

Valutazione Clinica SBQ dell'Insulino-Resistenza nel Muscolo Scheletrico.

(articolo aggiornato)

Sergio Stagnaro

"Chi non ha senso del domani non avrà senso nell'oggi:
l'oggi è inesorabilmente sempre venturo;
non così le cose sperperate."

(Alfredo Obertello)

Quanto segue è destinato ai Medici di oggi che conoscono bene la Microangiologia Clinica Semeiotico-Biofisico-Quantistica e ai Medici e Professori del 2030.

Nella patogenesi del DM tipo 2, che colpisce esclusivamente individui positivi alle Costituzioni SBQ Diabetica "e" Dislipidemica (www.sisbq.org), corroborando la felice intuizione del grande Josslin, l'insulino-resistenza gioca un ruolo essenziale (1-42).

La diagnosi di insulino-resistenza richiede sofisticate indagini riservate a pochi centri diabetologici. Purtroppo, però, il diabete mellito di tipo 2 è la malattia metabolica più diffusa nel mondo, rappresentando una epidemia che sta rapidamente aumentando. Si prevede, infatti, che nel 2025 saranno oltre 300 milioni gli individui affetti nel mondo con un marcato aumento dei nuovi casi in India e in Asia.

Una variante di diagnosi clinica di insulino-resistenza è stata descritta la prima volta da chi scrive negli anni '90, ma nessun Medico e Docente di semeiotica o clinica ne ha saputo comprendere l'importanza nella prevenzione primaria del DM tipo 2.

Nello stesso anno, 1997, ho illustrato in maniera divulgativa la valutazione clinica SBQ del picco precoce della secrezione insulinica di base e dopo stimolazione tiroidea, surrenalica, con glucagone endogeno e dopo attivazione del sistema renina-angiotensina circolante e tessutale (2,8.17).

Purtroppo, ancora una volta, le vestali della presente Medicina Serva dell'Economia, non hanno voluto /o potuto comprendere che questa semplice manovra rappresentava uno strumento clinico, applicabile su vasta scala, non costoso, certamente efficace per arrestare l'epidemia diabetica in continuo aumento.

Utilizzando la Realtà Non-Locale nei sistemi biologici, da me scoperta clinicamente con un fonendoscopio e descritta in precedenti lavori (3-10), ho messo a punto recentemente una Valutazione clinica SBQ l'insulino-resistenza veramente raffinata, efficace e semplice.

Mentre il Medico osserva le fluttuazioni caotico-deterministiche dell'unità microvascolotessutale del muscolo scheletrico oppure del tessuto adiposo - tessuti notoriamente sede di insulino-resistenza

- nel momento in cui il "cuore periferico", secondo Claudio Allegra, si trova all'inizio della diastole, attraverso il test del picco precoce della secrezione insulinica egli valuta l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associata subito dopo l'attuazione(6, 8, 39).

Nel sano, nelle condizioni sperimentali sopra illustrate, l'attivazione microcircolatoria è *simultanea*, si attua rapidamente in 1 sec. ed è intensa; la durata della dilatazione delle piccole arterie ed arteriole, secondo Hammersen, sale da 6 sec. a 12 sec.- 14 sec.

Al contrario, in caso di insulino-resistenza le fluttuazioni già di base sono lente a causa dell'accumulo intra-cellulare di metaboliti degli acidi grassi quali Free-Fatty Acyd-AcilCoA, diacilglicerolo e ceramidi, che si oppongono alla micro-vaso-dilatazione, come sappiamo avvenire nella Steatosi Epatica.

Secondo il datato modello di Randle, l'aumentata ossidazione degli acidi grassi nel muscolo e nel tessuto adiposo produce un aumento dei livelli intracellulari di acetilCoA e di citrato, che possono di conseguenza inibire rispettivamente due enzimi coinvolti nell'utilizzo del glucosio: la piruvato deidrogenasi e la fosfofruttochinasi.

Ne consegue che nell' insulino-resistenza l'attivazione micorcircolatoria negli organi bersaglio non è simultanea ma *istantanea*, nel senso che compare dopo un Tempo di Latenza di 2-3 sec. (TL: ≤ 5 sec. nel diabetico conclamato). Inoltre, le oscillazioni del "cuore periferico" impiegano 2-3 sec. a raggiungere il massimo valore di dilatazione, che dura un tempo inferiore agli 11 sec., in relazione inversa alla gravità del sottostante dismetabolismo glicidico.

Valutazione Semeiotico-Biofisico Quantistica della Sensibilità dei Recettori Insulinici del Muscolo Scheletrico.

Karl Jaspers, in *Das Wesen der Wissenschaft*, afferma che le conoscenze sono contenute nel metodo impiegato. La Semeiotica Biofisica Quantistica, sviluppatasi negli ultimi sei decenni come estensione della semeiotica fisica tradizionale, ortodossa, accademica, è l'unico strumento clinico affidabile per permettere al Medico di porre, al letto del malato, diagnosi finora impossibili ai discepoli di Esculapio, come, per esempio, la Sindrome di Saint, la colelitiasi silente, le cisti parapieliche, i Reali Rischi Congeniti, dipendenti dalle relative Costituzioni.

Per poter riconoscere la ridotta sensibilità dei recettori insulinici, notoriamente correlata all'insorgenza del T2DM, del fegato, tessuto adiposo, muscolo scheletrico, finora è necessario fare ricorso a sofisticati metodi di laboratorio, che vengono eseguiti in pochi casi, soltanto in centri altamente specializzati. Basti pensare al *clamp* iperinsulinemico normoglicemico!

La Semeiotica Biofisica Quantistica permette di realizzare, in modo rapido, affidabile e clinico, cioè usando un comune fonendoscopio, la valutazione della sensibilità dei recettori insulinici in qualsiasi sistema biologico. Di seguito è descritta in modo aggiornato la valutazione funzionale dei recettori insulinici nel muscolo scheletrico, per esempio il M. bicipite, scelto per motivi pratici (1-38).

1) Come in tutti gli altri Reali Rischi Congeniti (RRC), in quello diabetico è presente a riposo l'Attivazione Microcircolatoria, tipo II, dissociata, in forma lieve ma significativa, che rappresenta un tratto caratteristico dell'insulino-resistenza (6-8, 39).

2) Manovra di Titti (1).

Di fondamentale importanza per l'aggiornamento nella patogenesi del DM tipo 2, sono le seguenti due prove sperimentali, che "dimostrano" come dalla nascita, nei soggetti con Reale Rischio Congenito, Dipendente dalla Costituzione Diabetica, cioè a partire dal primo dei Cinque Stadi del DM tipo2, la secrezione insulinica e la responsività dei recettori per l'insulina sono già di base alterate, lievemente ma significativamente, dal punto di vista semeiotico-biofisico-quantistico (1-19).

Nel sano, a riposo, il Riflesso muscolo scheletrico-g.a., durante pressione digitale medio-intensa tra indice e pollice, mostra un Tempo di Latenza 10 sec. con Durata > 3 sec. 4 sec <, valore parametrico correlato alla Riserva Funzionale Microcircolatoria locale e quindi alla dimensione frattalica delle fluttuazioni macro- e microscopiche = UMVT) del muscolo scheletrico. Inoltre, durante e subito dopo la Manovra di Titti, analogamente a quanto si osserva nel *Test del Picco Acuto di Secrezione Insulinica* (8, 19), il Tempo di Latenza del Riflesso Muscolo-G.A. raddoppia, salendo a 20 sec. Questo dato rivela un incremento significativo di energia libera endocellulare a seguito di un fisiologico funzionamento dei recettori insulinici.

Infatti, simultaneamente all'inizio della manovra, nel muscolo scheletrico si osserva intensa e rapida Attivazione Microcircolatoria, di tipo I, associato: durata della diastole del cuore periferico = 11 sec. ca. (NN = 6 sec.) con intensità di circa 3 cm., come accade appunto per effetto dell'insulina endogena nella Manovra di Ferrero-Marigo (19, 39).

Al contrario, di base, nel DM, tipo 2, a partire dal I Stadio (= Costituzione diabetica e Reale Rischio Congenito diabetico), il riflesso muscolo scheletrico-gastrico aspecifico mostra un tempo di latenza ancora fisiologico (NN = 10 sec.), ma la durata risulta aumentata patologicamente a seconda dello stadio diabetico: da 4 sec. a 6 sec., espressione delle alterazioni delle cellule Beta-insulari, geneticamente determinate, in accordo con la Teoria dell'Angiobiopatia.

Notoriamente il Tempo di Latenza del riflesso inizia a diminuire, a causa dell'acidosi istagmica critica, quando la durata del riflesso gastrico aspecifico supera i 6 sec.

3) Valutazione funzionale dei glicocalici della cellula muscolare scheletrica (40-42).

Nel soggetto sano, a riposo, in posizione supina, con gli occhi aperti per ridurre al minimo la secrezione di melatonina epifisaria, la microcircolazione nel SST-RH, valutata come fluttuazione dei riflessi ureterali sia superiori (vasomotility = piccole arterie ed arteriole, secondo Hammersen) sia inferiori (vasomotion = capillari e venule post-capillari), mostra i fisiologici valori parametrici. Tuttavia, solo nell'individuo sano, senza TO, la stimolazione mediante melatonina endogena (= Test degli occhi chiusi: l'esaminando chiude rapidamente gli occhi) provoca la "simultanea" accentuazione sia della intensità sia della durata di AL+PL+DL, a dimostrazione che la prima fase di attivazione recettoriale (recettori M1 e 2, dei neuroni nel centro per il SST-RH), di natura catalitica, avviene fisiologicamente.

L'esaminando è poi invitato a chiudere gli occhi nel preciso momento in cui l'onda di vasomotility, giunta al termine del PL, sta per iniziare la fase discendente terminale, PL. In pratica, 5 sec. dopo l'inizio della fluttuazione. Si osserva un netto incremento "simultaneo" dell'intensità della oscillazione, la cui durata si allunga a 8-9 sec. (NN = 6 sec.).

Al contrario, nel soggetto apparentemente sano sperimentale sopra descritto, l'onda continua il suo normale decorso, compiendo la DL, a cui segue la scomparsa della fluttuazione. La successiva oscillazione mostra un incremento dell'intensità in vero non intenso, non significativo, la cui durata che non supera i 7 sec., rivelando l'alterata composizione del glicocalice oncologico, alla base del comportamento patologico dei recettori melatoninici, M1 ed M2.

La seguente esperienza clinica, di facile applicazione, corrobora i dati riferiti in modo veramente semplice, offrendo al Medico non sufficientemente esperto in SBQ la possibilità di valutare clinicamente l'attività del glicocalice, monitorandola sotto terapia.

Nel sano, si valuta il tempo di latenza di base del riflesso SST-RH –gastrico aspecifico (= ossigenazione tessutale: NN = 8 sec.) e la sua durata, fisiologicamente maggiore di 3 sec. e minore di 4 sec., corrispondente alla Riserva Funzionale Microcircolatoria sia alla fD, dimensione frattalica (1-10).

La seconda valutazione di questi parametri è attuata "contemporaneamente" all'inizio del test degli occhi chiusi (= stimolazione della secrezione di melatonina endogena epifisaria) permette di osservare, nel sano, il raddoppiamento del tempo di latenza (NN = 8 sec.), espressione della attivazione microcircolatoria efficace, "simultanea" alla chiusura degli occhi, riferita sopra.

Al contrario, nel soggetto con TO le stesse condizioni sperimentali non permettono di raggiungere una ottimale ossigenazione del centro neuronale per il SST-RH a causa della alterazione, di natura genetica alla base del TO, di cui la sofferenza del glicocalice è la palese testimonianza.

Appare interessante la correlazione tra struttura/funzione del glicocalice e fisiologia/patologia della relativa cellula. Se il glicocalice reagisce fisiologicamente ad uno stimolo significa che le componenti cellulari che l'hanno strutturato sono immuni da alterazioni geneticamente provocate, permettendo al medico di eliminarli con la Terapia Quantistica Mitocondriale Ristrutturante.

4) Valutazione della risposta dei recettori insulinici muscolari al IGF-1.

Notoriamente l'ormone della crescita è un peptide secreto dall'ipofisi, sotto il controllo dell'ipotalamo, stimolato dal GH-RH. Tra le molte azioni svolte dall'ormone vi è la regolazione di numerose vie metaboliche. Non tutti, ma alcuni meccanismi d'azione del GH sono mediati dall'Insulin-like Growth Factor-I (IGF-I). Sia il GH sia l'IGF-1 recitano un importante ruolo nella regolazione della crescita e del metabolismo osseo, regolando la massa ossea, che cresce costantemente nella giovane età raggiungendo il picco a metà dei vent'anni. Segue poi un lento declino, che incrementa nell'età avanzata (43).

Nel sano, la stimolazione dell'IGF-1 nel fegato mediante pressione intensa sopra il *trigger-point* del GH-RH è simultaneamente accompagnata all'Attivazione Microcircolatoria di tipo I associato nel muscolo scheletrico, con incremento dell'energia libera che raddoppia (= il TL del riflesso Muscolo-G.A. sale da 8 a 16 sec.).

Al contrario, nella ridotta sensibilità recettoriale all'insulina, la risposta avviene dopo un Tempo di Latenza variabile da 1 a 3 sec. ed è meno intensa.

Bibliografia

- 1) **Sergio Stagnaro.** Manovra di Titti. [sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/_manovradititti.pdf](http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/_manovradititti.pdf)
- 2) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.,** Il Segno di Bilancini-Lucchi nella diagnosi clinica del diabete mellito. *The Pract. Ed. It.* 176, 30, 1993.
- 3) **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]
- 4) **Stagnaro S., Singh R.B.** Influence Of Nutrition On Pre-Metabolic Syndrome And Vascular Variability Syndrome. Editorial, *The Open Nutrition Journal. Bentham Sci. Publish. Nutraceuticals Journal*, 2009, Volume 2, <http://www.benthamscience.com/open/tonutraj/articles/V002/118TONUTRAJ.pdf>
- 5) **Sergio Stagnaro.** New Renaissance in Medicina. Prevenzione Primaria del Diabete Mellito tipo 2. Sito del Convegno, <http://qbsemeiotics.weebly.com/atti-del-convegno.html>, 16 novembre 2010; http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance_prevenzionet2dm.pdf; english version http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/report_stagnaro.pdf
- 6) **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://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance_prevenzionet2dm.pdf
- 7) **Sergio Stagnaro.** Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2. <http://www.fcenews.it>, 19 novembre 2010. http://www.fceonline.it/images/docs/dna_diabete.pdf; http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/dna_t2dm.pdf
- 8) **Sergio Stagnaro.** Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilita' a Riposo e Dopo Il Test Di Secrezione Del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione Clinica della Insulino Resistenza 23 novembre 2010. <http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradiferrero.pdf>
- 9) **Sergio Stagnaro.** Il Test della Osteocalcina endogena nella Diagnosi di I e II Stadio del Diabete Mellito tipo 2. 23 novembre 2010. http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/osteocalcina_t2dm.pdf
- 10) **Sergio Stagnaro.** Biophysical-Semeiotic Diabetic Constitution. Cyber Lecture. indmedica.com, 2006, http://cyberlectures.indmedica.com/show/60/1/Diabetic_Constitution
- 11) **Sergio Stagnaro.** Diabetic Constitution-Dependent Inherited Real Risk. <http://www.sci-vox.com>, 29, November, 2010. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-11-29diabetic+constitution-dependent+inherited+real+risk..html>
- 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>; 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.** The New War against Five Stages of type 2 Diabetes Mellitus. <http://www.sci-vox.com>, 12 December, 2011, <http://www.sci-vox.com/stories/story/2011-01-12the+new+war+against+five+stages++of+type+2+diabetes+mellitus.html> ; <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/2011/01/new-war-against-five-stages-of-type-2.html>
- 14) **Sergio Stagnaro.** L'Esperimento di Lory corrobora quello di A. Aspect sul Piano Clinico. 15 Febbraio, 2011. <http://www.riflessioni.it/> ; http://www.riflessioni.it/dal_web/esperimento-di-lory-sergio-stagnaro.htm
- 15) **Simone Caramel and Sergio Stagnaro** Quantum Biophysics Semeiotics and Psychokinetic Diagnostics. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp.pdf>
- 16) **Sergio Stagnaro.** Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2. <http://www.fcenews.it>, 19 novembre 2010. http://www.fceonline.it/images/docs/dna_diabete.pdf; http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/dna_t2dm.pdf
- 17) **Sergio Stagnaro.** Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilita' a Riposo e Dopo Il Test Di Secrezione Del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione Clinica della Insulino Resistenza 23 novembre 2010. <http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradiferrero.pdf>
- 18) **Sergio Stagnaro.** Insulin, Adipogenesis, Cancer: an intriguing relation! PLoS, 13 July 2009, <http://www.plosone.org/annotation/listThread.action;jsessionid=269333E6C38DAE33203F8590848855C0.ambra01?inReplyTo=info:doi/10.1371/annotation/1fc8961f-7e84-42d9-bcea-4443873cbf96&root=info:doi/10.1371/annotation/1fc8961f-7e84-42d9-bcea-4443873cbf96>
- 19) **Sergio Stagnaro.** Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilita' a Riposo e Dopo Il Test Di Secrezione Del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione Clinica della Insulino Resistenza 23 novembre 2010. <http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradiferrero.pdf>
- 20) **Simone Caramel, Marco Marchionni and Sergio Stagnaro.** 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>
- 21) **Sergio Stagnaro.** Lettera Aperta all'On Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute: l'Epidemia Diabetica è Figlia della Glicemologia. http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/43309-lettera_aperta_allon_beatrice_lorenzin_ministro_della_salute_lepidemia_diabetica_è_figlia_della_glicemologia.php
- 22) **Sergio Stagnaro.** Lettera aperta all'On. Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute. E' facile e non costoso fermare l'Epidemia Diabetica! M.V. Anno X – Nr 1040 del 15.01.2016. http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/44193-e_facile_e_non_costoso_fermare_lepidemia_diabetica.php
- 23) **Sergio Stagnaro.** Valutazione semeiotico-biofisica clinica della funzione della cellula beta-pancreatica mediante il picco acuto di secrezione del GH-RH . <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/valutazioneghrh.pdf>

- 24) **Sergio Stagnaro.** (2014). Ruolo centrale del Segno di Fossati nell'Endocrinologia Semeiotico-Biofisico-Quantistica. [sisbq.org](http://www.sisbq.org); <http://www.sisbq.org/ultimissime.html>
- 25) **Sergio Stagnaro.** LA VALUTAZIONE SEMEIOTICO-BIOFISICA-QUANTISTICA DELL'INTERSTIZIO. L'AMILOIDE INSULARE NELLA DIAGNOSI DEL DIABETE MELLITO TIPO I. [sisbq.org](http://www.sisbq.org), <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/amiloidesbq.pdf>
- 26) **Sergio Stagnaro.** Il Segno di Adezati-Giordano: I Cinque Stadi del Diabete Mellito tipo 2 riconosciuti in Dieci Secondi. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodiadezatiigiordano.pdf>
- 27) **Sergio Stagnaro.** Valutazione Clinica Semeiotico-Biofisico-Quantistica dei Prodotti Terminali della Glicosilazione Avanzata. [sisbq.org](http://www.sisbq.org), Libri e Articoli in italiano, <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/age.pdf>
- 28) **Sergio Stagnaro.** Riflesso Muscolo Scheletrico-Gastrico Aspecifico: Strumento Clinico affidabile nella Diagnosi di Diabete Mellito tipo 2 e Osteoporosi. [sisbq.org](http://www.sisbq.org), Libri e Articoli, <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/riflessomuscoloscheletrico.pdf>
- 29) **Sergio Stagnaro.** Il Segno di Artemisia: Il Diabete Mellito diagnosticato in un secondo a partire dal suo Primo Stadio di Reale Rischio Congenito, Dipendente dalla Costituzione Diabetica. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodiartemisia.pdf>
- 30) **Sergio Stagnaro.** Stagnaro's *Sign in detecting every gastrointestinal Disorder, even initial or symptomless. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/stagnarosign.pdf>
- 31) **Sergio Stagnaro.** I nodi elettro-magnetici cutanei SBQ: IL Segno di Stagnaro variante. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/nodiemcutaneisbq.pdf>
- 32) **Sergio Stagnaro.** Originale Diagnostica Clinica basata sull'inflammazione cronica secondaria al Rimodellamento Microcircolatorio, tipico dei Reali Rischi Congeniti. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/diagnosticaclinica_2015.pdf
- 33) **Sergio Stagnaro.** Costituzioni e Reali Rischi Congeniti Semeiotico-Biofisico-Quantistici. *Lectio Magistralis* Convegno EURODREAM. Hotel Michelangelo, Milano, 14 Dicembre 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=ACaONa3GLqk&feature=youtu.be>
- 34) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 35) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 36) **Sergio Stagnaro – Marina Neri Stagnaro** (2016) Microangiologia Clinica. a cura di Simone Caramel. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/microangiologiaclinicasbq2016.pdf>
- 37) **Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli.** L'Esperimento di Lory. Scienza e Conoscenza, N° 23, 13 Marzo 2008. <http://www.scienzaeconoscenza.it/articolo.php?id=17775>
- 38) **Sergio Stagnaro** (2016) Il segno di Lorenza nella diagnosi clinica dei cinque stadi del diabete mellito tipo 2 http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodilorenza_2016.pdf

39) Sergio Stagnaro - Marina Neri Stagnaro (2016) Microangiologia Clinica, a cura di Simone Caramel. <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/microangiologiaclinicasbq2016.pdf>

40) Sergio Stagnaro. **Il Glicocalice nella Diagnosi Semeiotico-Biofisico-Quantistica di Terreno Oncologico di Di Bella.** 15 febbraio 2011, <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/glicocaliceoncologico.pdf>; <http://www.fcenews.it>, <http://www.fceonline.it/images/docs/glicocalice oncologico valutazione.pdf>

41) Sergio Stagnaro. **Semeiotica Biofisica Quantistica del Reale Rischio Congenito Oncologico di Mielopatia. Ruolo Diagnostico del Glicocalice.** www.sisbq.org, 22, febbraio 2011, <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rrmielopatiaglicocalice.pdf>

42) Simone Caramel and Sergio Stagnaro **The role of glycocalyx in QBS diagnosis of Di Bella's Oncological Terrain** http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/oncological_glycocalyx2011.pdf

43) Sergio Stagnaro (2015). **Manovra di Repossi: Diagnosi Clinica di Osteoporosi ad iniziare dal Reale Rischio Congenito**
<https://sergiostagnaro.wordpress.com/2015/05/13/manovra-di-repossi-diagnosi-clinica-di-osteoporosi-ad-iniziare-dal-reale-rischio-congenito/>