

## IL 'REALE RISCHIO CONGENITO ONCOLOGICO.

(di Sergio Stagnaro\*)

ADDENDUM .....	1
Terreno Oncologico.....	1
Importanza diagnostica del Terreno Oncologico. ....	2
Il Ruolo dei Dispositivi Endoarterioli di Blocco nel Reale Rischio oncologico.....	3
Il Reale Rischio Oncologico: Ruolo nella Prevenzione Primaria del Tumore.....	5
Conclusioni. ....	7
Bibliografia. ....	7

### ADDENDUM

#### Terreno Oncologico

La definizione di Max Planck descrive in modo ottimale la desolante situazione attuale della diffusione del progresso scientifico, conseguenza del fatto che il “fisiologico” controllo della struttura, finalizzato all’esame critico degli originali contributi offerti da energie nuove, è degenerato e patologicamente esasperato per ragioni che nulla hanno a che fare con la Scienza (1). A questo proposito è sufficiente pensare a quanto accadde al grande fisico.

Infatti, il 14 dicembre 1900 Max Planck comunicò all’Accademia delle Scienze di Berlino una scoperta che avrebbe mutato le basi stesse della fisica: il quanto elementare d’azione.

“Tentai di collocare il quanto elementare d’azione in qualche modo entro lo schema della teoria “classica”, cioè nello schema del continuo matematico. Ma questa costante si dimostrò irriducibile. Fallito ogni tentativo di superare questo ostacolo, apparve evidente che il quanto elementare d’azione aveva una parte fondamentale nella fisica atomica e che la sua scoperta apriva una nuova era nella scienza” (2). Come tutti ormai sanno, la scoperta dei quanti risultò difficile da accettare all’inizio, ma successivamente essa segnò l’inizio dell’era della meccanica quantistica, una nuova visione del mondo, rivoluzionaria come la relatività di Einstein.

All’inizio del terzo millennio, nonostante i numerosi ostacoli, grazie a menti aperte che non mancano mai, sono sorti in oncologia nuovi paradigmi, ora suggeriti per la loro utilizzazione nella prevenzione primaria del tumore maligno, solido e liquido (3-7)

Il Terreno Oncologico, o costituzione oncologica, è caratterizzato dal punto di vista bioquantistico da complesse alterazioni dell’Energia-Informazione, ereditate esclusivamente per via materna, del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, sistema fisiologico di controllo a disposizione del nostro organismo per impedire l’oncogenesi e i processi infettivi.

Questa interessante attività biologica è valutabile oggi “quantitativamente” e rapidamente in modo clinico, cioè con l’impiego del solo fonendoscopio, a partire dalla nascita (**Appendice**).

Fatto importante, non tutti gli individui sono portatori del Terreno Oncologico e quindi non tutti possono essere colpiti da tumore, magari con differente probabilità. Per esempio, solo il 33% circa della popolazione della cittadina della Riviera Ligure di Levante, dove io vivo, Riva Trigoso, è positiva al Terreno Oncologico, mentre il restante 67% circa è risparmiato dalla costituzione oncologica.

Altro fatto essenziale da tenere presente ai fini anche della prevenzione primaria del tumore maligno è l'insorgenza del tumore esclusivamente nella precisa sede del reale rischio congenito oncologico, presente in determinate aree di uno (raramente più) sistema (i) biologico (i), esclusivamente in individui positivi per il Terreno Oncologico.

In molti individui positivi per il Terreno Oncologico non è identificabile una sede del reale rischio congenito oncologico.

Una ormai lunga personale esperienza clinica ha fornito dati omogenei, certamente da ampliare in ulteriori sperimentazioni su vasta scala, ma tanto omogenei da evidenziare una nuova via di lotta al tumore certamente efficace (8) (**Appendice**).

## **Importanza diagnostica del Terreno Oncologico.**

Il Terreno Oncologico esiste, come ho dimostrato in precedenti lavori (3-7) e rappresenta la *conditio sine qua non* del reale rischio congenito oncologico.

Detto altrimenti, solo chi è portatore dalla nascita della singolare anomalia del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario – Terreno Oncologico – può essere colpito anche dal reale rischio congenito oncologico in aree ben delimitate di uno o più sistemi biologici, riconosciuto clinicamente in modo quantitativo con la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Prima di descrivere il reale rischio congenito oncologico dal punto di vista della Microangiologia Clinica (9-20), bisogna affermare che, riconosciuta l'esistenza del Terreno Oncologico, inizia una rivoluzione in Medicina, e non soltanto in oncologia medica, di cui è ben difficile prevederne l'evoluzione e l'esito.

Analizziamo con chiarezza questa affermazione: se è scientificamente vero, come vado sostenendo da venti anni, che dal tumore maligno possono essere colpiti soltanto i soggetti con Terreno Oncologico, cioè privi di una efficace, fisiologica difesa contro immunitaria l'oncogenesi (unica eccezione il tumore cerebrale, il cui reale rischio congenito è indipendente dal Terreno Oncologico) (21-24) e che è possibile oggi eliminare con la Terapia Quantistica Mitocondriale Ristrutturante questa pericolosa condizione, allora la prevenzione primaria del cancro, solido e liquido, non solo è possibile, ma può e deve essere condotta in modo razionale, cioè mirato, su individui clinicamente selezionati ed arruolati su vastissima scala, secondo lo spirito della *Single Patient Based Medicine* (6).

Qual'è la conseguenza pratica di quanto sopra riferito?

Innanzitutto, l'innovativa esecuzione della prevenzione pre-primaria e primaria che comporta la minima spesa possibile per il SSN e i massimi risultati per la popolazione e dove sono coinvolti i Medici di Medicina Generale, il cui ruolo è di primaria importanza.

Inoltre, quanto detto per il tumore maligno vale anche per tutte le altre più frequenti e gravi malattie umane, vere epidemie del mondo occidentale e dei paesi in via di sviluppo, che possono insorgere esclusivamente in individui con le relative costituzioni e i rispettivi reali rischi congeniti (5, 7, 10): dalla costituzione e dal "reale rischio" di una malattia, attraverso la sindrome Pre-Metabolica, classica e variante (*conditio sine qua non* della litiasi, da me descritta), e poi la Sindrome Pre-Metabolica e Metabolica, si instaura infine la malattia (tumore, diabete, ipertensione

arteriosa, dislipidemia, arteriosclerosi, gotta, litiasi, etc.), dopo anni e decenni, durante i quali insorgono le complicazioni negli organi bersaglio, in un tempo precedente l'esordio clinico della malattia, come riconoscono ormai tutti i medici.

A questo punto, facilmente si comprende la necessità di riconoscere gli eventi morbosi ricordati a causa del possibile esito nelle varie malattie e monitorarli sotto terapia dietetica, etimologicamente intesa ed eventualmente farmacologica.

In altre parole, la Semeiotica Biofisica Quantistica consente al medico di diagnosticare non soltanto il fatto o evento in atto, ma anche e specialmente l'eventarsi dell'evento, la cui natura è legata all'Energia Informazione, compromessa nelle sedi dei reali rischi congeniti.

## **Il Ruolo dei Dispositivi Endoarterioli di Blocco nel Reale Rischio oncologico.**

Il reale rischio congenito è tra le più importanti scoperte rese possibili dalla Semeiotica Biofisica Quantistica. Pertanto, il medico deve conoscere questo concetto, meritevole di una precisazione nosografica non limitata alla sola oncologia ma estensibile alle malattie umane più gravi, frequenti e incurabili.

Infatti, chi conosce questa nuova semeiotica fisica ha certamente avuto occasione di riconoscere il reale rischio congenito oncologico: nel soggetto con Terreno Oncologico è possibile evidenziare una limitata area di un sistema biologico, per esempio, in un quadrante della mammella, con tipiche alterazioni microcircolatorie e parenchimali, in accordo alla teoria dell'Angiobiopatia (6, 7, 25).

Nella precisa sede dove potrà insorgere il tumore maligno sotto l'azione negativa di fattori di rischio ambientali, sono presenti i Dispositivi Endoarterioli di Blocco (DEB), anche nei tessuti in cui fisiologicamente sono assenti (midollo osseo, polmone, stomaco, mammella, prostata, etc.), costituendo un elemento diagnostico di primaria importanza, che spiega la singolare centralizzazione del flusso microcircolatorio locale.

Interessante il fatto che, in presenza di qualsivoglia costituzione semeiotico-biofisica, sono caratteristicamente presenti i DEB tipo I, patologici, neoformati, da me scoperti. Si tratta di dispositivi di blocco endoarterioli differenti per struttura e funzione nei confronti di quelli "naturali": la stimolazione "intensa" dei loro *trigger-points* provoca un riflesso ureterale medio di intensità ridotta (= 1 cm.), mentre la stimolazione delle strutture contrattili naturali è medio-intensa ed il riflesso è di 2 cm. La durata del riflesso è identica, cioè 20 sec.

Di conseguenza, il medico deve accertare l'eventuale presenza di "reale rischio", cioè la probabile evoluzione della alterata condizione, ereditata dalla madre, verso la sindrome pre-morbosa, pre-metabolica, che rappresenta il primo passo nell'ontogenesi della sindrome metabolica, prima, e delle varie e rispettive patologie, poi.

In altre parole, il "reale rischio" semeiotico-biofisico rappresenta la versione scientifica, moderna, rispettosa dell'*adequatio rei et intellectus*, della definizione "metafisica" della Medicina tradizionale: *locus minoris resistentiae* (V. Avanti).

Pensiamo al preciso punto della parete arteriosa dove si trovano gli endoteli HP, che diventerà in seguito la sede iniziale del processo arteriosclerotico; consideriamo l'esatta localizzazione di cellule-b di isole di Langherans che andranno incontro ad esaurimento funzionale dopo un periodo di differente durata di iperattività con aumentata secrezione ormonale.

Gli esempi potrebbero continuare, tutti fondati però su identiche alterazioni microcircolatorie – e parenchimali, ovviamente – a loro volta basate sull'ICAEM-a, particolarmente intensa in queste sedi, in accordo alla Teoria Patogenetica Unificata (7).

Tra tutte le strutture microcircolatorie alterate, sia funzionalmente sia strutturalmente, i Dispositivi Endoarteriosi di Blocco (DEB), rivestono una importanza essenziale, come già dimostrato in precedenza (3-7).

A questo punto ricordo brevemente che i DEB sono localizzati nelle piccole arterie, secondo Hammersen (Stazioni di Blocco di tipo I, sec. Curri) e nelle arteriole (Stazioni di Blocco di tipo II). La loro apertura-contrazione permette ovviamente il passaggio di sangue, mentre la loro chiusura-dilatazione ostacola la *flow-motion* più o meno inensamente.

Nelle piccole arterie i DEB di tipo I possono avere una forma pedunculata, per es., a proboscide (Fig. 1), per cui si ripiegano sul loro peduncolo durante la dilatazione arteriolare se il flusso ematico è sufficientemente veloce, influenzando favorevolmente l'apporto ematico ai *nutritional capillaries*, che altrimenti risulterebbe notevolmente ridotto.

Nel sano, i DEB di tipo I rimangono aperti per 20 sec., durante i quali mostrano due accentuazioni dell'intensità del riflesso ureterale "in toto" in rapporto alle due "normali" onde della *vasomotility*.

Segue la loro chiusura per 6 sec. contemporaneamente alla contrazione delle arteriole precedente una *highest spike*. Detto altrimenti, la stimolazione all'apertura-contrazione dei DEB tipo I avviene contemporaneamente alla massima onda della sfigmicità arteriolare, sec. Hammersen, che segue e precede due "normali" fluttuazioni arteriolari.

Questa particolareggiata descrizione di eventi microvascolari di Microangiologia Clinica è finalizzata ad evidenziare l'armonia delle correlazioni delle attività delle singole strutture microcircolatorie, il cui scopo principale è quello di assicurare la regolazione del flusso ematico nei vasi inferiori a 100 micron, il cui ruolo per il rifornimento di materia-energia-informazione al parenchima relativo è di essenziale importanza.

A questo punto, il lettore comprende come una alterazione di questo fine giuoco microcircolatorio si ripercuote dannosamente sull'economia tessutale, il cui pH si abbassa ed ovviamente la concentrazione idrogenionica ( $H^2$ ) si innalza, tipica espressione di una respirazione mitocondriale compromessa, causa di acidosi istangica.

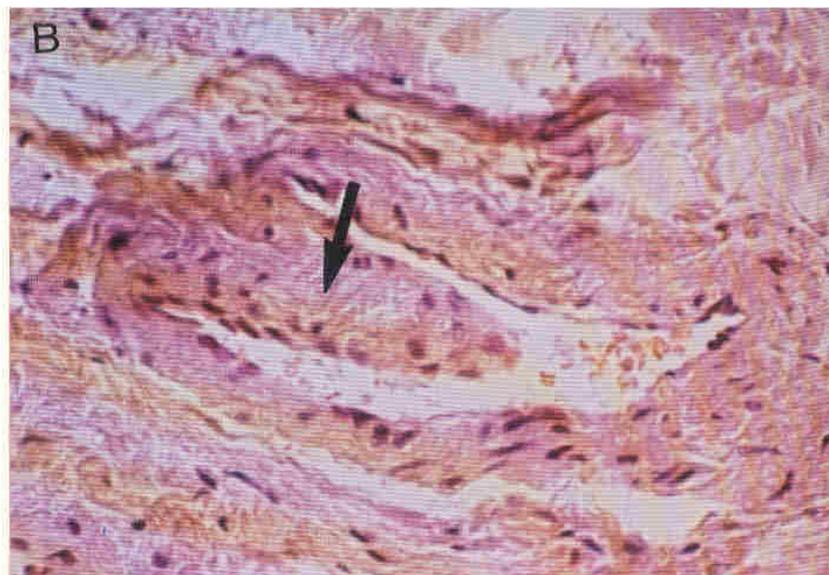


Fig. 1

*La freccia indica un dispositivo endoarteriolare di blocco all'interno di una piccola arteria, sec. Hammersen: la sua contrazione (= riflesso ureterale medio in dilatazione) aumenta la flow-*

*motion nei capillari nutrizionali, mentre la sua decontrazione (= scomparsa del riflesso ureterale medio) riduce l'apporto ematico tessutale. Per gentile concessione del Prof.S.B.Curri (Le Microangiopatie. Ed. Inverni della Beffa, Arte Grafica S.p.A. Verona, 1986), alla cui magistrale opera scientifica devo il mio interessamento al microcircolo ed alla microcircolazione.*

I DEB tipo II, a larga base di impianto, localizzati nelle arteriole sec. Hammersen, sono praticamente ubiquitari: nel pancreas, nel tessuto adiposo mammario, nello stomaco, nel midollo, nel polmone, nella prostata, etc. sono presenti soltanto i DEB tipo II. La loro struttura (fibre longitudinali all'interno e quelle circolari all'esterno) favoriscono il flusso microcircolatorio anche quando sono solo leggermente rilassate. Infatti, la Semeiotica Biofisica consente di affermare che la loro esclusiva presenza testimonia la necessità di un rifornimento ematico abbondante al parenchima in attività pulsata, come nel pancreas e nelle altre ghiandole a secrezione interna.

Come sopra accennato, fatto di estrema importanza diagnostica, frutto di una recentissima scoperta, i DEB di tipo I sono presenti – in modo patologico – diffusamente anche in sistemi biologici, in cui fisiologicamente mancano, sede di una particolare costituzione, così come nel reale rischio oncologico, ma in questo secondo caso circoscritto soltanto in questa localizzazione, con l'unica eccezione per il reale rischio dei tumori “liquidi”.

Ne consegue che una siffatta distribuzione patologica dei DEB peduncolati, di tipo I, facilita la diagnosi di reale rischio e di tumore in atto: per esempio, nel polmone, mammella, pancreas, stomaco, prostata, etc. fisiologicamente sono presenti soltanto i DEB tipo II.

Al contrario, nel reale rischio oncologico si osservano anche i DEB tipo I, con funzione di blocco più intenso, a spiegazione della locale carenza di ossigenazione tessutale, alla base del Segno di Baserga “variante”.

Dal punto di vista tecnico, la sede del “reale rischio” è caratterizzata da un tempo di latenza basale, a riposo, del riflesso gastrico aspecifico inferiore alla norma o normale, ma con una durata patologica di 4 sec., espressione della compromessa Riserva Funzionale Microcircolatoria (RFM); dal preconditionamento di tipo II o intermedio, a causa appunto della compromessa attivazione della RFM; dall'attivazione microcircolatoria di tipo II, intermedia, in cui la sfingicità aumentata delle arteriole (*vasomotility*) mantiene nella norma la *vasomotion*.

La diagnosi di “reale rischio” è posta, nel modo più semplice, sulla base dei valori parametrici forniti dal riflesso gastrico aspecifico di base e, molto utilmente, dopo il preconditionamento semeiotico-biofisico.

Prendiamo come esempio il rene con “reale rischio” di malattia: per esempio la litiasi. In un individuo con sindrome metabolica “variante” (3-7), il riflesso di base rene-gastrico aspecifico mostra un tempo di latenza di 8 sec. (NN = 8 sec.), ma la durata è patologica: 4 sec. (NN < 4 sec.), ad indicare una compromissione della Riserva Funzionale Microcircolatoria.

Solo in caso di “reale rischio” oncologico, il riflesso gastrico aspecifico è seguito dalla caratteristica contrazione gastrica tonica (Per ulteriori informazioni V. Pagina Tecnica N° 1 nel sito <http://www.semeioticabiofisica.it>).

In caso di dati alterati, il preconditionamento evidenzia il persistere del tempo di latenza identico a quello di base, mentre nel sano il tl aumenta significativamente salendo a 12 sec. o più.

## **Il Reale Rischio Oncologico: Ruolo nella Prevenzione Primaria del Tumore.**

Secondo la teoria dell'Angiobiopatia (= intima correlazione esistente tra attività biologica del parenchima e quella del relativo sistema microvascolotessutale, in condizioni sia fisiologiche sia

patologiche), che completa la tiscendorfiana teoria dell'Angiobiotopia (= correlazione strutturale tra parenchima e relativi microvasi), l'accurata indagine microangiologica clinica, permette al medico di valutare bedside l'attività del parenchima correlato, ancorchè in aree molto delimitate di un tessuto (3-7).

Per chiarire l'astrattezza del concetto, a modo di esempio, pensiamo alla mammella di una donna la cui madre ha sofferto di cancro mammario, tenendo presente che quanto segue vale per tutti gli altri tumori, solidi e liquidi, e per le altre comuni e gravi malattie umane.

Come ormai noto al lettore, a causa della natura essenzialmente mitocondriale, la predisposizione alle più gravi e comuni malattie è trasmessa dalla madre, con le possibili eccezioni altrove riferite e discusse (3-7).

In un quadrante della mammella (o, sebbene raramente, in più quadranti) il medico è in grado oggi di individuare *bedside* la possibile presenza di una minuscola zona a "reale rischio", così definita in conseguenza della tipica microcircolazione locale, causa di un alterato apporto di materia-informazione-energia al parenchima correlato, in una condizione di locale acidosi, ovviamente di differente gravità. Questa condizione microcircolatoria, espressione di una parallela alterazione parenchimale, conditio sine qua non dell'oncogenesi, è definita "reale rischio" oncologico ed è caratterizzata dal conseguente comportamento tipico del riflesso gastrico aspecifico, della durata di 4 sec. o più ( $NN < 4$  sec.), seguito dalla contrazione gastrica tonica, sempre patologica, a seguito della opportuna stimolazione dei rispettivi trigger-points (V. avanti).

A questo punto ricordiamo l'importanza della diagnosi precoce del tumore: per esempio, l'esito di un **cancro del cavo orale** dipende dal momento preciso della sua diagnosi. Infatti, la sopravvivenza è in funzione della tempestività del suo riconoscimento. Pertanto, appare notevole il valore diagnostico del reale rischio congenito oncologico, o di tumore iniziale, nel cavo orale, dove la semplice manovra di Valsalva "modificata" (= l'esaminando espira leggermente a bocca chiusa, stimolando di conseguenza i *trigger-points* buccali) ne consente facilmente e rapidamente il rilievo. Nel sano, dopo un tempo di latenza di 8 sec. esatti, appare il riflesso gastrico-aspecifico, la cui durata è inferiore a 4 sec. (valore parametrico di essenziale importanza diagnostica), mai seguita da contrazione dello stomaco.

Al contrario, in presenza di "reale rischio" oncologico in loco, il tempo di latenza appare o normale o ridotto a 7 sec., in relazione alla gravità della condizione patologica sottostante, ma la sua durata è caratteristicamente di 4 sec. o maggiore.

Segue, infine, la contrazione gastrica tonica, patologica, cioè assente nel sano, espressione di intensa riduzione del pH istangico e di lesioni autoimmuni.

Infine, nel cancro del cavo orale in atto, il tempo di latenza si riduce a soli 3-4 sec., ed il riflesso è rapidamente interrotto e sostituito dalla intensa contrazione tonica dello stomaco.

Di conseguenza, è necessario sottolineare che, nei soggetti con Terreno Oncologico e "reale rischio" oncologico in definite aree di precisi sistemi biologici, i noti fattori ambientali di rischio non causano, ma possono soltanto promuovere e stimolare l'oncogenesi.

Il riconoscimento clinico e "quantitativo" di questa condizione patologica, essenziale per la prevenzione primaria, può avvenire in modi differenti per eleganza e difficoltà di esecuzione, ma tutti affidabili e di rapida esecuzione.

A) Nel soggetto sano, la pressione manuale sopra una mammella e/o lo stiramento del capezzolo verso l'alto (in pratica, entrambe le manovre sono consigliabili) provoca il riflesso gastrico aspecifico dopo un tempo di latenza di 9,5 sec. esatti nella donna e 12,5 sec. nell'uomo, espressione dell'ossigenazione tissutale differente nei due sessi e correlata con la differente incidenza del cancro del seno. La durata del riflesso è inferiore a 4 sec.

Al contrario, in caso di reale rischio congenito oncologico il tempo di latenza appare ancora normale, oppure è lievemente ridotto in modo non significativo. Tuttavia, la durata del riflesso gastrico aspecifico risulta chiaramente patologica: 4 sec. o più (NN > 3 sec. < 4 sec.). Interessanti i dati offerti dal pre-condizionamento: nel sano, il miglioramento del tempo di latenza nella seconda valutazione, che deve seguire la precedente dopo 5 sec. esatti di intervallo, è statisticamente significativo, salendo a 12,5 sec. o più nella donna e a 15,5 sec. o più nell'uomo.

B) La microcircolazione, valutata durante la pressione digitale di lieve intensità (circa 350 dyne/cm<sup>2</sup>) sopra una mammella e/o lo stiramento del capezzolo, appare fisiologica: AL + PL (= fluttuazione dei riflessi ureterali sup. e inf.) di 6 sec. sia nella vasomotility sia nella vasomotion. La stimolazione più intensa provoca un identico incremento della fluttuazione dei riflessi ureterali superiori ed inferiori.

Un dato di primaria importanza si è rivelato in una ormai lunga esperienza clinica la durata del riflesso inferiore nel sano a 4 sec. nella prima valutazione (A).

## Conclusioni.

Il tumore maligno, solido e liquido, insorge esclusivamente in individui con Terreno Oncologico e nella sede esatta del reale rischio congenito oncologico, accertabile rapidamente e clinicamente mediante numerose manovre, la più semplice delle quali è basata sulla valutazione del tempo di latenza e della durata del riflesso gastrico aspecifico causato dalla stimolazione dei *trigger-points* di una precisa area di un sistema biologico, incluso il midollo e la milza, sede del reale rischio congenito oncologico.

La durata del riflesso (NN: superiore a 3 sec. e inferiore a 4 sec.) rappresenta un valore parametrico importantissimo dal punto di vista diagnostico. Infatti, quando il suo valore basale è patologico, cioè 4 sec. o maggiore), espressione della compromessa RFM, consente di per sé di riconoscere il reale rischio congenito oncologico se il riflesso gastrico aspecifico è seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica, consentendo di selezionare razionalmente su vastissima scala gli individui da arruolare nella efficace prevenzione primaria con la TQMR del tumore maligno, senza alcuna spesa per il SSN.

All'inizio del terzo millennio, nella Medicina si stanno imponendo, sebbene lentamente, nuovi paradigmi, che, una volta conosciuti ed utilizzati dai medici, eserciteranno sicuramente positive influenze anche nel campo della prevenzione primaria delle più comuni e gravi malattie.

## Bibliografia.

- 1) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, [www.travelfactory.it](http://www.travelfactory.it), Roma, 2009.
- 2) **Max Planck.** La conoscenza del mondo fisico, pag.28, Boringhieri, Torino, 1993.
- 3) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. [http://www.travelfactory.it/semeiotica\\_biofisica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm)

- 4) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del "Reale Rischio" Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. [http://www.travelfactory.it/semiologica\\_biofisica\\_2.htm](http://www.travelfactory.it/semiologica_biofisica_2.htm)
- 5) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Travel Factory, Roma, 2004. [http://www.travelfactory.it/libro\\_costituzionisemeiotiche.htm](http://www.travelfactory.it/libro_costituzionisemeiotiche.htm)
- 6) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.** Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005. [http://www.travelfactory.it/libro\\_singlepatientbased.htm](http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm)
- 7) **Stagnaro Sergio.** Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
- 8) **Sergio Stagnaro.** Bedside Diagnosing Ovarian Oncological Inherited Real Risk and Cancer. 27 December 2010. [www.wordpress.com](http://www.wordpress.com); <http://stagnaro.wordpress.com/?p=11&preview=true> ; [www.sciphu.com](http://www.sciphu.com); <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/2010/12/bedside-diagnosing-ovarian-oncological.html>
- 9) **Stagnaro Sergio.** Microangiologia Clinica Semeiotico-Biofisica Dei Dispositivi Endoarteriosi Di Blocco. <http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia/Documenti/Ita/A%20DEB.doc>
- 10) **Stagnaro Sergio.** Il "Reale Rischio" Semeiotico-Biofisico. Piazzetta.com. <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>
- 11) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Microangiologia clinica della ipertrofia prostatica benigna. Ruolo patogenetico delle modificazioni del sistema microlovascolotessutale valutate con la Semeiotica Biofisica. Acta Cardiol. Medit. 14, 21, 1986.
- 12) **Sergio Stagnaro.** Introduzione alla Microangiologia Clinica 10 dicembre 2011. [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org), [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/mc\\_intro.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/mc_intro.pdf)
- 13) **Sergio Stagnaro - Marina Neri Stagnaro.** Microangiologia Clinica. A cura di Simone Caramel. e-book, [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org), 2016.  
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/microangiologiaclinicassbq2016.pdf>
- 14) **Sergio Stagnaro.** Da Cesare Lombroso al "Cervello Criminale" della Microangiologia Clinica. 2017. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2017/10/16/da-cesare-lombroso-al-cervello-criminale-della-microangiologia-clinica/>
- 15) **Sergio Stagnaro.** Aneurisma Aortico Addominale: Microangiologia Clinica e Connettologia SBQ nella Diagnosi e nel Monitoraggio Terapeutico. 2017. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/aaconnettologia.pdf> ;  
<https://dabpensiero.wordpress.com/2018/12/29/aneurisma-aortico-addominale-microangiologia-clinica-e-connettologia-sbq-nella-diagnosi-e-nel-monitoraggio-terapeutico/>
- 16) **Sergio Stagnaro.** Compendio di Microangiologia Clinica, Connettologia Neuronale e Non-Neuronale, Reali Rischi Congeniti, base della Prevenzione Pre-Primaria e Primaria, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica. 2018. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/compendio\\_mc.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/compendio_mc.pdf)
- 17) **Sergio Stagnaro.** Microangiologia Clinica della Sindrome di Gilbert e dell'Anemia Emolitica. Ruolo Diagnostico della *Low Grade Chronic Inflammation*, valutata clinicamente col Segno dell'Infiammazione. 2019. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/gilbert.pdf>
- 18) **Sergio Stagnaro.** Microangiologia Clinica: Diagnosi tempestiva, facile e rapida della Malattia di Alzheimer a partire dal suo Reale Rischio Congenito mediante la Valutazione della Microcircolazione Ippocampale di base e dopo il Test Di Secrezione Del Picco Acuto Insulinemico. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2019/04/11/microangiologia-clinica-diagnosi-tempestiva-facile-e-rapida-della-malattia-di-alzheimer-a-partire-dal-suo-reale-rischio-congenito-mediante-la-valutazione-della-microcircolazione-ippocampale-di-base/>

- 19) Sergio Stagnaro - Marina Neri Stagnaro.** Microangiologia Clinica. A cura di Simone Caramel. e-book, [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org), 2016. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/microangiologiaclincasbq2016.pdf>
- 20) Sergio Stagnaro.** Clinical Microangiology, <http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia/index.htm> Articolo: **Biophysical-Semeiotic Clinical Microangiology of Endoarterial Blocking Devices.** [http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia/common\\_eng.htm](http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia/common_eng.htm)
- 21) Sergio Stagnaro.** Glioblastoma: Diagnosi Semeiotico-Biofisico-Quantistica a iniziare dal suo Reale Rischio Congenito. Giugno 14, 2017, <https://dabpensiero.wordpress.com/2017/06/14/glioblastoma-diagnosi-semeiotico-biofisico-quantistica-a-iniziare-dal-suo-reale-rischio-congenito/>
- 22) Marco Marchionni, Simone Caramel, Sergio Stagnaro** Glioblastoma: Prevenzione Pre-Primaria e Primaria con la Semeiotica Biofisica Quantistica. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rccglioblastoma.pdf>
- 23) Sergio Stagnaro.** Segno di Paolo nella diagnosi semeiotico-biofisico-quantistica di Glioblastoma a partire dal Reale Rischio Congenito. [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodipaolo\\_aggiornato.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodipaolo_aggiornato.pdf)
- 24) Sergio Stagnaro, Marchionni Marco, Caramel Simone.** [Inherited Real Risk of Glioblastoma: pre-clinical diagnosis and primary prevention with Quantum Biophysical Semeiotics.](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/irrglioblastoma.pdf) <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/irrglioblastoma.pdf>
- 25) Sergio Stagnaro.** Angiobiopatia: Krogh Aveva Ragione ! <http://www.mednat.org/krogh.pdf> ; <http://docplayer.it/69069496-Angiobiopatia-krogh-aveva-ragione-sergio-stagnaro.html>

## APPENDICE

**Il National Cancer Institute è la massima autorità mondiale nel campo della Oncologia.**

Cell-NCI Symposium: Beyond Cancer Genomics Toward Precision Oncology

Il 06/08/2021 12:35, CBCG2021 ha scritto:

### Poster acceptance letter

Abstract reference no.: CBCG2021\_0009 (Please quote in all correspondence)

06 August 2021

[dottsergio@semeioticabiofisica.it](mailto:dottsergio@semeioticabiofisica.it)

Dear Sergio Stagnaro,

Thank you for submitting a paper to present at the **Cell-NCI Symposium: Beyond Cancer Genomics Toward Precision Oncology**. On behalf of the Organising Committee, I am delighted to inform you that your abstract titled 'The best method to defeat cancer, both solid and liquid, is clinical, based on **Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk.**', has been accepted for poster presentation. Abstracts of an extremely high standard were submitted to the conference and we believe we have

selected an excellent mix of abstracts to address the conference themes. We very much look forward to your presentation.

A small number of short talk presentations will be selected from the posters by the committee. The authors selected for short talk will be notified on Wednesday 11th August

The details of your presentation are as follows:

<b>Title:</b>	<b>The best method to defeat cancer, both solid and liquid, is clinical, based on Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk.</b>
<b>Authors:</b>	<b>Sergio Stagnaro</b>
<b>Presenting Author:</b>	<b>Sergio Stagnaro</b>

**\* Dott. Sergio Stagnaro**

Fondatore della Semeiotica Biofisica.

16037 Riva Trigoso (Genova)

[dottsergio@semeioticabiofisica.it](mailto:dottsergio@semeioticabiofisica.it)