiature

specializzate corrispondenti alle esigenze di popolazioni superiori per il numero a quelle delle singole Unità locali socio-sanitarie.

Nei C.O.M. devono confluire in senso dipartimentale le attività di:

- Oncologia medica
- Radioterapia
- Chirurgia generale e specialistica
- Radiodiagnostica (generale, operatoria, ultrasonografica, TAC...)
- Medicina nucleare
- Laboratorio (generale, radioimmunologia)
- Endoscopia
- Immunoematologia
- Analgesia
- Anatomia patologica e citodiagnostica.

Devono inoltre essere assicurate le consulenze di tutti gli specialisti alla necessità.

Le funzioni dei C.O.M. sono di seguito sintetizzate:

- coordinamento dell'attività oncologica a livello multizonale (prevenzione primaria, diagnosi, protocolli terapeutici, riabilitazione, attività didattica e scientifica);
- diagnosi e programmazione terapeutica dei nuovi casi;
- controllo clinico periodico dei pazienti;
- servizio di consulenza per le Unità locali socio-sanitarie confluenti e per i medici di base;
- trattamenti integrati;
- collegamento con le altre strutture oncologiche;
- gestione dell'anagrafe oncologica (Registro Tumori Ospedaliero).

Il C.O.M. deve erogare l'assistenza ai pazienti neoplastici nell'ambito dell'ambulatorio e in struttura di tipo day-hospital; il day-hospital è infatti una struttura che eroga e/o coordina nell'arco delle ore diurne prestazioni sanitarie specialistiche, rivolte ai fini diagnostici o terapeutici di carattere unitario.

Terzo livello

Elemento centrale dell'organizzazione oncologica è il C.O.R..

Il C.O.R. deve essere caratterizzato da strutture dotate di spazi propri devoluti all'assistenza, alla ricerca clinica e scientifica, all'insegnamento per la formazione di nuovi oncologi e preparazione di personale paramedico.

Le funzioni del C.O.R. sono così sintetizzabili:

- impostazione e coordinamento regionale delle ricerche di epidemiologia descrittiva e analitica e di laboratorio;
- impostazione e coordinamento regionale delle attività di prevenzione primaria e secondaria;
- messa a punto di nuove procedure diagnostiche e terapeutiche con valutazione dei risultati;
- diagnosi e programmazione terapeutica dei nuovi casi;
- trattamenti integrati e ultraspecialistici;
- controllo clinico periodico dei pazienti;

- servizio di consulenza per le Unità locali socio-sanitarie afferenti, compresa un'azione di controllo dei protocolli terapeutici;
- formazione e aggiornamento permanente del personale medico e paramedico;
- gestioni delle anagrafi oncologiche (Centro di riferimento).

La dotazione minima di strutture oncologiche diagnostico-assistenziali del C.O.R. dovrebbe garantire lo svolgimento «in loco» di tutte le attività previste per il C.O.M. e comprendere comunque l'attività delle divisioni di Oncologia medica (con ambulatorio e day-hospital) e di Radioterapia.

Il C.O.R. rappresenterà il Centro «pilota» per l'assistenza oncologica regionale. Nel suo ambito saranno previste strutture oncologiche di tipo «superiore e raro» alle quali dovranno affluire particolari e selezionate patologie per prestazioni integrate mediche, chirurgiche e/o radioterapiche ultraspecialistiche.

AREE DI INTERVENTO

La carenza di strutture oncologiche nella Regione, sia dal punto di vista numerico che organizzativo e la grave arretratezza culturale della popolazione sul problema tumori comportano la necessità di una serie di interventi finalizzati a breve-medio termine.

Secondo le indicazioni della «Commissione Oncologica Nazionale», per la riorganizzazione dell'attività delle strutture oncologiche, sono state individuate le seguenti aree di intervento:

- epidemiologia
- prevenzione primaria
- prevenzione secondaria
- diagnosi, cura e riabilitazione
- interventi educativi
- ricerca.

1 - Epidemiologia

Le statistiche correnti sono assai poco utilizzate per analizzare la distribuzione di una malattia o di una causa di morte all'interno di una popolazione, e ciò non è dovuto solo e tanto all'imprecisione del numeratore dei tassi (credibilità della causa di morte) ma anche e soprattutto all'impossibilità di avere dei denominatori adeguati, cioè disaggregabili per classe di età e sesso. Così l'impossibilità di disaggregare i dati demografici fino al livello richiesto (sottopopolazioni che costituiscono lo oggetto della ricerca) rende superflua la spesa per ottenere una definizione accurata dei numeratori dei tassi mediante l'istituzione di un registro tumori. Per questa ragione non si ritiene utile istituire un Registro Tumori nella Regione Veneto.

Si ritiene più utile la costituzione da parte delle Unità locali socio-sanitarie di archivi di lavoro contenenti denominatori dei tassi, creando elenchi nominativi esposti o ex esposti a cancerogeni noti o sospetti nello ambiente di lavoro, o di soggetti esposti a fattori di rischio nell'ambiente extra-lavorativo (inquinamento, farmaci, alimenti, ecc...).

I Registri Tumori Ospedalieri (anagrafe oncologica ospedaliera) sono più economici e facilmente gestibili dei registri di popolazione, in quanto l'archiviazione dei dati va riferita ai soli pazienti ricoverati e a tale scopo devono essere utilizzate anche attrezzature già esistenti all'interno degli ospedali che attualmente provvedono alle procedure di routine. Tali registri permetteranno una più sistematica e completa raccolta dei dati anamnestici e clinici ai fini di ricerca scientifica.

I dati da archiviare debbono essere individuati in maniera univoca, salvo che per richieste speciali, in modo che si possono anche aggregare, disaggregare e facilmente raccogliere anche per registri multizonali.

2 - Prevenzione primaria

Gli interventi operativi di carattere generale nello ambito della prevenzione primaria dovranno essere i seguenti:

- ottenere informazioni il più possibile complete e aggiornate sui composti dotati di attività cancerosa certa o sospetta per l'uomo e su composti per i quali sono in corso saggi di cancerogenicità. Tali dati possono essere forniti dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Agenzia Internazionale per le Ricerche sul Cancro (I.A.R.C. - Lione) e dovranno essere depositati presso il Centro di Cancerogenesi Ambientale;
- costruire delle mappe di rischio sulla base delle informazioni di cui al precedente punto e dei dati disponibili presso i servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- attuare i regolamenti vigenti al fine di eliminare o ridurre grandemente l'esposizione di agenti cancerogeni o con potenziale capacità cancerogena.

3 - Prevenzione Secondaria

E' necessario che gli screenings diano garanzia di efficacia (che portino cioè a una diminuzione delle diagnosi di forme avanzate e delle morti) e di efficienza (cioè che il costo sia giustificato dal risultato atteso).

Si possono quindi distinguere tre categorie di situazioni:

- 1) tumori ginecologici per i quali le condizioni sopra citate sono realizzabili e dove quindi è possibile un intervento su larga scala (es. ca del collo dell'utero);
- 2) tumori per i quali è ancora necessario sperimentare l'efficacia di possibili proposte operative (es. ca della mammella, ca del colon-retto, ca dello stomaco);
- 3) tumori per i quali è poco verosimile che tali condizioni si verifichino.

Ai fini operativi si dovrà pertanto:

- istituire presso ciascuna Unità locale socio-sanitaria, nell'ambito dell'ambulatorio oncologico, centri per la diagnosi precoce dei tumori ginecologici. Si può calcolare che da un bacino di utenza di 50-200.000 abitanti possono affluire agli ambulatori 8-32.000 donne in età di rischio all'anno. L'impiego di 1-6 ginecologi, a seconda della domanda, consentirebbe di svolgere tale servizio in ogni Unità locale socio-sanitaria.
- Istituire o potenziare l'attività di citodiagnostica presso ciascun servizio di anatomia patologica (attualmente nel Veneto viene soddisfatta circa la metà

della richiesta di esami colpocitologici ottimale per una efficace opera di prevenzione sui tumori dello utero). Può essere utile prendere in considerazione la ipotesi di una struttura di tipo dipartimentale qualora l'attività di citodiagnostica sia svolta al di fuori del servizio di anatomia patologica.

- Potenziare i servizi di radiologia della Unità locale socio-sanitaria sedi di «Centro oncologico multizonale» e di «Centro oncologico regionale» ai fini della diagnostica radiologica del ca. mammario. La richiesta attuale di questo tipo di prestazioni nella nostra Regione è di 3-3.500 esami/anno/1.000.000 di abitanti. Tale numero è destinato ad aumentare con l'avvio di campagne di educazione sanitaria.
- Avviare campagne di educazione sanitaria rivolte alla popolazione generale e ai medici per la diffusione di alcune pratiche di comportamento dirette alla identificazione precoce delle neoplasie (a esempio autopalpeazione del seno), con previsione di momenti di valutazione delle campagne stesse in collaborazione con le associazioni di volontariato impegnate nel settore.

4 - Diagnosi e Cura

Anatomia patologica e citodiagnostica.

Necessario potenziamento dei servizi di Anatomia Patologica previsti dalla legge regionale 2 aprile 1984, n. 13, di approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 1984-1986. Per quanto concerne la strutturazione degli organici si riporta il parametro suggerito dalla Società Anatomico-Patologi Ospedalieri (S.A.P.O.I.) che indica in 1.250 il numero medio annuale di casi esaminati per ciascun patologo. Tale numero risulta largamente superato in ciascuna provincia del Veneto. Nell'ambito della programmazione oncologica il controllo di qualità delle attività dei servizi di anatomia e istologia patologica e citodiagnostica è indispensabile per migliorarne e garantirne l'efficacia.

Consulenza oncologica.

Dopo aver costituito e reso operante il Comitato oncologico ciascuna Unità locale socio-sanitaria deve poter usufruire della «Consulenza oncologica». Contingentemente sarà opportuno seguire un principio di gradualità nell'istituzione di questo servizio, a seconda della richiesta territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria stessa e della disponibilità di oncologi clinici, i quali dovranno essere inviati dal C.O.M. o dal C.O.R. di competenza. Il Presidio Ospedaliero dell'Unità locale socio-sanitaria ospite dovrà mettere a disposizione dei consulenti oncologi i locali per l'ambulatorio e il relativo personale paramedico.

Servizio autonomo di oncologia medica.

Per il bacino di utenza servito da un C.O.M. (200-500.000 abitanti) 6-10 letti di tipo Day Hospital possono ridurre del 40% la richiesta dei ricoveri. Presso il Day Hospital potrebbero essere inoltre eseguite circa 7-12.000 prestazioni ambulatoriali annue su 700-1.200 pazienti calcolati come affluenza stabilizzata su un totale di 1.050-1.750 nuovi casi di tumore l'anno. Per quanto si riferisce al personale medico e ai fini di una specifica qualificazione in senso oncologico di questo servizio, deve essere considerato requisito fondamentale per accedere

alla posizione apicale l'aver conseguito l'idoneità a primario di Oncologia medica. In via transitoria nella fase di avvio del servizio, la responsabilità dello stesso può essere affidata a un coordinatore consulente proveniente da una divisione di Oncologia medica, coadiuvato da due sanitari locali (possibilmente uno di estrazione internistica e uno chirurgica).

Divisione di Oncologia medica.

Oltre alla istituzione della divisione di Oncologia medica presso l'Unità locale socio-sanitaria n. 25 di Verona risulta necessario potenziare l'organico di quella della Unità locale socio-sanitaria n. 21 di Padova in rapporto alle consulenze oncologiche da attivare sul territorio e al lavoro da svolgere nei Day Hospital.

Oncologia pediatrica.

Istituzione di un centro di Oncologia Pediatrica presso l'Unità locale socio-sanitaria n. 21 di Padova strutturato con una sezione di degenza (20-25 letti), 1 o 2 stanze sterili, ambulatorio, day hospital e organici adeguati.

Radioterapia oncologica.

Tenuto conto delle necessità effettive della popolazione e delle attrezzature radioterapiche attualmente a disposizione o in corso di allestimento, si dovrà:

- attivare la divisione di radioterapia nell'Unità locale socio-sanitaria n. 30 di Rovigo;
- completare l'installazione delle strutture in corso di allestimento e potenziare le attrezzature dei centri di Verona e Treviso;
- potenziare gli organici degli addetti alla radioterapia, in particolare quelli dei medici e dei tecnici;
- potenziare i centri esistenti nella regione di isotopocuriterapia, secondo l'accessibilità geografica;
- attivare il servizio di consulenza.

Ematologia.

Attivazione delle divisioni di ematologia previste dalla legge regionale 2 aprile 1984, n. 13, di approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 1984-1986.

Trattamento antalgico del paziente neoplastico.

Una corretta organizzazione del trattamento antalgico nei pazienti neoplastici deve prevedere l'istituzione di:

- ambulatori e centri di terapia antalgica, gestiti da anestesisti, a livello di ogni Unità locale socio-sanitaria per la diagnostica di base (filtro), i trattamenti antalgici non invasivi, la terapia e i controlli domiciliari, il follow-up a distanza dei singoli malati;
- ambulatori e centri di terapia antalgica altamente specializzati, così come previsti dalla legge regionale 2 aprile 1984, n. 13, coordinati da anestesisti e supportati da diversi specialisti (oncologo, radioterapista, fisioterapista, neurochirurgo) per le indagini più sofisticate, i trattamenti antalgici invasivi, la raccolta e archiviazione dei dati forniti dai centri periferici.

Assistenza domiciliare al paziente neoplastico.

A fianco del medico generico, è necessario che si provveda ad aggiungere l'opera dello psicologo, dello oncologo, di altri specialisti e di personale paramedico qualificato. Tale personale deve essere realmente esper-

to dei problemi oncologici e collaborare in stretto contatto con il centro esistente in quel dato ambito territoriale; utilizzazione del volontariato particolarmente e specificamente preparato.

Riabilitazione del paziente neoplastico.

Per fronteggiare gli aspetti più urgenti del problema è indispensabile un potenziamento del personale paramedico (fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, infermieri professionali) particolarmente adatto a svolgere attività sia a livello ospedaliero che extraospedaliero, ambulatoriale e domiciliare, facendo uso delle possibilità offerte anche dal volontariato.

Dipartimento Oncologico (D.O.).

Il dipartimento oncologico consiste nel coordinamento sistematico e permanente delle varie unità operative che lo compongono così come indicato per il C.O.R. e ha come fine l'efficienza operativa, l'efficacia dei risultati e il progresso tecnico e scientifico della materia.

L'attività di questa struttura non può essere limitata alla diagnosi e cura dei pazienti neoplastici, ma deve estendersi anche alla prevenzione, alla ricerca e all'aggiornamento permanente in oncologia.

Con il dipartimento oncologico devono essere collegate funzionalmente strutture socio sanitarie esterne in grado di fornire alle attività dipartimentali apporti qualificanti. Il dipartimento oncologico costitutivo presso l'Unità locale socio-sanitaria n. 21 ha carattere regionale e può svolgere almeno inizialmente funzione di impostazione e coordinamento dell'attività oncologica della Regione.

Per la prevenzione primaria un utile punto di riferimento deve essere individuato nel Centro cancersogenesi ambientale, struttura già afferente al D.O.

Dal punto di vista assistenziale le strutture afferenti al D.O. dell'Unità locale socio-sanitaria n. 21 di Padova devono essere migliorate con interventi su:

- l'edilizia, facilitando il funzionamento e l'integrazione delle strutture stesse;
- il personale, potenziando l'organico dei medici, paramedici, del personale tecnico;
- le attrezzature, puntando sull'alta specializzazione.

5 - Interventi educativi

Per la popolazione generale, attraverso i mass-media, o direttamente a gruppi di individui (scuole, fabbriche, categorie di lavoratori, consigli di quartiere), deve essere rivolta un'intensa opera di educazione sanitaria sul problema cancro usufruendo anche dell'apparato organizzativo delle sezioni locali della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Esemplificamente, i seguenti argomenti dovrebbero essere trattati: natura dei tumori; pericolosità di alcune abitudini voluttuarie e dietetiche (fumo, alcoolismo, diete squilibrate, eccessiva esposizione a UV); utilità di controlli periodici onde svelare stati neoplastici iniziali (autopalpazione delle mammelle, Pap test, ecc.).

Per operatori medici e paramedici devono essere organizzati corsi di aggiornamento permanente su diversi problemi oncologici.

Per il settore medico tali corsi, indirizzati soprattutto a medici di base, devono vertere su argomenti pratici,

quali modalità di accertamento precoce di condizioni neoplastiche, significato e limiti di prove diagnostiche di laboratorio, assistenza domiciliare al paziente neoplastico.

I corsi suddetti devono essere programmati dalla Giunta regionale e realizzati dalle facoltà mediche universitarie con la collaborazione delle Unità locali socio-sanitarie e degli ordini professionali.

Per personale medico e paramedico operante in strutture oncologiche la qualificazione e l'aggiornamento periodico deve aver luogo nell'ambito delle scuole di specializzazione in Oncologia e, rispettivamente, di scuole dirette a fini speciali (tecnici di citologia e istopatologia, ecc.) nonché da appositi corsi da effettuarsi allo interno dei dipartimenti oncologici.

6 - Ricerca

L'intervento in questa area deve tendere a potenziare le ricerche in corso nell'ambito della Regione e sviluppare i rapporti con gli altri centri di ricerca nazionali e internazionali. Inoltre devono essere individuate e rese operative linee di ricerca di prevalente interesse territoriale.

Al fine di realizzare un adeguato sviluppo della ricerca oncologica in maniera coordinata nel Veneto, la Giunta regionale riserva una parte degli stanziamenti per la ricerca sanitaria finalizzata allo specifico settore.

7 - Finanziamenti

Per consentire un immediato avvio dei servizi previsti dal presente piano oncologico viene istituito per il 1985 un apposito fondo di lire 4 miliardi, riassorbibile nelle assegnazioni ordinarie per il 1986, da ripartirsi tra le Unità locali socio-sanitarie sulla base di specifici programmi presentati dalle stesse e destinato a finanziare oneri derivanti da acquisto di attrezzature, arredi e da spese per il personale.

Il finanziamento avviene mediante prelevamento dalla quota del fondo sanitario regionale 1985 di parte corrente di cui alla lettera f) dell'articolo 11 della legge regionale di piano socio-sanitario destinato alla copertura «delle spese connesse a interventi imprevisi ai sensi dell'articolo 51, quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e alla riserva per i programmi di sviluppo».

(segue tabella)

TABELLA A)

FUNZIONI	UBICAZIONE	STRUTTURA
Consulenza oncologica (C.O.)	In tutte le Unità locali socio-sanitarie	Comitato oncologico
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 3	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 5	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 6	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 8	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 10	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 13	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 16	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 17	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 28	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 30	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico multiz. (C.O.M.)	U.L.S.S. n. 36	Compreso SRAU di oncologia medica
Centro oncologico region. (C.O.R.)	U.L.S.S. n. 21	Compresa 1 divisione di oncologia medica con 50 p.l.
Centro oncologico region. (C.O.R.)	U.L.S.S. n. 25	Compresa 1 divisione di oncologia medica con 30 p.l.