

La vacanza che sta diventando fenomeno di massa anche in Italia

Due milioni e mezzo di italiani affluiranno quest'anno alle stazioni sciistiche.

Ormai è tempo di neve, di sci, di «settimane bianche»: ci si giustifica dicendo che un'interruzione della fatica del lavoro è necessaria anche in inverno e i medici dicono che è vero.

In casa si va facendo intanto una rassegna dell'equipaggiamento e si preventivano le spese necessarie per rinfrescare o rinnovare gli attrezzi e il guardaroba. Si completano i piani per le imminenti vacanze «bianche», si prendono contatti con uffici turistici, alberghi, pensioni, affittacamere per organizzare soggiorni in montagna nei prossimi mesi, si hanno le prime risposte su disponibilità di alloggio e su prezzi e sono ripresi i contatti con rassegnazione, tali comunque da raffreddare non pochi entusiasmi perché i prezzi sono sensibilmente aumentati rispetto allo scorso anno e perché molti hanno già provveduto in anticipo a garantirsi una sistemazione per il periodo di Natale e Capodanno, il più ambito dalla maggior parte di italiani che tendono a far coincidere il periodo di riposo proprio come le vacanze dei figli.

La consuetudine, infatti, di destinare un periodo più o meno breve di vacanza al soggiorno in montagna e allo sport che vi si può esercitare, si è andata estendendo sino ad assumere proporzioni di massa. Nella stagione 1980-81 si prevede che affluiranno alle stazioni sciistiche del nostro Paese oltre due milioni e mezzo di italiani (circa mezzo milione di stranieri), raggiungendo una quota rilevante della popolazione che nel corso dell'anno si concede una vacanza lontana dalle città. Ed è una consuetudine che si fa inabbiamente apprezzare e va secondata per i benefici che offre e che la pratica oltre che a chi sulle attività turistiche fonda le proprie fortune.

● BENEFICI — Una vacanza invernale sulla neve rappresenta una rottura utilissima nell'anno di vita lavorativa che consente di arrestare la frenata e di restituire alla pausa canonica dell'estate. Quest'ultima, quanto più si estenda l'abitudine della vacanza estiva, può essere considerata un tutto vantaggio per chi resta in città, per le attività che vi si possono continuare a svolgere, per l'economia complessiva? Ma il beneficio maggiore offerto da una vacanza sulla neve sta nel suo carattere «attivo». Mentre d'estate, al mare, il periodo di vacanza, per lo stesso clima, si riduce a lunghe ore di inattività, sulla spiaggia, al caffè, a letto, così che la pratica dello sport si limita quasi solo a brevi nuotate. In montagna ci si va per sciare. Questo significa possibilità di movimento che, data la vita sedentaria imposta dal tipo di abitudini largamente diffuse, rappresenta un elemento prezioso al fine dell'equilibrio psicofisico. Una recente intervista al dottor Giovanni Calderone, dell'Istituto di medicina dello sport e medico della squadra italiana alle Olimpiadi arrivava ad affermare che, proprio per il suo carattere di «vacanza attiva» quella invernale «può rappresentare un'ottima profilassi per tutto quanto possa alterare



Quando neve e turismo favoriscono la salute

Il beneficio di un riposo «attivo», di una ripresa del movimento fisico che interrompe il periodo di lavoro - Una profilassi contro lo stress dell'impegno quotidiano

l'equilibrio psicofisico di tutti noi per quanto concerne lo stress del lavoro quotidiano e a prevedere che in futuro potrebbe rappresentare una vera e propria prescrizione che il medico dovrebbe consigliare ai suoi pazienti.

● PRECAUZIONI — Prima di tutto va tenuto presente che fare dello sport costituisce un'attività ben diversa da quella dei concolanti campioni. Sciare quindi non significa emulare Stenmark, così come giocare a tennis è cosa ben diversa dall'attività di un Borg o di un Panatta. I campioni nostri e stranieri della pratica dello sci in Italia non è stata estranea la popolarità che si era conquistato Gustav Thoenen con le sue vittorie. Ma è del tutto insensato per chi può sciare

per complessivi dieci, quindici giorni l'anno prendersi come modello un professionista che lo fa per otto, dieci mesi, sette, otto ore al giorno.

Chi lo facesse ridurrebbe la sua giornata di sport non a un divertimento ma ad una sofferenza pericolosa per la incolumità delle sue gambe. Massima da osservare sempre, senza eccezione, è per chi cerca nello sport un pasticcio e quell'utile rottura della monotonia della vita quotidiana, di misurare quanto si propone di fare con le sue reali possibilità. Il che significa: 1) accertarsi che non esista alcuna controindicazione, sottoponendosi ad una valutazione medica che ne accerti l'idoneità (disturbi cardio-circolatori, ipertensione arteriosa, aritmie, malattie reumatiche, affezioni croniche dell'

apparato gastroenterico non si conciliano con la pratica dello sci).

La stessa cautela va usata con bambini e ragazzi che non è il caso di avviare troppo presto allo sci (Giuseppe Pirovano indicava l'età minima in otto-dieci anni, quando cioè l'apparato muscolare del fanciullo abbia raggiunto uno sviluppo sufficiente a fronteggiare la fatica di comandare i due attrezzi che si mettono ai piedi); 2) scegliere le piste adeguate alle sue possibilità, evitando le difficoltà superiori che trasformerebbero in sofferenza il piacere di una discesa, per non parlare di conseguenze anche più penose; 3) consigliabile a questo fine affidarsi a un maestro (costano caro le lezioni di sci, ma costa di più una ingessatura con il conseguente periodo di inattività); 4) adottare gli attrezzi convenienti: non è necessario affrontare spese eccessive per avere sci sofisticati, ma una eccessiva economia nell'acquisto di un paio di attacchi potrebbe rivelarsi una imprevidenza, e un buon attacco rappresenta una buona garanzia contro le fratture; 5) usare l'abbigliamento adatto, dal freddo occorre difendersi a fronteggiare temperature di diversi gradi sotto zero rappresentano un pericolo di congelamento e di malattie all'apparato respiratorio; 6) occorre tenere presente che sciando si finisce per non accorgersi del freddo che ci circonda e questa è la causa del pericolo: bene quindi restare alla temperatura di alleggerirsi quando il movimento ci dia la sensazione di caldo o di facciata sudata. Naturalmente coprirsi bene non vuol dire imbotirsi.



Un giro d'affari intorno ai 4 mila miliardi di lire

Chi può praticare lo sci? Tenuto conto delle indicazioni sopra esposte, si può dire che lo sci è uno sport praticabile da tutti e a tutte le età. La neve, d'inverno, offre possibilità vastissime di divertirsi muovendosi e la gamma di attività offerte è tale che ciascuno può trovare il campo su cui esercitarsi.

Chi sono gli sciatori in Italia? Prima di tutto va detto che sono ancora pochi. Uno ogni 20 abitanti contro l'uno a tre in Svizzera e Austria. Due milioni e mezzo in un Paese come il nostro ne offre il privilegio di stazioni invernali relativamente vicine non sono certo molti paragonati ai 17 milioni di sciatori, quanti sono stati nel 1979-80 nei cinque Paesi dell'arco alpino (Francia, Italia, Germania, Svizzera, Austria). Quanto a un «identikit» dello sciatore italiano, in base a statistiche recenti della FISI, si può dire che esso ha un'età che varia dagli 8 ai 30 anni, con prevalenza tra i 19 e i 31. Circa il 50 per cento dei praticanti italiani di sci appartiene alla classe media, il 32 alla classe superiore o medio-superiore e il 18 alla classe medio-inferiore. Questo sciatore preferisce le piste delle Alpi (la pratica dello sci interessa per il 78 per cento l'arco alpino), privile-

giano il settore occidentale (46 per cento), rispetto a quello orientale (32 per cento). Quanto costa sciare? Questo è il punto dolente che spiega il prevalere tra i praticanti di questo sport degli appartenenti alle classi abbienti. Costa molto attrezzarsi e abbigliarsi, specialmente per lo sci di discesa. Tra sci, attacchi, bastoncini, abbigliamento, chi vuole praticare da turista lo sport più squisitamente alpino deve prevedere quest'anno una spesa che si aggira intorno al mezzo milione. Da 100 mila a 300 mila per sci, attacchi e bastoncini; da 30 a 200 mila per scarponi, da 40, 45 mila per giacca a vento, da 30 a 130 mila per i pantaloni. A queste cifre occorrerà aggiungere quelle per occhiali, guanti, berretto, per non tenere conto di quegli indumenti (maglioni, camicie, calze) che non sono specifici per lo sciatore, ma che tuttavia costano. Meno caro costa attrezzarsi per lo sci da fondo, ma anche per questo si ragiona in centinaia di migliaia di lire.

Una cifra può dare la dimensione di questi costi: in Italia, nel 1979 si sono spesi per l'abbigliamento da sci 320 miliardi, contro gli 80 per il tennis e 220 per il nuoto e la spiaggia. Ma ovviamente, i costi per l'equipaggiamento non sono che una parte di quanto si spende. Una volta speso dunque qualcosa come mezzo milione per l'attrezzatura e l'abbigliamento scistici, occorre mettere in preventivo il viaggio, il vitto e l'alloggio, gli impianti di risalita. Per il prossimo inverno si prevede per il due milioni e mezzo di italiani e il mezzo milione di stranieri un giro di affari complessivo di 4 mila miliardi, per le spese di vitto, alloggio, viaggio e uso di impianti di risalita. Secondo una ricerca effettuata da una conclusione dell'inverno scorso, considerando il costo medio a una tariffa minima, un fine settimana, comprendente due notti di pernottamento, due notti di pernottamento per gli impianti di risalita, è costato non meno di 80 mila lire escluso il viaggio. Quest'anno va previsto un aumento non inferiore al 20 per cento. E si arriva a 100 mila lire. Un notevole risparmio offrono le «settimane bianche» che tutte le agenzie turistiche organizzano in vario modo e a vari prezzi. In tal modo sette giorni passati l'anno scorso nella stessa località considerata dalla stima precedente sarebbero costati, alle stesse condizioni, intorno alle 150 mila lire. Anche per questo tipo più conveniente di soggiorno va previsto quest'anno il medesimo aumento del 20 per cento, da un minimo di 125 a un massimo di 410 mila lire.

● L'entrata annua di valuta pregiata rappresentata dai turisti invernali stranieri può essere calcolata intorno ai 650-700 miliardi. Un «business» di proporzioni gigantesche. Mario Fanoli

Può essere curato definitivamente il cancro del cavo orale, con un'alta percentuale di successo, solo se esso viene diagnosticato in fase iniziale. Questa è la conclusione più importante alla quale sono giunti gli esperti italiani e stranieri nel corso del Simposio internazionale sul carcinoma orale, tenutosi a Milano alla fine di novembre ed organizzato dalla Clinica odontostomatologica del settore didattico dell'ospedale S. Paolo di Milano e dall'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano.

La facile ispezionabilità della cavità orale, la fine sensibilità di cui sono dotati i tessuti che la rivestono e le innumerevoli occasioni (visite mediche, odontoiatriche ed otorinolaringoiatriche) nelle quali il cavo orale viene esaminato, dovrebbero far ritenere che, difficilmente, una lesione della bocca, in genere, e neoplastica in particolare, possa sfuggire ad una diagnosi precoce. La realtà è invece drammaticamente diversa essendo il ritardo, con il quale il paziente portatore di un tumore maligno orale arriva a sottoporsi ad un trattamento adeguato, enorme ed inaccettabile. Una recente indagine ha analizzato le cause di questi ritardi individuandone essenzialmente tre.

Una legata alla disinformazione ed ai pregiudizi del paziente; una seconda a insufficiente preparazione del medico di primo intervento; la terza a carenze delle strutture sanitarie. Il ritardo medico riscontrato, fra il momento in cui il paziente avverte i primi sintomi e la prima visita medica, è stato di circa 80 giorni, mentre 85 giorni — o più — intercorrono fra la prima visita e l'effettuazione di una diagnosi clinica serena. Quest'ultimo ritardo non si verifica, ovviamente, nella totalità dei casi, anche se riguarda una percentuale molto elevata di essi (45%).

Posta la diagnosi clinica di sospetta neoplasia il paziente dovrà poi attendere altri giorni per ottenere una visita specialistica e il risultato dell'esame istologico, indispensabile per una diagnosi di sicurezza. Una successiva attesa di circa 20-30 giorni sarà necessaria per poter essere ricoverato e sottoposto ad intervento terapeutico. La gravità di questa situazione viene accentuata se si considera che una diagnosi precoce e effettuata cioè prima che il tumore superi la dimensione di 2 cm. di diametro — permetterebbe di ottenere una guarigione definitiva in un'alta percentuale dei casi, molte volte senza dover ricorrere a mutilazione grave della faccia e di funzioni indispensabili quali la masticazione, la deglutizione, la fonazione, etc.

I cittadini, in specie quelli in cui maggiore è il rischio di ammalare di cancro orale e cioè le persone al di sopra dei 50 anni di età, i forti bevitori e fumatori, e i portatori di protesi mobili vanno esposti a programmi di educazione sanitaria che puntualizzano la necessità di sottoporre a visita medica tempestiva ogni più piccola alterazione (ulcere, piccoli ingrossamenti localizzati, chiazze bianche o rosse, e tutte quelle situazioni che, genericamente e troppo semplicisticamente, vengono considerate «infiammazioni») compaia sulla, o sotto, la lingua, sulle guance, sul palato, sulle gengive e sulle labbra. Per facilitare il riconoscimento delle lesioni è indispensabile che si proceda alla diffusione dell'insegnamento di tecniche di autoesame del cavo orale, non solo per i motivi sopra ricordati ma, anche, per stimolare una partecipazione diretta e motivata all'intervento preventivo. I medici di base e gli odontoiatri, che sono i sanitari più frequentemente consultati dai pazienti una volta comparsi i primi sintomi, devono seguire le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità che impongono di sottoporre ad esame specialistico, ed eventualmente a biopsia, ogni lesione

Scoprire in tempo il tumore del cavo orale

Se per 14 giorni avete un dolore in bocca sentite subito il medico

del cavo orale che non sia giunta a guarigione entro 14 giorni dalla comparsa dei primi sintomi.

Il medico deve anche astenersi — e questa dovrebbe essere una regola generale — dal prescrivere farmaci, sia locali che a carattere generale, senza che questa prescrizione sia giustificata da una diagnosi precisa. E invece, purtroppo, pratica comune suggerire l'uso di colluttori, pomate, antibiotici, vitamine, ogni volta che esistano lesioni a livello dei tessuti che rivestono la bocca. Questi farmaci, prescritti senza che sia stata fatta una diagnosi precisa, non solo non modificano la situazione ma, molto spesso, la peggiorano ulteriormente. Va anche ricordato che alcune fra le malattie più frequenti del cavo orale non necessitano di terapia alcuna (afte, herpes simplex) e giungono spontaneamente a guarigione entro 10-14 giorni. Ecco perché l'OMS pone come limite invalicabile per porre la diagnosi il 14° giorno dall'inizio dei sintomi. Non va inoltre dimenticato che il ruolo dell'odontoiatra nella lotta contro i tumori maligni del cavo orale è fondamentale.

È evidente, quindi, la necessità di corsi di aggiornamento e di programmi universitari nei quali questi problemi abbiano una giusta rilevanza sia a livello teorico che pratico.

Ridurre drasticamente attraverso un'efficace ed efficace educazione sanitaria il ritardo con cui il paziente, una volta comparsi i sintomi, si sottopone a visita medica e aumentare l'efficacia del filtro operato dal medico di base e dall'odontoiatra, significa, di per sé, razionalizzare e facilitare l'opera dei presidi specialistici riducendo, a valore ragionevole la terza causa di ritardo, quella cioè esistente a livello diagnostico e terapeutico.

Tutto quanto detto fin qui sottolinea l'importanza della diagnosi precoce anche se non va dimenticato che solo una medicina preventiva vera, capace cioè di effettuare la prevenzione primaria, può impedire l'insorgenza della malattia. È stata ampiamente sottolineata, da tutti gli esperti che hanno partecipato al Simposio di Milano, l'indispensabilità di ricerche epidemiologiche per individuare e valutare i fattori di rischio (alcol, fumo, sostanze contenute nell'ambiente di lavoro, etc.).

Si sa, ad esempio, che tutti, o quasi tutti, coloro che ammalano di cancro intraorale sono forti bevitori e che gli a-

gricoltori ed i pescatori sono maggiormente esposti al rischio di ammalare di cancro del labbro (esposizione al sole, contatto con i materiali delle reti). Esistono anche dati che farebbero sospettare la presenza di fattori cancerogeni in alcune industrie (industria tessile) e in alcune situazioni di lavoro (lavoratori che usano sostanze da applicarsi con piccoli pennelli che a loro volta vengono umettati e resi appuntiti con le labbra o la punta della lingua). I tumori maligni del cavo orale sono significativamente più frequenti nelle province del Nord Italia rispetto al resto del Paese, e soprattutto nelle aree Nord-orientali.

In particolare le dieci province a mortalità più elevata per tumori della cavità orale sono: Pordenone, Treviso, Vicenza, Udine, Brescia, Venezia, Pavia, Trento, Belluno e VerCELLI. Per i tumori della lingua: Pordenone, Treviso, Brescia, Val d'Aosta, Gorizia, Trieste, Novara, Torino, Sondrio e Como. Come si vede il problema dei tumori maligni della bocca è complesso e una soluzione definitiva di esso è affidata alla ricerca. Tuttavia, poiché una diagnosi precoce è in grado di salvare una grande quantità di questi ammalati, è inaccettabile che, per carenza di informazione adeguata e di un'adatta preparazione medica, la realtà sia quella che è riscontrabile presso i Centri specializzati per la cura dei tumori, che cioè meno del 10% dei pazienti viene ricoverato con un tumore le cui dimensioni siano inferiori ai 2 cm. La maggioranza di essi ha quindi superato, al momento del ricovero, i limiti entro i quali alte sono le possibilità di guarigione.

Giorgio Vogel
2° Clinica Odontostomatologica
Università degli Studi di Milano

AGV RINGRAZIA I DUE CAMPIONI KENNY ROBERTS E ALAN JONES

DIESUS ci va piano con l'alcol e forte con le erbe. Da sempre. Arrivano piemontesi!