



**CENTRO
INTERNAZIONALE**
DI RICERCA SISTEMICA

BENESSERE ITALIA

Professor Pier Luigi Rossi

PROPOSTE

1 – SALUTE CONSAPEVOLE

dalla MEDICINA della SINTOMATOLOGIA alla MEDICINA della CONSAPEVOLEZZA

2 – DIABETE MELLITO: UN PARADIGMA CULTURALE DELLA SOCIETÀ DI OGGI

*la PREVENZIONE DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 nella COMUNITÀ ITALIANA;
il DIABETE URBANO-ANCI*

3 – MANGIARE È UN ATTO AMBIENTALE

*la biodiversità agro-alimentare e il gusto italiano;
il paesaggio alimentare; ecologia superficiale ed ecologia profonda: dall'EGO all'ECO;
medicina e Agricoltura: due scienze per la vita*

4 – LA COSCIENZA SENSORIALE e IL DESERTO ALIMENTARE

il piacere alimentare come guida verso la salute e il benessere



1 – SALUTE CONSAPEVOLE

dalla MEDICINA della SINTOMATOLOGIA alla MEDICINA della CONSAPEVOLEZZA

La più moderna ricerca scientifica afferma che le chiavi della salute e della durata della nostra vita dipendono da diversi fattori, che possono essere suddivisi in tre categorie:

1. Il 30% dipende dalla genetica ereditata dai nostri genitori;
2. Il 20% dall'efficienza del sistema sanitario;
3. Il 50% dal nostro stile di vita.

Ossia: il 30% delle nostre possibilità di mantenere salute e longevità è data dalla genetica ereditata dai nostri genitori; l'organizzazione sanitaria (ospedali, cliniche, medici, farmaci, diagnostica...) interviene per il 20% nella determinazione dello stato di salute di una persona. Infine il 50% della nostra salute dipende dai nostri comportamenti giornalieri! Questo significa che siamo soprattutto noi a condizionare la salute e la durata della nostra vita.

Negli ultimi anni sono comparse e si diffondono sempre di più le “malattie comportamentali”, ossia generate da comportamenti aggressivi contro il proprio corpo: cattiva alimentazione, fumo, alcool, stress, grave perdita di muscolo per scarsa attività motoria, droga, inquinamento ambientale.

Questi segnali ci indicano che spesso la malattia nasce da una scarsa attenzione verso il proprio corpo. Di conseguenza, sta a ciascuno di noi decidere che direzione prendere, conoscendo i rischi per poter gestire la nostra salute in modo consapevole.

ECOLOGIA della SALUTE

Con la nostra volontà decidiamo per il 50% del nostro stato di salute!

Una simile percentuale significa essere sani per scelta, e realizzare quella che viene definita la “medicina della consapevolezza”. Non bisogna, cioè, delegare esclusivamente ai farmaci, ai medici, alla diagnostica scientifica ciò che possiamo compiere noi stessi ogni giorno. Si tratta di una rivoluzione di pensiero e di organizzazione sanitaria, di sistema di produzione agro-alimentare, di sistema economico produttivo e di vita giornaliera. Significa uscire dalla cultura della delega e tornare alla riappropriazione totale della responsabilità dello stato di salute soggettiva.

Assumere questo punto di osservazione della nostra salute vuol dire cambiare del tutto la prospettiva con cui si guarda al nostro organismo: significa cioè avere un approccio preventivo, ecologico, di conoscenza e di rispetto della nostra *casa anatomica*.



2 – DIABETE MELLITO: UN PARADIGMA CULTURALE DELLA SOCIETÀ DI OGGI

la PREVENZIONE DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 nella COMUNITA ITALIANA; il DIABETE URBANO–ANCI

Il diabete mellito tipo 2 può essere vissuto come un indicatore culturale, di benessere psico-fisico e di qualità della vita, nonché di un alterato rapporto con il proprio corpo, di un rapporto non consapevole con la produzione agro-alimentare e con le abitudini alimentari. Intervenire per la prevenzione del diabete mellito tipo 2 è un'azione che coinvolge la modifica dei comportamenti alimentari e delle abitudini di vita.

Prima ancora della visione medica, occorre offrire al diabete uno sguardo culturale. L'errata alimentazione, la non adeguata attività motoria giornaliera, l'essere sovrappeso o l'obesità sono fattori di rischio per il diabete, in questo caso specifico, e per altre patologie correlate allo stile di vita e di alimentazione.

IMPATTO DEL DIABETE SULLA SOCIETÀ

Il diabete ha un impatto decisivo sulla società. È infatti:

1. La sesta causa di mortalità nel mondo;
2. La sesta causa di mortalità tra le donne.

Cinque milioni di persone muoiono ogni anno a causa del diabete, mentre il 50% delle persone affette da diabete non sa di esserlo. Infine, il 77% dei diabetici vive in paesi a medio e basso reddito.

COSTI DEL DIABETE IN ITALIA

Costi diretti SSN per anno: 4000 euro x 4 mln di diabetici = 16 miliardi

Costi diretti personali (ticket per prestazioni non esenti, visite LP, partecipazione alla spesa per alcuni farmaci) = 3 miliardi per anno

Costi indiretti personali, familiari, aziendali e sociali (perdita di produttività del paziente e/o di chi lo assiste, spese per trasferte/spostamenti ecc.) = 12 miliardi per anno

Costi morali (ridotta qualità di vita, disabilità ecc.) = non calcolabili

RANKING PER 15 CAUSE di MORTE (verso il 2030)

Malattia o trauma	2000 Rank	2030 Rank	Change in Rank
Cardiopatía Ischemica	1	1	0
Cerebropatia vascolare	2	2	0
Infezioni delle vie respiratorie	3	5	-2
HIV/AIDS	4	3	+1
BPCO	5	4	+1
Patologie perinatali	6	9	-3
Patologie diarroiche	7	16	-9
Tubercolosi	8	23	-15
Neoplasie apparato respiratorio	9	6	+3
Incidenti stradali	10	8	+2
Diabete	11	6	+5
Malaria	12	22	-10
Cardiopatía ipertensiva	13	11	+2
Suicidio	14	12	+2
Neoplasia apparato gastrointestinale	15	10	+5

APPLICAZIONE DEL FINDRISC TEST

È il momento, all'alba del 2020, di procedere con la individuazione di nuovi parametri, in linea con la più attuale ricerca scientifica:

1. Occorre implementare l'applicazione del THE FINDRISC TEST (Finnish Diabetes Risk Score), sia con modalità cartacea sia tramite mezzi di diffusione tecnologica, per la conoscenza del rischio personale di diabete mellito tipo 2; in particolare, poniamo l'accento sulla conoscenza sul "diabete urbano", in sintonia istituzionale con ANCI. Le otto domande di cui si compone il test possono anche essere estrapolate per la conoscenza specifica del comportamento alimentare e di stile di vita della persona, della Comunità Regionale e Nazionale. Essendo il THE FINDRISC TEST validato dalla OMS e realizzato a livello internazionale, ha il beneficio di permettere anche un confronto epidemiologico tra la casistica italiana e le altre Nazioni.
2. Il diabete mellito può essere considerato una patologia *culturale*, cioè un'espressione patologica del modello di vita, organizzazione sociale, stile di vita, alimentazione, obesità e sovrappeso, e persino del modello di produzione e commercializzazione agro



alimentare. In altri termini, si può definire come una perdita del vitale equilibrio tra cultura e natura, tra organizzazione della vita quotidiana e corpo umano. Di conseguenza, il THE FINDRISC TEST, oltre ad essere un'indagine per la prevenzione del diabete mellito tipo 2, può essere considerato un valido test per verificare gli stili di vita e di alimentazione della popolazione italiana.

3. La particolare situazione di pandemia dovuta al Covid-19 ci ha spinto di recente anche a un'ulteriore considerazione: il tasso di mortalità per Covid-19 è risultato più alto tra pazienti che avevano contratto il diabete mellito tipo 2, e di conseguenza ridotta capacità di difesa del loro sistema immunitario. La pandemia ha evidenziato il ruolo patologico prognostico del diabete mellito tipo 2.

THE FINDRISC TEST

Domande

1. QUANTI ANNI HA?

- Meno di 35 anni (0 punti)
- Tra 35 e 44 anni (1 punto)
- Tra 45 e 54 anni (2 punti)
- Tra 55 e 64 anni (3 punti)
- Più di 65 anni (4 punti)

2. NELLA SUA FAMIGLIA C'È ALMENO UN PARENTE CON IL DIABETE?

- No (0 punti)
- Sì, tra i parenti lontani: nonni naturali, zii, cugini (3 punti)
- Sì, tra i parenti stretti: genitori naturali, figli, fratelli (5 punti)

3. QUAL È LA SUA CIRCONFERENZA ALL'ALTEZZA DELL'OMBELICO?

- Donne - meno di 80 cm; Uomini - meno di 94 cm (0 punti)
- Donne - tra 80 e 88 cm; Uomini - tra 94 e 102 cm (3 punti)
- Donne - più di 88 cm; Uomini - più di 102 cm (4 punti)

4. SVOLGE ATTIVITÀ FISICA PER ALMENO 30 MINUTI AL GIORNO?

- Sì (0 punti)
- No (2 punti)

5. CON QUALE FREQUENZA MANGIA FRUTTA, VERDURA, PANE INTEGRALE o di SEGALE?

- Tutti i giorni (0 punti)
- Non tutti i giorni (1 punto)

6. LE SONO STATI PRESCRITTI FARMACI CONTRO LA PRESSIONE ARTERIOSA ALTA?

- No (0 punti)
- Sì (2 punti)



7. *LE È MAI STATO DETTO CHE HA LA GLICEMIA ALTA?*

- No (0 punti)
- Sì (5 punti)

8. *QUAL È IL SUO RAPPORTO TRA PESO (kg) e ALTEZZA (metri al quadrato)?*

(IMC: indice di massa corporea / esempio di calcolo una persona è alta 160 cm e pesa 72 Kg,
 $IMC = 72 : 1.60 \times 1.60 / 72kg : 2.56 = 28.1$)

- Meno di 25 (0 punti)
- Tra 25 e 30 (1 punto)
- Più di 30 (3 punti)

DIABETE URBANO

Per la prima volta nella storia, dal 2010 più della metà della popolazione mondiale vive nelle città. Questo numero è destinato ad aumentare ed entro il 2050, il 66% della popolazione vivrà in agglomerati urbani ed entro il 2030 questo numero aumenterà arrivando al 75%. Un fenomeno, quello dell'urbanizzazione che riguarda anche l'Italia dove oggi il 36% delle persone vive nelle 14 Città Metropolitane.

Le città inevitabilmente continueranno ad attrarre popolazione e per gli amministratori locali questo incremento rappresenterà un compito non facile da gestire, anche sotto il profilo socio-sanitario, come evidenzia l'OMS.

ITALIAN URBAN DIABETES CHARTER

In Italia, il 5.4% della popolazione è malato di diabete mellito tipo 2. Gli studi hanno inoltre evidenziato che per ogni persona con diabete esiste una persona che non sa di averlo. Studi internazionali hanno messo in risalto come esista un collegamento fra aumento di Diabete tipo 2, obesità e urbanizzazione.

A livello globale nel 2014 il 65% delle persone con diabete viveva in aree urbane, un numero che nel 2040 le stime indicano che arriverà al 74%. Per l'International Diabetes Federation è chiaro che la città sono e saranno sempre di più un punto determinante per contrastare la crescita del diabete. Questo fenomeno viene definito *Urban Diabetes*.

LINEE DEL PROGETTO

1. *INSERIRE* il diabete tipo 2 come priorità di azione a livello politico, sanitario, sociale, a livello locale e nazionale, considerandone la severità, il rischio di mortalità e le complicanze invalidanti ad esso connesso;
2. *CREARE* una rete di alleanza fra competenze diverse, mettendo in prima linea le istituzioni Nazionali, Regionali e Cittadine, assieme ai responsabili della sanità, delle società



- scientifiche di riferimento, ai medici, agli accademici, alle associazioni, alle farmacie e alla comunità stessa, come soluzione per contrastare in ambito urbano il crescente numero di persone con diabete tipo 2 e obesità;
3. *ASSICURARE* una rete assistenziale specialistica, diffusa in tutto il territorio, potenziando le strutture esistenti e realizzando percorsi e processi di cura specifici per ogni ambito urbano, affinché le persone con diabete ricevano le migliori cure possibili;
 4. *RAFFORZARE* l'integrazione Ospedale-Territorio come fondamentale obiettivo strategico del sistema sanitario locale, assicurando la continuità terapeutica per le persone con diabete in tutto il contesto urbano;
 5. *PROMUOVERE* una corretta informazione ai cittadini, nelle comunità, nei posti di lavoro e nelle scuole, sulla prevenzione del diabete tipo 2 e dell'obesità, per ridurre drasticamente l'insorgenza e la progressione di complicanze mortali e invalidanti, specie quelle cardiovascolari, contribuendo ad abbattere i rilevanti costi della patologia relativi alle ospedalizzazioni e ai trattamenti per le comorbidità;
 6. *ATTUARE* programmi diffusi su tutto il territorio urbano di screening della popolazione per una diagnosi precoce del diabete tipo 2, identificando i soggetti a rischio, realizzando strategie mirate per assicurare diagnosi e trattamenti precoci;
 7. *INCORAGGIARE*, attraverso politiche urbane mirate, l'adozione da parte dei cittadini di stili di vita sani, promuovendo una corretta cultura alimentare, favorendo l'attività motoria e una mobilità sostenibile in tutti contesti urbani;
 8. *RENDERE* il contesto urbano meno obesiogeno, adottando soluzioni urbanistiche e sociali orientate alla creazione di una vita salutare in tutto il territorio urbano, coinvolgendo in questo le Istituzioni affinché promuovano buone pratiche alimentari e stili di vita salutari a livello scolastico e nei posti di lavoro;
 9. *STUDIARE, CONDIVIDERE, RACCOGLIERE* informazioni e monitorare i dati a livello urbano riguardo il diabete di tipo 2, per promuovere azioni specifiche volte a contrastare l'evoluzione pandemica della patologia, assicurando le migliori cure e i migliori trattamenti per la persona con diabete;
 10. *CONSIDERARE* gli aspetti sociali e le fragilità correlate al diabete di tipo 2, promuovendo programmi specifici di assistenza e informazione rivolte a tutte le persone con diabete, alle fasce più deboli, ai soggetti a rischio.



3 – MANGIARE È UN ATTO AMBIENTALE *la biodiversità agro-alimentare e il gusto italiano; il paesaggio alimentare; ecologia superficiale ed ecologia profonda: dall'EGO all'ECO; medicina e Agricoltura: due scienze per la vita*

LA BIODIVERSITÀ AGRARIA e ALIMENTARE

LEGISLAZIONE EUROPEA e ITALIANA

LEGGE 1° dicembre 2015, n. 194

Disposizioni per la tutela e la valorizzazione della biodiversità di interesse agricolo e alimentare (in particolare art. 13)

In Europa e in Italia si sta producendo un quadro normativo innovativo foriero di significativi cambiamenti per la valorizzazione della biodiversità agraria e alimentare. Le integrazioni hanno come tema la qualità e la sicurezza nutrizionale.

In data 18 Dicembre 2014 la Camera dei Deputati ha approvato la Legge

“DISPOSIZIONI PER LA TUTELA E LA VALORIZZAZIONE DELLA BIODIVERSITÀ AGRARIA E ALIMENTARE”, già al Senato della Repubblica per la definitiva approvazione. Nella legge è stata stabilita la giornata Nazionale della Biodiversità agraria e alimentare nel giorno del 22 Maggio di ogni anno, in linea con la Giornata Mondiale della Biodiversità (*International Day for Biological Diversity*) istituita dalle Nazioni Unite

Questa legge sancisce la nascita dell’“Anagrafe delle varietà vegetali e dei prodotti agroalimentari”, creando un assetto di riferimento nuovo per i consumatori italiani e un nuovo orizzonte di qualificazione, nella produzione primaria e nell’orientamento al consumo degli alimenti in Italia. L’intero assetto normativo costituisce un’azione sul come riuscire a portare sulla tavola italiana, europea e mondiale la biodiversità agroalimentare italiana, nella cornice di una ritrovata dieta mediterranea, di cui il nostro Paese è – com’è noto - il principale testimone.

La Legge prevede anche l’istituzione di “Itinerari della biodiversità agraria e alimentare”, nonché la realizzazione di periodiche campagne promozionali atte ad evidenziare la stretta relazione tra biodiversità agricola e biodiversità alimentare, nella tutela della salute dei consumatori e dei cittadini.



Per consentire una maggiore azione a sostegno della biodiversità agraria e alimentare, è prevista l'istituzione di un "Comitato permanente per la biodiversità agraria e alimentare" e in ogni Comune della "Comunità del cibo e della biodiversità agraria e alimentare".

Ai fini della presente legge, sono definite comunità del cibo e della biodiversità agraria e alimentare gli ambiti locali derivanti da accordi tra agricoltori locali, coltivatori custodi, gruppi di acquisto solidali, istituti scolastici e universitari, centri di ricerca, associazioni per la tutela della qualità della biodiversità agraria e alimentare, mense scolastiche, ospedali, esercizi di ristorazione, esercizi commerciali, piccole e medie imprese artigiane di trasformazione agraria e alimentare, nonché enti pubblici.

In relazione a questo argomento, occorre precisare che la composizione nutrizionale degli alimenti varia in rapporto alle diverse specie vegetali e razze animali, alla diversa coltivazione, allevamento, manipolazione tecnologica, e non sempre si tratta di pratiche in linea con la prevenzione e il mantenimento di un ottimale stato di salute.

Lo sviluppo socio-economico degli ultimi decenni ha assicurato una maggiore disponibilità di alimenti, prodotti con modalità di coltivazione, allevamento intensivo ed estensivo e con tecnologie agro-alimentari innovative. Tuttavia queste tecnologie non sono risultate sempre adeguate alla fisiologia dell'intestino umano e dell'intero organismo. Lo sviluppo e l'innovazione introdotta nella produzione agro-alimentare, nella tecnologia alimentare, sono superiori alla capacità di adattamento biologico del corpo umano. Per questo, si assiste a una divaricazione tra tecnologia agro-alimentare e capacità fisiologica dell'intestino e dell'intero organismo di metabolizzare le molecole contenute negli alimenti. Ciò in alcuni casi può generare patologie degenerative invalidanti, pur non introducendo alcun inquinante chimico-fisico. La variazione delle specie vegetali e razze animali può inoltre generare una riduzione della presenza di molecole nutrizionali attive sul metabolismo e sul patrimonio genetico delle cellule umane.

La genomica nutrizionale ha introdotto una nuova visione sugli effetti che le componenti nutrizionali degli alimenti possono esercitare sulla modulazione genica delle cellule umane. Queste molecole attive sul patrimonio genetico, sul DNA, sono dette *modulatori genici*, di origine vegetale, animale, batterica. L'alimentazione, realizzata per il corpo umano, per le razze animali, per le specie vegetali e batteriche, agisce sul DNA (genotipo), condiziona la loro modulazione genica, la loro espressione genica (fenotipo). La scelta delle specie vegetali e delle razze animali in base alla loro resa in campo e in stalla ha generato una progressiva riduzione della biodiversità genetica. Le modalità di coltivazione e di allevamento hanno generato un cambiamento nella loro biodiversità fenotipica, cioè nella loro composizione nutrizionale. Questo scenario di produzione agro-alimentare e l'intervento della tecnologia alimentare sono paralleli a una regressione sensoriale e a un grave incremento delle patologie legate al sovrappeso e all'obesità.

CONCLUSIONI: CHE FARE?



In questo panorama, ci appare fondamentale la necessità di un passaggio dalla produzione quantitativa alla produzione qualitativa, geneticamente e fenotipicamente definita, base della sicurezza nutrizionale e di una sana alimentazione per l'organismo umano, per gli animali e per il contesto vegetale-ambientale.

La Medicina e l'Agricoltura sono due scienze per la vita, che sono chiamate ad agire in parallelo tra loro. L'agricoltura produce gli alimenti, la medicina valuta gli effetti che il cibo ha sull'organismo. Occorre che la medicina e l'agricoltura vivano assieme, vicine, per garantire la salute, per mantenere la biodiversità agro-alimentare della nostra terra, patrimonio culturale ed economico.

La Biodiversità agraria e alimentare è una base culturale, economica e una scelta di sanità pubblica in grado di rispondere ai criteri sulla sicurezza nutrizionale dettati dalla Comunità Europea nel "Libro Bianco sulla Sicurezza Alimentare" (Bruxelles 12.1.200 COM (1999) 719 def. N. 104-105-106-107). Nel 2016 la nuova legislazione sull'etichetta nutrizionale potrà dare ulteriore impulso alla qualità e sicurezza nutrizionale degli alimenti che valorizzano la biodiversità agraria e alimentare in Italia. La Biodiversità agro-alimentare genotipica e fenotipica è una scelta di salute e di cultura!

IL PAESAGGIO AGRARIO - ALIMENTARE

Il paesaggio è un libro aperto dove ogni generazione ha lasciato la sua impronta. Secoli e secoli di stratificazioni alimentari. Oggi la nostra campagna, in ogni parte di Italia, si è modificata: il paesaggio da agricolo è diventato industriale. L'agricoltura estensiva mira soprattutto alla quantità e non sempre alla qualità. E il paesaggio sotto i nostri occhi è cambiato.

Le nostre scelte alimentari condizionano l'ambiente e il paesaggio agricolo, perché esso varia in rapporto alle modalità di coltivazione realizzate.

Campi di grano

In questo periodo dell'anno, le varietà dei grani colorano di verde le nostre campagne. Il verde è uguale per tutti, ma le varietà sono diverse. La coltivazione predilige una o l'altra varietà di grano in base alla sua resa per ettaro. I grani di varietà moderna sono bassi in altezza, nani rispetto alle varietà dei grani antichi, che al contrario erano molto alti. Le varietà moderne producono 70 quintali per ettari. Le varietà antiche producono 30 quintali per ettari. Le varietà antiche sono quelle che sono state coltivate per secoli nelle nostre terre.

Ogni terra in Italia ha i suoi grani antichi. Se miriamo solo alla quantità, è logico pensare che semineremo solo le varietà moderne, perché la loro produzione è maggiore. Questa è una scelta industriale, una scelta *quantitativa*.

I grani varietà moderna contengono dosi elevate di proteine, tra queste la gliadina e la glutenina che nell'impasto in contatto con l'acqua forniscono il glutine. Le farine ottenute da questi grani



varietà moderne sono perciò ricche in glutine, creando possibili disturbi nell'igiene e benessere intestinale.

Le varietà antiche - alte, con tanta paglia - hanno una minore dose di proteine e portano un basso quantitativo di glutine. Sono per questo più salutari per il nostro intestino.

Grani e farine

Le varietà dei grani coltivati sono condizionate da chi lavora la loro farina. Il consumo dei grani duri è in costante aumento, superando quello dei grani teneri. È il contrario di quanto abbiamo mangiato per millenni. Siamo arrivati a selezionare grani duri con 15-16 grammi di proteine per 100 grammi di prodotto. Le farine ottenute da grani ad alto contenuto in proteine possono essere lavorate meglio nella produzione della pasta alimentare, che così ha una maggiore tenuta in cottura, e non scuoce.

Pensiamo a quanti prodotti fatti con farina mangiamo in una giornata: farine forti, ricche di proteine, contengono un altrettanto elevato contenuto in gliadina e in glutenina. Queste due proteine sono separate all'interno della farina. Quando alla farina viene aggiunta acqua, le due proteine si trasformano in una nuova proteina: il glutine. Questo termine deriva dal latino "gluten" che vuol dire "colla". Un eccesso di alimenti prodotti con farine forti, ricche in proteine, causano una maggiore produzione di glutine.

L'apice di questi disturbi è, ovviamente, la celiachia: ma senza arrivare a tanto, il glutine può causare patologie di malassorbimento e di alterata permeabilità intestinale, si può avere una netta modifica del microbiota del colon, responsabile di numerosi quadri patologici in diversi apparati corporei, nonché intolleranze e allergie alimentari, patologie auto-immuni e obesità.

Mangiare farine di grani varietà moderna vuol dire accettare la modifica del paesaggio, che si traduce poi in disturbi intestinali.

La mano, il cibo, il paesaggio.

I grani di cui abbiamo parlato sono solo uno dei molti esempi che si sarebbero potuti fornire. La nostra mano porta il cibo dal piatto alla bocca, ma è in grado anche di disegnare un paesaggio diverso, che cambia con il variare del modello agricolo alla campagna industriale.

Vasti campi di girasoli, di mais, di frutteti... benché sembrino un paesaggio agricolo, costituiscono a conti fatti un paesaggio industriale. Sarebbe davvero utile per l'economia agraria e per la nostra salute realizzare la *crescita qualitativa* in agricoltura, frenando sulla crescita quantitativa, che oggi fa da padrona.

Crescita qualitativa



**CENTRO
INTERNAZIONALE**
DI RICERCA SISTEMICA

La scelta di seminare grani di varietà moderna è una scelta quantitativa (70 quintali per ettaro). Seminare grani di varietà antica è una scelta qualitativa (30 quintali per ettaro). I grani moderni assicurano un ricavato di 15 euro al quintale. I grani varietà antica assicurano un reddito di 50 euro al quintale. Economia e Salute possono andare d'accordo. È possibile realizzare un'agricoltura funzionale alla salute del corpo umano, del paesaggio e degli animali che vivono in questo paesaggio. Uomo compreso. Mangiare è un atto ambientale.



4 – COSCIENZA SENSORIALE e IL DESERTO ALIMENTARE *il piacere alimentare come guida verso la salute e il benessere*

Tutte le stimolazioni sensoriali avute nella nostra vita, da quando eravamo nell'utero materno fino ad oggi, sono registrate dai neuroni cerebrali e vanno a costituire la nostra personale coscienza sensoriale: la nostra personalità alimentare che ci guida nella scelta degli alimenti. Tuttavia, l'attuale modello di produzione e di commercio degli alimenti, la diffusione dei supermercati, il marketing alimentare, la globalizzazione dei mercati alimentari tende a rendere omogenea la coscienza sensoriale di milioni e milioni di consumatori, standardizzati su stimolazioni sensoriali simili, in modo da diffondere, e dunque vendere, gli stessi alimenti in ogni parte del commercio alimentare mondiale.

Un bambino che nasce in Italia, oppure in Francia o in Giappone, formerà la sua coscienza sensoriale con stimolazioni sensoriali alimentari omogenee, e crescerà come consumatore degli stessi cibi di un suo compagno straniero, poiché sviluppa la stessa attrazione generata dai medesimi stimoli di gusto, olfatto, tatto, udito, vista. Questa pratica riduce la biodiversità sensoriale umana a favore di una diffusione di prodotti alimentari progettati per essere venduti in un mercato globale.

Si tratta di cronaca alimentare giornaliera: la manipolazione dei cibi ha lo scopo di esaltarne l'appetibilità e ridurre la sensazione di sazietà, a beneficio di un incremento delle vendite. In questo scenario commerciale globale, l'obesità e le patologie correlate all'accumulo di massa grassa corporea aumentano. Quello che ci aspetta è una progressiva regressione sensoriale. Nei supermercati apriranno sempre di più farmacie pronte a offrire soluzioni farmacologiche a ogni sintomo clinico, per recuperare la salute. Così si creano consumatori passivi di cibo e di farmaci. Occorre recuperare e mantenere la nostra personale biodiversità sensoriale.

IL DESERTO ALIMENTARE: MANGIARE È PENSARE

Cos'è il deserto alimentare? Questa espressione può avere diverse implicazioni. Proveremo ad elencarne le più significative.

1. Riduzione progressiva della biodiversità agro-alimentare e animale, causata dalla scelta prioritaria delle specie vegetali e animali in grado di assicurare la massima produzione e resa economica;
2. Riduzione progressiva della biodiversità del microbiota intestinale;
3. Riduzione della plasticità genomica delle cellule umane e batteriche al variare delle condizioni ambientali, alimentari, accompagnata dall'uso massiccio di farmaci e di antibiotici;



4. Appiattimento sensoriale causato dall'abbondanza alimentare nella produzione e nel consumo, fino ad arrivare alla malattia per incapacità delle cellule umane di avere una capacità adattiva.

Abbiamo perso il rapporto tra produzione agraria alimentare, il consumo del cibo e la fisiologia del corpo umano. È vero, si muore di meno rispetto al passato e la durata della vita aumenta, ma grazie a ingenti investimenti nella sanità, e non alle nostre abitudini. Tra qualche anno, se non miglioriamo la qualità della nostra alimentazione giornaliera, non avremo più risorse economiche sufficienti per garantire a tutti il diritto alla salute.

Per questo, per aiutare la comunità dobbiamo partire da noi stessi. La prima prevenzione la si fa a tavola. L'attuale modello di produzione alimentare può diventare un fattore di rischio di inquinamento ambientale, in un contesto di ecologia profonda che considera l'intero sistema vivente e non pone solo l'uomo al centro (ecologia superficiale). Questo sconvolgimento alimentare può essere vissuto come una prova di selezione naturale per il genere umano. Ossia: al progressivo deserto alimentare e biologico potranno sopravvivere le persone che hanno capacità biologiche di resistere a queste pressioni ambientali, dotate di un rapido adattamento biologico e immunitario.

MANGIARE È PENSARE

Cosa stiamo mangiando? Quali effetti il cibo ha sul nostro organismo, sulla nostra salute fisica e psichica? Il cibo prodotto è compatibile con la fisiologia del corpo umano e dell'organo microbico? Tutte queste sono domande di vita quotidiana, dal momento che ogni giorno noi mangiamo tra 2-3 kg di cibo liquido e solido.

Non mangiamo solo per dimagrire, come vuole il gossip dietetico oggi imperante, ma per costruire ogni giorno il nostro organismo, che per non morire deve rinnovarsi sempre, utilizzando le molecole alimentari e respiratorie.

PAESAGGIO AGRICOLO - PAESAGGIO ALIMENTARE

La stragrande maggioranza della popolazione ha perso il rapporto tra la produzione agro-alimentare e il consumo dei prodotti agricoli e di allevamento.

Il paesaggio agricolo legato alla produzione del cibo quotidiano ha ceduto il passo al paesaggio industriale, con un'agricoltura intensiva ed estensiva, un allevamento stabulato e anch'esso intensivo. La produzione degli alimenti ha significativamente ridotto la quantità di contenuto di carboidrati accessibili al microbiota (MAC: *Microbiota Accessible Carbohydrates*) nella dieta occidentale, rispetto al contenuto dell'alimentazione dei secoli passati.

Il microbiota è un organo metabolicamente attivo, presente all'interno del nostro intestino, la cui composizione batterica (100 miliardi di batteri intestinali dipende dalla qualità della nostra alimentazione giornaliera. È anche questa cronaca alimentare giornaliera, che passa del tutto



inosservata per carenza di conoscenza del corpo umano e degli effetti che il cibo ha sul nostro organismo. Cambia il cibo con il passare del tempo, ma il nostro organismo ha e conserva la stessa struttura di millenni fa. Cambia la cultura, ma la natura resta uguale.

CAMBIO DEL MICROBIOTA INTESTINALE

Per secoli il microbiota intestinale è rimasto pressoché invariato, passando da generazione in generazione attraverso le mamme. Le ultime generazioni umane hanno variato il loro microbiota per una repentina e netta modifica dell'alimentazione. La riduzione progressiva della biodiversità agro-alimentare genera un grave effetto di riduzione delle specie batteriche nel microbiota intestinale.

La riduzione di cibo naturale, fresco, stagionale, ricco di MAC e di batteri ambientali, riduce il numero di specie batteriche del microbiota intestinale. Genera, in pratica, deserto alimentare biologico all'interno dell'intestino umano.

SUPERMERCATO E FARMACIA

Questo modello di agricoltura e di allevamento animale ha nel supermercato la sua espressione visiva e commerciale. Come abbiamo scritto in precedenza, il deserto alimentare è generato dalla progressiva riduzione della biodiversità agro-alimentare ed animale, dalla progressiva riduzione delle specie batteriche del microbiota intestinale, dalla diffusione di patologie croniche degenerative e tumori. Il deserto alimentare è una progressiva restrizione della vita biologica ed umana.

Fino a quando le persone vivranno l'alimentazione con il calcolo delle calorie giornaliere o con il solo sogno e l'aspettativa di dimagrire, potranno essere manipolate come si fa con il cibo e il marketing alimentare. Un'errata alimentazione può generare patologie degenerative croniche, decadenza estetica e funzionale.

A ciò, bisogna aggiungere che oggi si vive nella medicina della sintomatologia: ad ogni segno e sintomo clinico abbiamo un farmaco. Si può accedere sempre alla farmacia sempre aperta. Ma il rischio è di non guarire, bensì di cronicizzare la malattia, perché non se ne rimuove la causa, ma solamente i sintomi.

Farmacia e supermercato sono due icone del nostro vivere: sono icone del deserto alimentare.

Prof. Pier Luigi Rossi



**CENTRO
INTERNAZIONALE**
DI RICERCA SISTEMICA