

I)

**Il Piede NEL Diabetico dipende dal suo Reale Rischio Congenito.**

<https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/06/09/il-piede-nel-diabetico-dipende-dal-suo-reale-rischio-congenito/> 09 06 15

Posso anche pensare in modo non corretto, ma l'interesse per il *cosiddetto* "piede diabetico" è un evento più economico che medico e umanitario. Alle seguente mail non ha risposto nessuno:

—— Messaggio Inoltrato ——

**Oggetto** : Il piede diabetico? Il piede nel diabetico!  
**Data:** Wed, 20 May 2015 08:33:59 +0200  
**Mittent e:** Sergio Stagnaro <dottsergio@semeioticabiofisica.it>  
**A:** XXYX  
**CC:** SISBQ mailing list <sisbq\_medicaldoctors@yahoogroups.com>XYX; XXY; YXX,

Cari Amici di  
XXYY,  
per C/C a tutti i Destinatari,

se il T2DM è una epidemia in continuo aumento, il motivo deve necessariamente esistere. A mio parere, alla base della epidemia diabetica in aumento è pure la grande confusione terminologica dei diabetologi e dei medici, conseguenza del mancato aggiornamento sulla fisiopatologia di questa sindrome metabolica, di cui esistono **Cinque Stadi**, riconosciuti dalla nascita con un fonendoscopio (V Allegato).

Il LOGO di questa morbigena confusione lo trovo nel termine "**Piede Diabetico**", che rivela al tempo stesso il Pensiero Debole dominante non solo nella Filosofia ma anche, purtroppo, nella Medicina.

Mi sono rivolto – via mail – a celebri Podo-Diabetologi, italiani e stranieri, chiedendo il loro punto di vista e un eventuale confronto di idee, ma non ho ottenuto alcuna risposta.

Non tutti i diabetici soffrono di "**Piede Diabetico**". Questo inconfutabile fatto dovrebbe far sorgere un piccolo ma significativo dubbio e per lo meno portare alla domanda: "Perché?".

Tutti sono d'accordo che alla base del "**Piede Diabetico**" sono le "complicazioni" diabetiche – in vero presenti alla nascita in forma ovviamente potenziale – a carico di nervi, di macro- e microvasi.

In realtà la gettonata *microangiopatia diabetica* non esiste!

A mia conoscenza, soltanto l'alterazione microvascolare a carico del tratto intermedio S del glomo di Hoyer-Gausset (*Honey-coomb-like degeneration*) è tipico del DM: troppo poco, in verità, per parlare di *microangiopatia diabetica*. L'ottimo clinico parmense Prof. Butturini nel secolo scorso parlava di Microangiopatia **NEL** Diabetico, termine condivisibile.

Domando: Come si può pensare seriamente di fermare il **Piede nel Diabetico** senza conoscere il Reale Rischio Congenito di CVD (1, 2), dipendente dalla Costituzione SBQ Aterosclerotica, e il Reale Rischio Congenito di T2DM (3), dipendente dalla Costituzione SBQ Diabetica, presenti alla nascita e riconosciuti con un fonendoscopio – **Segno di Antognetti** e dal **Segno di Siniscalchi** – ed eliminati con Terapia Quantistica che non costa nulla? (4)

Per onestà intellettuale, ammetto, senza provare alcun imbarazzo, che all'età di 84 anni, dopo una intensa vita di Ricercatore e Medico di MG., a causa dell'inevitabile apoptosi neuronale e della scomparsa plasticità dei neuroni rimasti, non si possa escludere di “prendere lucciole per lanterna”. Tuttavia, secondo il mio senecente giudizio, l'**Era dei Lumi Spenti** ha colpito anche nel Regno della Medicina, in generale, e della Diabetologia in particolare. Leggerei volentieri anche una sola critica: mi farebbe sentire meglio!

Un cordiale saluto.

Dr Sergio Stagnaro

Pensionato ENPAM dal 2000

[www.semeioticabiofisica.it](http://www.semeioticabiofisica.it)

[www.sisbq.org](http://www.sisbq.org)

<https://sergiostagnaro.wordpress.com/>

1) **Stagnaro Sergio.** CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. *International Atherosclerosis Society*.

[www.athero.org](http://www.athero.org), 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>

2) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, Nature PG., *EJCN, European Journal Clinical Nutrition*, Nature PG., <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html> [**Medline**]

3) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Frontiers in Endocrinology*. Front

Endocrinol (Lausanne). 2013; 4: 17. Published online Feb 26, 2013. doi: [10.3389/fendo.2013.00017](https://doi.org/10.3389/fendo.2013.00017).

<http://www.frontiersin.org/Review/ReviewForum.aspx>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581808/> [**Medline**]

4) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013).** The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Primary Prevention. **LifeScienceGlobal February 2013, Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences, 2013, 3,**

<http://www.lifescienceglobal.com/home/cart?view=product&id=376>

La seconda mail è riferita di seguito:

——— Messaggio Inoltrato ———

**Oggetto** : Diabetic foot oder Foot “in the” diabetic

**Data:** Mon, 18 May 2015 08:08:02 +0200

**Mittent e:** Sergio Stagnaro <dottsergio@semeioticabiofisica.it>

**A:** XXY; YYX.; XYX; Presidente SISBQ Simone Caramel <simonecaramel@yahoo.it>

Dear Professors,

next saturday May 23, 2015, in Porretta Terme, Bologna, Italy, in my last (I'm 84-year-old) I shall illustrate my *clinical* fight against T2DM Five Stages (Program in Attachment).

I cannot understand how we can defeat The Foot “in the” Diabetic – till now termed as Diabetic Foot – without knowing the Five Stages of T2DM – among them, there's the first one, i.e., the Diabetic Constitution-Dependent, Inherited Real Risk, as well as CVD Inherited Real Risk, *conditio sine qua non* of ATS, as I have described in my Microcirculatory Theory of Atherosclerosis

**Stagnaro S., West P.J., Hu F.B., Manson J.E., Willett W.C.** Diet and Risk of Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2002 Jan 24;346(4):297-298. [Medline]

**Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, *Nature PG., EJCN, European Journal Clinical Nutrition, Nature PG.,* <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html> [Medline]

**Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Frontiers in Endocrinology.* *Front Endocrinol (Lausanne).* 2013; 4: 17. Published online Feb 26, 2013. doi: [10.3389/fendo.2013.00017](https://doi.org/10.3389/fendo.2013.00017). <http://www.frontiersin.org/Review/ReviewForum.aspx>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581808/> [Medline]

**Simone Caramel, Marco Marchionni and Sergio Stagnaro (2014).** The Glycocalyx Bedside Evaluation Plays A Central Role in Diagnosing Type 2 Diabetes Mellitus and in its Primary Prevention. **Treatment Strategies – Diagnosing Diabetes,** *Cambridge Research Centre,* Volume 6 Issue 1, Pg 41-43. <http://viewer.zmags.com/publication/0aafcae9#/0aafcae9/1>

In your consensus on the diabetic foot – <http://www.siapav.it/pdf/Piede-Diabetico%202005%20%5B2%5D.pdf> Italian version of the **International Consensus on the Diabetic Foot by the International Working Group on the Diabetic Foot** – unfortunately, the above-mentioned advances in Diabetology are overlooked, so that The Foot “in the” Diabetic continues to be a growing epidemic.

If we could be able to bedside recognize from the birth the above-cited risks, removed by inexpensive Quantum Therapy, namely the *potential* Foot “in the” *potential* Diabetic, we will perform an efficient Pre-Primary and Primary Prevention of the T2DM and its so-called “complications”, I suggest unheard.

What do you think about?

Regards

Dr Sergio Stagnaro

**Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) Italy

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics,

Honorary President of International Society of Quantum Biophysical Semeiotics.

A questo punto invito il Lettore a leggere in *La Voce di SS* il mio primo articolo sul Piede Nel Diabetico alla URL <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/05/20/il-piede-diabetico-il-piede-nel-diabetico/>

Nel secondo articolo su questo argomento illustrerò il **Reale Rischio Congenito del piede nel diabetico**, diagnosticato a partire dalla nascita con un fonendoscopio ed eliminato con la Terapia Quantistica, come accade per tutti i RRC.

---

II)

### **Reale Rischio Congenito di Piede nel Diabetico: Riflessioni sul Metodo Semeiotico-Biofisico-Quantistico.**

<https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/06/10/reale-rischio-congenito-di-piede-nel-diabetico-riflessioni-sul-metodo-semeiotico-biofisico-quantistico/> 10 06 15

La lettura – alla URL <http://www.siapav.it/pdf/Piede-Diabetico%202005%20%5B2%5D.pdf> – dell’Italian version of the **International Consensus on the Diabetic Foot by the International Working Group on the Diabetic Foot**, mi ha suggerito la ricerca Semeiotico- Biofisico-Quantistica del Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico, prevedibilmente esistente, sebbene fino ad oggi ignorato.

La ricerca era finalizzata alla Prevenzione Primaria di una grave patologia che, una volta insorta, esita spesso nell’amputazione del piede e gamba del paziente.

In realtà, se non TUTTI i diabetici sono sofferenti per questa patologia, certamente deve esistere una condizione patologica ereditaria che divide dalla nascita i diabetici in due gruppi, in rapporto alla presenza di alterazioni, geneticamente trasmesse per via materna, di natura neuro-vascolo-tessutali al piede, futura sede delle note lesioni caratterizzanti appunto il piede *nel* diabetico.

Come K. Popper, non sono schiavo della PAROLA, a patto che questa porti in se e con se un solo, univoco significato. Piede Diabetico? Il termine dovrebbe significare che dove c’è il V Stadio del DMT2 si osserva anche il Piede Diabetico, il che è palesemente falso.

Tutti gli scienziati che si sono occupati di questa grave patologia hanno congetturato che il DMT2 rappresentasse la CAUSA, non il **principale fattore di rischio**, delle alterazioni degenerative neuro-vascolo-tessutali alla base del Piede nel Diabetico.

In altre parole, i Podologi non conoscono i Reali Rischi Congeniti, Dipendenti dalla relative Costituzioni Semeiotico-Biofisico-Quantistiche, *conditio sine qua non* delle relative patologie, incluso il Reale Rischio Congenito di Piede nel Diabetico (1-9).

Ho iniziato la mia ricerca sulla fisiopatologia del Piede nel Diabetico a partire dalla nascita del singolo individuo, analogamente a tutte le precedenti ricerche, scoprendo ed evidenziando nel DMT2 le differenze anatomico-funzionali, geneticamente orientate, nervose, vascolari, tessutali a livello del piede, e confrontando i dati raccolti con quelli del sano.

Infatti, una mutazione genetica, per essere veramente significativa, deve provocare importanti modificazioni funzionali in ben precisi sistemi biologici, valutate oggi quantitativamente con la Semeiotica Biofisica Quantistica (SBQ) (9,10).

Nel sano, e poi nel diabetico potenziale, cioè colpito dal Reale Rischio Congenito dipendente dalla Costituzione Diabetica, ho valutato quantitativamente il modo di essere e di funzionare

1. dell’arteria femorale e dei suoi rami;

2. i VASA VASORUM, VASA NERVORUM e l'unità microvascolo-tessutale dei polastrelli delle dita del piede;
3. del nervo tibiale posteriore e del nervo safeno

Ho successivamente reso più facile il metodo di studio, fondato sulla **Microangiologia Clinica**, per chi non ha ancora una sicura conoscenza della SBQ, affidando al **Riflesso Gastrico Specifico** il compito di far visualizzare i dati raccolti, al momento limitati ma assai omogenei, relativi all'ossigenazione istangica a livello delle varie parti del piede, alla situazione macro- e micro-circolatoria, alla trasmissione nervosa (Potenziali Neuronal Evocati Somato-sensoriali) (11-17).

In un prossimo articolo, illustrerò il Reale Rischio Congenito di Piede nel Diabetico. Tuttavia, da quanto sopra riferito, deriva che questa predisposizione alla patologia degenerativa del piede nel DMT2 è caratterizzata, a partire dalla nascita, da modificazioni della macro- e della micro-circolazione, inclusa quella istangica locale, causa di iniziale, ma ingravescente, acidosi e infiammazione e da alterazioni nella velocità di trasmissione nervosa (PNE somato-sensoriali).

La gravità delle alterazioni dei valori parametrici del **Riflesso Piede-Gastrico Specifico** decorre parallela a quella della sottostante patologia, evidenziando pertanto l'importanza del monitoraggio terapeutico SBQ nella Prevenzione Primaria del Piede nel Diabetico.

Infine, riferirò i benefici effetti della Terapia Quantistica (14), necessariamente personalizzata, in grado di eliminare i Reali Rischi Congeniti SBQ (2-4, 7, 8, 14-16)

Bibliografia.

- 1) **Stagnaro Sergio.** CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. *International Atherosclerosis Society*. [www.athero.org](http://www.athero.org), 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 2) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, Nature PG., *EJCN, European Journal Clinical Nutrition*, Nature PG., <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html> [Medline]
- 3) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Frontiers in Endocrinology*. Front Endocrinol (Lausanne). 2013; 4: 17. Published online Feb 26, 2013. doi: [10.3389/fendo.2013.00017](https://doi.org/10.3389/fendo.2013.00017). <http://www.frontiersin.org/Review/ReviewForum.aspx>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581808/> [Medline]
- 4) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013).** The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Primary Prevention. **LifeScienceGlobal February 2013, Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences, 2013, 3**, <http://www.lifescienceglobal.com/home/cart?view=product&id=376>
- 5) **Stagnaro S., West PJ., Hu FB., Manson JE., Willett WC.** Diet and Risk of Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2002 Jan 24;346(4):297-298. [Medline]
- 6) **Simone Caramel, Marco Marchionni and Sergio Stagnaro (2014).** The Glycocalyx Bedside Evaluation Plays A Central Role in Diagnosing Type 2 Diabetes Mellitus and in its Primary Prevention. *Treatment Strategies – Diagnosing Diabetes*, Cambridge Research Centre, Volume 6 Issue 1, Pg 41-43. <http://viewer.zmags.com/publication/0aafcae9#/0aafcae9/1>
- 7) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel.** Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Frontiers in Endocrinology*. Front Endocrinol (Lausanne). 2013; 4: 17. Published online Feb 26, 2013. doi: [10.3389/fendo](https://doi.org/10.3389/fendo).

2013.00017. <http://www.frontiersin.org/Review/ReviewForum.aspx>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581808/> [Medline]

**8) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012).** Quantum Therapy: A New Way in Osteoporosis Primary Prevention and Treatment. *Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences*, (27 June 2012) | doi:10.1038/ejcn.2012.76, <http://www.lifescienceglobal.com/pms/index.php/jpans/article/view/297>. PMID:22739250 [Medline]

**9) Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, [www.travelfactory.it](http://www.travelfactory.it), Roma, 2009.

**10) Stagnaro Sergio.** Biological System Functional Modification parallels Gene Mutation. [www.Nature.com](http://www.Nature.com), March 13, 2008, [http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/03/gout\\_gene.html](http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/03/gout_gene.html)

**11) Sergio Stagnaro (2012).** [Teoria Microcircolatoria SBQ dell' Aterosclerosi. Evidenza Sperimentale del Ruolo Centrale dei Vasa Vasorum](#), *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*

**12) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012).** [Quantum Biophysical Semeiotics Microcirculatory Theory of Arteriosclerosis](#) – [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org), *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*, [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ats\\_qbs\\_mctheory.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ats_qbs_mctheory.pdf)

**13) Simone Caramel and Sergio Stagnaro.** Vascular calcification and Inherited Real Risk of lithiasis. *Front. In Encocrin.* 3:119. doi: 10.3389/fendo.2012.00119 [http://www.frontiersin.org/Bone\\_Research/10.3389/fendo.2012.00119/full](http://www.frontiersin.org/Bone_Research/10.3389/fendo.2012.00119/full) [Medline]

**14) Caramel S, Marchionni M, Stagnaro S.** (2015). **Morinda citrifolia Plays a Central Role in the Primary Prevention of Mitochondrial-dependent Degenerative Disorders.** *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(4):1675. [Medline]

**15) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1989.

**16) Sergio Stagnaro.** [Two Clinical Evidences corroborating Microcirculatory QBS Theory of Atherosclerosis](#). *Lectio Magistralis*, IV Meeting of Quantum Biophysical Semeiotics International Society, May 4-5, 2013, Porretta Terme, Bologna, Auditorium, Hotel Santoli. *Journal of QBS*, [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory\\_evidences.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf)

**17) Stagnaro S.,** Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. *Min. Med.* 76, 1211, 1985 [Medline]

**18) Stagnaro S.,** Auscultatory percussion of the cerebral tumour: Diagnostic importance of the evoked potentials, *Biol. Med.*, 7, 171-175, 1985.

---

### III

#### **Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico: Diagnosi Clinica e Terapia Quantistica.**

Se soltanto il 15% dei diabetici soffre di lesioni degenerative al piede, allora significa che dalla nascita i diabetici possono essere divisi in due gruppi, in modo analogo a quanto avviene per tutti gli altri reali rischi congeniti semeiotico-biofisico-quantistici:

- A) coloro che sono privi del Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico;
- B) coloro che sono predisposti a questa grave patologia, oggi non guaribile.



A questo proposito è necessario ricordare che gli Autori sono d'accordo che il 50% di casi di lesioni degenerative del piede colpisce diabetici, mentre il rimanente 50% è secondario ad alterazioni neuro-vascolari aterosclerotiche.

Questi Autori, purtroppo, molto probabilmente ignorano i Cinque Stadi del DMT2, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica, con la conseguenza che il numero di diabetici non corrisponde alla verità. In realtà, il Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico deve essere ricercato anche in assenza della Costituzione Diabetica!

Il problema più rilevante legato ad una ulcera del piede nei diabetici è il rischio di una amputazione maggiore, ossia effettuata sopra la caviglia; pur rappresentando la popolazione diabetica all'incirca il 3% della popolazione generale, più del 50% di tutte le amputazioni maggiori riguardano proprio i diabetici. Ma il fatto che più deve far riflettere è il seguente: su 100 diabetici amputati circa 84 hanno avuto come causa dell'amputazione un'ulcera del piede aggravatasi nel tempo.

E' evidente quindi che se si vuole ridurre il numero delle amputazioni è necessario migliorare la capacità di curare efficacemente e precocemente l'ulcera; per raggiungere questo obiettivo è necessario disporre di protocolli diagnostici e terapeutici efficaci e di tutte le professionalità necessarie. Ridurre il numero di amputazioni è un obiettivo fondamentale per la cura del paziente diabetico; ma quali sono concretamente le possibilità di raggiungerlo? (da **Il Piede Diabetico** <http://www.ilpiedediabetico.it/introduzione/>).

Esiste un generale accordo tra gli Autori sul fatto che accanto alla vasculopatia la neuropatia diabetica è la causa eziopatogenetica dell'ulcera nel "piede diabetico" (1-3). Tuttavia, la valutazione semeiotico-biofisico-quantistica nei primi decenni di vita, condotta con la Diagnostica Psicocinetica (4), mi permette di affermare che, a partire dalla nascita si osserva il Reale Rischio Congenito Aterosclerotico a carico sia dei *Vasa Vasorum* sia dei *Vasa Nervorum*: la Microangiopatia Diabetica NON esiste; esiste la Microangiopatia *nel* diabetico! V. La Voce di SS., <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/06/09/il-piede-nel-diabetico-dipende-dal-suo-reale-rischio-congenito/>

Prima di proseguire è necessario sapere che dal I Stadio del DMT2, cioè nel primo decennio di vita, l'endotelio mostra lievi ma significative alterazioni funzionali, secondo il concetto di *disendotelizzazione*, che raramente ho riscontrato in altre patologie. Per esempio, il Riflesso Muscolo-Scheletrico-Gastrico Aspecifico mostra un Tempo di Latenza normale (NN = 8 sec.), ma una durata di 4 sec. (NN < 3 sec. - 4 <), espressione di lieve acidosi istamica da aumentata permeabilità capillare, segno di *disendotelizzazione*, (l'interstizio è lievemente aumentato di volume, come dimostra l'immediata comparsa di un piccolo riflesso gastrico aspecifico, assente fisiologicamente, nel corso della valutazione).

A riposo, si osserva che l'aumentata permeabilità capillare è associata alla modesta attivazione microcircolatoria di tipo II, dissociato, che spiega il lieve aggravamento del danno endoteliali nei *nutritional capillaries* conseguenza dell'aumento pressorio locale: una parte del sangue fluisce lungo le Anastomosi Arteriole-Venulari. E' chiarito pertanto il meccanismo patogenetico alla base della Diagnosi Clinica di DMT2 mediante il Riflesso Muscolo Scheletrico-Gastrico Aspecifico, <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/06/03/diagnosi-di-osteoporosi-e-di-diabete-mellito-tipo-2-in-15-secondi-dalla-nascita-test-del-muscolo-scheletrico/>.

Di seguito, è descritto un semplice ma affidabile metodo semeiotico-biofisico-quantistico da applicare nella pratica quotidiana e nei primi decenni di vita per individuare il Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico. Per poterlo ricercare, il Medico deve conoscere per lo meno il Riflesso Gastrico Aspecifico, descritto in modo esemplare dal punto di vista didattico da Simone

Caramel nell'e-book in rete alla URL [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cardiograp\\_manuale\\_it.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cardiograp_manuale_it.pdf)

L'iter diagnostico inizia con la ricerca della **Costituzione Diabetica** e del suo **Reale Rischio Congenito** (5-11). A tale scopo è sufficiente ricercare il **Segno di Siniscalchi** (12). Come scritto sopra, il Medico deve riconoscere questo rischio congenito anche nei non colpiti da costituzione diabetica. Infatti, solo il 50% dei casi di lesioni ulcerose del piede sono di natura diabetica!

Subito dopo, il Medico raccoglie preziose informazioni sul modo di essere, anatomo-funzionale delle arterie femorali, all'inguine, delle arterie tibiali posteriori e delle pedie, usando una pressione digitale moderata (= circa 400 dine/cm<sup>2</sup>). Questi dati sono espressi come variazioni dei valori parametrici del riflesso arteria-gastrico aspecifico.

**Nel sano**, il Tempo di Latenza del Riflesso Arteria-Gastrico aspecifico è di 8 sec., a rapida attuazione (1 sec.); la Durata del riflesso è < 3 sec. - 4 sec., espressione di una parete arteriosa senza Reale Rischio Congenito di CVD perché fornita di normali **Vasa Vasorum**.

A tale scopo, utile e raffinata, anche se non indispensabile, è la valutazione diretta dei *vasa vasorum*, che richiede una sicura conoscenza della Semeiotica Biofisica Quantistica (13-17).

La valutazione del SN periferico - nervo tibiale posteriore, nervo femorale, etc. - è eseguita mediante i Potenziali Neuronal Evocati Somato-sensoriali (18-22). Prima si applica la pressione manuale di moderata-media intensità sopra la parte superiore e posteriore della gamba, subito sotto il ginocchio. Quindi, mediante pressione digitale, è eseguita la stimolazione del polpastrello digitale dell'alluce e/o di qualsiasi altro punto del piede. Per esempio, efficace si è rivelata la pressione medio-moderata sopra la parte distale metatarsale del piede, tenendo il pollice a contatto del dorso mentre le altre dita premono contro la piante del piede.

**Nel sano**, dopo un Tempo di Latenza di 3 sec. appare il Riflesso Gastrico Aspecifico a rapida attuazione (1 sec.), ad indicare una fisiologica trasmissione neuronale, sempre associata ad attivazione microcircolatoria, di tipo I, associato.

Al contrario, **nel soggetto con alterazioni dei nervi sensoriali**, per esempio, da Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico, il Tempo di Latenza sale a 5 sec. o più, in relazione diretta con la gravità del sottostante patologia.

**Interessante, semplice ed utile manovra per riconoscere rapidamente la predisposizione al Reale Rischio Congenito di Piede *nel* Diabetico**, indicata per il Medico di MG. nella sua quotidiana attività: con l'esaminando in posizione supina, psicofisicamente rilassato, ad occhi aperti per ridurre al minimo la secrezione melatoninica, si esegue una pressione digitale di media intensità (= circa 500 dine/cm<sup>2</sup>, in pratica la pressione necessaria per fermare una emorragia cutanea), dopo aver posto il pollice sopra e le altre dita della mano sotto la parte distale metatarsale del piede.

**Nel sano**, dopo un Tempo di Latenza di 8 sec. appare il Riflesso Gastrico aspecifico a rapida attuazione (1 sec.), la cui Durata è < 3 sec. - 4 sec.<

**Al contrario**, in caso di **predisposizione al Piede *nel* Diabete**, il Tempo di Latenza può ancora risultare normale nel primo decennio di vita (NN = 8 sec.) per poi scendere a 7 sec. o meno (in relazione alla gravità della predisposizione!), ma la durata è sempre patologicamente prolungata: 4 sec. - 7 sec., espressione della compromessa Riserva Funzionale Microcircolatoria locale, conseguente alla presenza del sopra riferito Reale Rischio Congenito.



Infine, una seconda valutazione con pressione digitale intensa (= circa 1000 dine/cm<sup>2</sup>) mostra il fisiologico raddoppiamento del Tempo di latenza del riflesso Gastrico Aspecifico, espressione del normale preconditionamento (22-25).

### **Bibliografia.**

- 1) Rathur HM, Boulton AJ. [The neuropathic diabetic foot](#). Nat Clin Pract Endocrinol Metab. 2007;3:14-25.
- 2) McNeely MJ, Boyko EJ, Ahroni JH, Stensel VL, Reiber GE, Smith DG, Pecoraro RE: The independent contributions of diabetic neuropathy and vasculopathy in foot ulceration: how great are the risks?Diabets Care 18:216-219,1995.
- 3) Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piaggese A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirkovska A, Mauricio D, Ragnarson Tennvall G, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, Van Acker K, van Baal J, van Merode F, Schaper N. [High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study](#). Diabetologia.2007;50:18-25.
- 4) **Sergio Stagnaro**. Semeiotica Biofisica Quantistica. Diagnostica Psicocinetica. E-book in rete nel sito [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org); [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp\\_libro.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp_libro.pdf)
- 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-Neri M., Stagnaro S.**, Sindrome di Reaven, classica e variante, in evoluzione diabetica. Il ruolo della Carnitina nella prevenzione del diabete mellito. Il Cuore. 6, 617, 1993 [Medline]
- 7) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.** Valutazione percusso-ascoltatoria del Diabete Mellito. Aspetti teorici e pratici. Epat. 32, 131, 1986.
- 8) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Il diagramma linfatico dell'arto superiore nella diagnosi clinica percusso-ascoltatoria del diabete mellito. III Congr. Intern. Di Flebolinfologia. Ferrara-San Marino, 18-21 Settembre. Atti 21-11, 1991.
- 9) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel**. Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Frontiers in Endocrinology*. Front Endocrinol (Lausanne). 2013; 4: 17. Published online Feb 26, 2013. doi: [10.3389/fendo.2013.00017](https://doi.org/10.3389/fendo.2013.00017). <http://www.frontiersin.org/Review/ReviewForum.aspx>; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581808/> [Medline]
- 9) **Simone Caramel, Marco Marchionni and Sergio Stagnaro (2014)**. The Glycocalyx Bedside Evaluation Plays A Central Role in Diagnosing Type 2 Diabetes Mellitus and in its Primary Prevention. Treatment Strategies - Diagnosing Diabetes, Cambridge Research Centre, Volume 6 Issue 1, Pg 41-43. <http://viewer.zmags.com/publication/0aafcae9#/0aafcae9/1>

- 10) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013)**. The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Primary Prevention. **LifeScienceGlobal February 2013, *Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences*, 2013, 3**, <http://www.lifescienceglobal.com/home/cart?view=product&id=376>
- 11) **Sergio Stagnaro**. Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito: Nosografia e Patogenesi. <http://www.fcenews.it> 17 novembre 2010. [http://www.fceonline.it/images/docs/diagnosi\\_diabete.pdf](http://www.fceonline.it/images/docs/diagnosi_diabete.pdf); [http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance\\_prevenzionet2dm.pdf](http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance_prevenzionet2dm.pdf)
- 12) **Sergio Stagnaro**. Siniscalchi's Sign. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus. 24 December, 2010, <http://www.sci-vox.com>, <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-12-25siniscalchi%27signi.bedside+%diagnosing+type+2+dm.html>; [www.sciphu.com](http://www.sciphu.com); <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/> Italian version: <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodisiniscalchi.pdf>
- 13) **Sergio Stagnaro (2012)**. Teoria Microcircolatoria SBQ dell'Aterosclerosi. Evidenza Sperimentale del Ruolo Centrale dei Vasa Vasorum, *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*, [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/evidenze\\_ats.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/evidenze_ats.pdf)
- 14) **Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012)**. Quantum Biophysical Semeiotics Microcirculatory Theory of Arteriosclerosis – [www.sisbq.org](http://www.sisbq.org), *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*, [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ats\\_qbs\\_mctheory.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ats_qbs_mctheory.pdf)
- 15) **Simone Caramel and Sergio Stagnaro**. Vascular calcification and Inherited Real Risk of lithiasis. *Front. In Encocrin.* 3:119. doi: 10.3389/fendo.2012.00119 [http://www.frontiersin.org/Bone\\_Research/10.3389/fendo.2012.00119/full](http://www.frontiersin.org/Bone_Research/10.3389/fendo.2012.00119/full) [Medline]
- 16) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1989.
- 17) **Sergio Stagnaro**. Two Clinical Evidences corroborating Microcirculatory QBS Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis*, IV Meeting of Quantum Biophysical Semeiotics International Society, May 4-5, 2013, Porretta Terme, Bologna, Auditorium, Hotel Santoli. *Journal of QBS*, [http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherothery\\_evidences.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherothery_evidences.pdf)
- 18) **Stagnaro S.**, Auscultatory Percussion Therapeutic Monitoring and Cerebral Dominance in Rheumatology. 2nd World Congress of Inflammation, Antirheumatics, analgesics, immunomodulators. Abstracts, A. Book 1, pg. 116, March 19-22, 1986, Montecarlo.
- 19) **Stagnaro S.**, Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. *Min. Med.* 76, 1211, 1985 [Medline]
- 20) **Stagnaro-Neri M. Stagnaro S.**, Diagnosi percusso-ascoltatoria e monitoraggio terapeutico della sindrome Magnesio-carenziale. *Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med.* 147, 259, 1988.
- 21) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.** Percussione Ascoltata della Sindrome Ferro-Carenziale. *Med. Praxis* 17, 4, 1, 1986

- 22) **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)
- 23) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Deterministic Chaos, Preconditioning and Myocardial Oxygenation evaluated clinically with the aid of Biophysical Semeiotics in the Diagnosis of ischaemic Heart Disease even silent. *Acta Med. Medit.* 13, 109, 1997.
- 24) . **Stagnaro Sergio.** Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture*, V Virtual International Congress of Cardiology. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 25) **Stagnaro Sergio.** CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. *International Atherosclerosis Society*. [www.athero.org](http://www.athero.org), 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>