

Sergio Stagnaro

**Semeiotica
Biofisica
Quantistica.
Diagnostica
Psicocinetica.**

"Questo volume è dedicato ai miei amici
Ivano Camponeschi, Simone Caramel e Luca Obertello,
che in modi diversi, ma tutti essenziali, hanno contribuito
alla diffusione della Semeiotica Biofisica Quantistica"

Prefazione.....	6
Introduzione	7
Appendice.	15
Semeiotica Biofisica Quantistica: senso e significato dell' Angiobiopatia	15
Cap.1	19
La Semeiotica Biofisica diventa Quantistica.	19
Cap. 2	27
Realtà Non-Locale in Biologia. Natura dei Riflessi Semeiotico-Biofisici.	27
SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA: REALTÀ NON-LOCALE IN BIOLOGIA.....	29
Cap.3	33
Pensare l'Impensato da Pensare. Bi-fasicità della Secrezione Ormonale.....	33
Meccanica Quantistica e Meccanismi d' Azione Ormonali.....	37
Problemi Endocrinologici sollevati dalla Semeiotica Biofisica Quantistica	37
L'impensato da pensare: una spiegazione quantistica	39
Cap. 4	42
Manovra di Lory nella Diagnosi Precoce e nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito. .	42
Breve Storia dell'Esperimento di Lory	46
LIMITI DELLA MEDICINA UFFICIALE. L'ESPERIMENTO DI LORY	48
ESPERIMENTO DI LORY E CRISI DEI FONDAMENTI DELLA MEDICINA OCCIDENTALE.....	51
Cap. 5	54
Semeiotica Biofisica Quantistica nella Diagnostica delle Malattie Epatiche.	54
Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia.	56
Cap. 6	60
La Semeiotica Biofisica diventa Quantistica.	60
SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA	62
Cap. 7	68
Valutazione della complessa Secrezione Ormonale con la Semeiotica Biofisica Quantistica. .	68
Semeiotica Biofisica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale.	72
Cap. 8	75
Valutazione dell'attivazione surrenalica spontanea: strumento diagnostico essenziale.	75
Semeiotica Biofisica Quantistica: Ruolo diagnostico della Manovra di Attivazione Surrenalica Jatrogenetica.....	79
Cap. 9	84
La Evidenza sperimentale Semeiotico- Biofisico-Quantistica corrobora l'Ipotesi del DNA- Antenna proposta da Paolo Manzelli.	84
Appendice.	88
Valutazione Clinica della Secrezione di Aldosterone con la Semeiotica Biofisica Quantistica	88
Cap. 10	93
Medicina Predittiva.	93
Il fondamentale errore della Medicina odierna.	93
Cap. 11	99
Il Test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina endogena nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito.	99
Una nuova via di lotta al diabete: il test dell'osteocalcina endogena.	101
Cap. 12	105
Nuovi Orizzonti Diagnostici della Semeiotica Biofisica Quantistica.....	105
Informazione nella Realtà non locale in Biologia.....	105
Nuovi paradigmi diagnostico-clinici.....	106

Appendice	110
REALE RISCHIO CONGENITO DI CANCRO RENALE : il Segno di Pollio*	110
Cap.13.	114
Semeiotica Biofisica Quantistica del Reale Rischio Congenito.	114
L'Esame obiettivo nella Medicina del terzo Millennio.	115
Valutazione clinica di alcune interessanti Attività Biologiche.	116
Presente e Futuro della Semeiotica Biofisica Quantistica.	118
Appendice.	123
Bedside Recognizing Lung Cancer Inherited Real Risk rather than IL-12 treatment.	123
Cap.14.	126
DIAGNOSTICA PSICOCINETICA, EVOLUZIONE DELLA SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA.	126
Realtà Non Locale e Realtà Locale nei Sistemi Biologici.	130
Semeiotica Biofisica Quantistica e Psicocinesi: una utile interazione.....	132
Evidenze Cliniche dimostrano la Diagnostica Psicocinetica.	133
Appendice.	137
Dall'Esperimento di Lory alla Diagnostica Psicocinetica. Ruolo fondamentale della Realtà Non Locale in Biologia.	137
Cap. 15	144
L'Esame obiettivo nella Diagnostica Psicocinetica.	144
Realtà Non Locale, fondamento della Diagnostica Psicocinetica.....	145
Il Principio ologrammatico nella corretta Interpretazione dei Segni raccolti.	146
La Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora la Psicocinesi.....	152
Diagnostica Psicocinetica, una Rivoluzione epocale.	154
La Forza della Mente è determinante nella Insorgenza dell' <i>Entanglement</i>	155
La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo.	157
Diagnostica Psicocinetica: Localizzazione e Valutazione volumetrica tridimensionale delle Neoformazioni tessutali in Sede profonda	159
Cap. 16	163
Valutazione Diagnostica Psicocinetica durante stimolazione e inibizione di singole attività dei sistemi biologici.	163
Valutazione dell'attività funzionale dei sistemi biologici, globale e distrettuale, con la diagnostica psicocinetica.....	169
Monitoraggio terapeutico nella biologia psicocinetica.	172
La Diagnostica Psicocinetica nella Lotta al Terrorismo Psicologico Jatrogenetico.	173
Cap. 17	179
Semeiotica Biofisica Quantistica: I Cinque Stadi della Storia Naturale del Diabete Mellito tipo 2. Possiamo finalmente iniziare la Prevenzione Primaria.....	181
Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito:.....	193
Nosografia e Patogenesi.....	193
Bibliografia	196
Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica	200
dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2.....	200
Introduzione.	203
Teoria del DNA Antenna ed Endocrinologia Semeiotica Biofisica Quantistica	203
Ruolo centrale della <i>Vasomotility</i> nella Valutazione della Sensibilità dei Recettori insulinici.	205
Bifasicità dell' Azione Insulinica in Fisiologia nella Costituzione Diabetica e nel Reale Rischio Congenito di Diabete Mellito.....	208
Dimostrazione della Stimolazione Quantica del Recettore Insulinico della Cellula Muscolare nella Prima Fase di Azione Ormonale	209

Conclusioni	209
Siniscalchi's Sign*. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus.....	213
Introduction.....	213
The war against diabetes: State of the Art.	213
The "screening" of Diabetes Mellitus is not synonymous of Primary Prevention	215
The five Stages of Type 2 Diabetes Mellitus.....	216
Siniscalchi's Sign.....	218
Conclusions.....	218
References.....	220
Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilità a riposo e dopo il <i>test</i> di Secrezione del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione clinica della Insulino-Resistenza.....	224
Introduzione	224
Descrizione del Metodo	224
Valutazione della Insulino-Resistenza mediante la Manovra di Ferrero-Marigo	225
La Vasomotilità in Fisiologia e nella Ridotta Sensibilità dei Recettori insulinici.....	226
Discussione e conclusione	227
Bibliografia	228
PLOS-Biology, Response:	233
New intelligibility of Nature, according to Paolo Manzelli.....	233
Diagnostica Psicocinetica regressa e progressa. Il Futuro della Medicina.	236

“Le nuove teorie non si affermano quando ci sono le dimostrazioni,
ma quando i professori vanno in pensione”

Albert Einstein

Prefazione.

L'inizio della Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora l'essenza della Teoria delle Catastrofi, nata negli anni '60 del secolo scorso ad opera specialmente di René Thom. Questa teoria è denominata "Teoria delle singolarità e teoria delle catastrofi", almeno nella versione cosiddetta "elementare", riconosciuta dai matematici di tutto il mondo e collocata nel *Mathematics Subject Classification 2000*, nella sezione 58Kxx,.

Come sempre accade di fronte alle nuove teorie, l'aspetto sicuramente più controverso della "teoria delle catastrofi" è stato quello relativo alle sue applicazioni, generando un intenso dibattito protrattosi fino alla metà degli anni '80. In seguito l'interesse per tale teoria è andato in parte scemando.

Detto brevemente, una particolare forma per poter essere individuata deve essere stabile: piccole perturbazioni non ne devono modificare le caratteristiche essenziali. Come dire che anche le forme hanno una loro dinamica, mostrando sia domini di stabilità sia situazioni in cui piccole modifiche provocano grandi effetti, processi studiati dalla morfogenesi e dalla teoria del caos. I rapidi ed intensi mutamenti di forma sono denominati *catastrofi* (dall'etimo greco, girare in giù, cambiamento, rovesciamento).

Non è facile addentrarsi nel complesso e controverso mondo delle applicazioni della teoria delle catastrofi, di cui siamo debitori, in realtà, al matematico inglese Christopher Zeeman: la catastrofe che più ha avuto successo nelle applicazioni è nota come cuspide.

Per quanto riguarda la nascita della Semeiotica Biofisica Quantistica, il mio incontro con il Prof. Paolo Manzelli, un innovatore nel campo della teoria della conoscenza, è stato determinante, rivelandosi il momento magico (cuspide) in cui la meccanica quantistica e la sua evoluzione hanno influenzato in modo singolare, radicale, ineffabilmente fertile, la crescita della Semeiotica Biofisica. Pertanto, un ringraziamento sincero all'amico Paolo Manzelli,

Ancora una volta ricordo, con sincera gratitudine, il Prof. Alfredo Obertello, mio Maestro di Vita, per lunghi anni Presidente dell'Accademia Ligure di Scienze e Lettere, che "ha voluto", con la sua ineffabile determinazione e la costitutiva tenacia, frutto di onestà intellettuale e lungimiranza, la pubblicazione del primo lavoro sulla Percussione Ascoltata negli Atti della Accademia stessa nel 1978; il Prof. Luca Obertello, amico fraterno, già docente di Storia della Filosofia Medioevale all'Università di Genova, mio dotto epistemologo, che per oltre mezzo secolo mi ha sostenuto con inesauribile entusiasmo, pazienza e critica costruttiva; il Prof. Sergio B. Curri, già docente di Biologia Molecolare all'Università di Milano, uno tra i massimi studiosi mondiali del microcircolo e della microcircolazione, "unico colpevole" del mio amore per la ricerca in un campo che, attraverso la **Semeiotica Biofisica**, ha portato alla fondazione della **Microangiologia Clinica**, successivamente alla nascita della **Semeiotica Biofisica Quantistica**, esitata naturalmente nella **Diagnostica Psicocinetica**; il dott. Giovanni Venezia, giornalista e già Direttore del sito www.ilpungolo.com, amico e mio Mentore carissimo, prodigo di saggi consigli, sia nella sua vita terrena sia dal "giusto ozio dei cieli", dove ora riposa; il mio prezioso amico-editore, dott. Ivano Camponeschi, inesauribile nel sostenermi nei periodi di scoraggiamento e primo artefice della diffusione della Semeiotica Biofisica Quantistica.

“Per Amore Ti ho cercato,
mio Signore,
e ti ho incontrato nella bellezza frattalica
dei mitocondri”

Introduzione

La Semeiotica Biofisica Quantistica nasce nel 2007, esattamente all'inizio di novembre, quando mi giunse da Firenze una e-mail, tanto inattesa quanto gradita, la prima di una lunga serie che continuerà fino a quando “la luna non si spenga”. La lettera mi fu inviata da una persona singolare per la vasta cultura, l'eccezionale intelligenza, l'originalità di pensiero e l'insuperabile capacità espressiva, tali da permettergli di illustrare con esemplare chiarezza ermeneutica concetti certamente non facili.

Non conoscevo il Prof. Paolo Manzelli, già Docente di Chimica all'Università di Firenze e attuale Direttore di LRE/EGO-CreaNet, con sede presso il Dipartimento di Chimica di quella bellissima città. Nella prima e-mail mi comunicava di aver notato, con comprensibile piacere, che nei miei articoli consideravo i microvasi strutture deputate a fornire ai relativi parenchimi “materia-energia-informazione”, la Triadica Forma di Energia che lo ha reso giustamente famoso nel mondo, ma che fino ad allora io non conoscevo affatto (V. Appendice). Senza che lo sapessimo, ci univa un comune sentire, una comune *Weltanschauung*.

Infatti, anch'io non ho mai considerato la Realtà costituita soltanto da Materia-Energia, secondo la comune interpretazione einsteiniana, accettata dalla maggioranza degli scienziati. Per meglio dire respingevo, inadeguata com'è a fornire soddisfacenti spiegazioni alle mie scoperte, una visione della Realtà fondata su due sole forme di Energia, Energia-Materia ed Energia Vibratoria, avvertendo la necessità di una terza componente: l'Energia-Informazione. Ero convinto, e tale sono rimasto, che prima del Big-Ban c'era Energia-Informazione, cioè pura energia.

Anche se si trattava di una convincente intuizione, che non mi ha mai abbandonato, non possedevo le necessarie conoscenze per dare una struttura logica all'intuizione, derivandone poi una teoria scientifica, in grado di spiegare ottimamente i fenomeni che ogni giorno osservavo clinicamente.

Questa condivisa visione del mondo ha consigliato fortunatamente a Paolo Manzelli di contattarmi per un possibile dialogo, rivelatosi poi fecondo di teorie, ricerche cliniche e articoli scritti con la sua collaborazione, culminato nella fondazione della Semeiotica Biofisica Quantistica, a coronamento di numerose e-mail e telefonate che hanno ampliato i limiti del mio sapere.

Prima della fine del 2007, con la preziosa ed indispensabile collaborazione del prezioso amico, su questo argomento avevo scritto e pubblicato sei articoli, “colonna vertebrale” di questa Monografia che chiaramente dimostra come i confini del dominio dell'originale metodo diagnostico sono ben lontano dall'essere stati raggiunti, come ho sempre pensato (V. *Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico*).

Una corrispondenza datata “Thursday, December 06, 2007 12:25 PM”, è assai illuminante per la comprensione della evoluzione in senso quantistico della Semeiotica Biofisica. L'amico Paolo mi scriveva:

“Ricordo ancora che se introduciamo nella Conservazione della Energia Totale la Energia di Informazione "EI" (Relativa alla Forma e quindi ad es. alle superfici), sommandola a quella "EM" codificata come Materia (BULK senza forma), ed inoltre alla energia vibrazionale "EV", si ha che $EI + EM + EV = \text{COSTANTE}$. Pertanto essendo le variazioni (W) di una Costante per definizione uguali a Zero, abbiamo che $W (EI + EM + EV) = 0$.

Da cui si ricavano tre possibilità:

+ W EI = -W EM -W EV (Nel quadro Biologico questa e quella più funzionale); + W EM = - W

$EV - W EI$ (Qui cresce la Massa, per esempio: in un buco nero); $+ W EV = - W EM - W EI$ (Qui cresce la energia libera, per esempio: nelle stelle)

Le tre relazioni suddette evidentemente appartengono alla medesima equazione e quindi esse agiscono come formulazioni complementari, derivanti dallo stesso assioma definito mediante la estensione alla codificazione della "Energia di Informazione" EI, nella conservazione della energia totale. Come conseguenza di tale necessaria estensione determinata dalla inclusione del soggetto della osservazione del mondo, in quanto capace di elaborare informazione quantizzata (fotoni nel caso della osservazione visiva; fononi, nel caso della udibilità ed più in generale (...ons) nel caso di altre attività sensoriali ed extra sensoriali), allora ci imbattiamo in tre differenti composizioni del quadrivettore Spazio-Tempo, che ora comprende univocamente sia il soggetto che l'oggetto della percezione, definendo una nuova dimensione BIO-FISICA della Scienza. Quindi le tre Formulazioni invece di rispondere ad una unificata teoria lineare nella dimensione del tempo, va a rispondere ad altre condizioni di contemporaneità tra passato, futuro e presente, che concorrono ad una più elevata intelligibilità della evoluzione della natura nella sua complessità energetica e materiale nonché di condivisione di informazione. (Per inciso molto spesso tale impostazione cognitiva è stata intuita più dall'arte contemporanea che dalla scienza.) A mio avviso, la base di una teoria BIO-FISICA QUANTISTICA (relazionata a criteri che tendono oggi a correlarsi sia all'arte che alla scienza), conduce a includere nell'atto della osservabilità sia il soggetto che l'oggetto della percezione, non separando arbitrariamente l'osservatore dall'osservato. Infatti, così facendo la Scienza tradizionalmente si riduce ad un limitato intendere e descrivere i fenomeni visti solo nel quadro cognitivo della meccanica classica ed anche quantistica.

Infatti, in tal guisa si astrae la realtà dall'osservatore rendendo oggettiva la elaborazione di informazione cerebrale, così da riuscire a definire per vera, la costruzione fittizia di una visione esternalizzata ed oggettiva (OUT-SIDE), che di fatto è prodotta da una elaborazione cognitiva interiorizzata (INSIDE), che di per se stessa è evolutiva perchè elaborata nella realtà cerebrale dell'osservatore che creativamente si adatta all'ambiente in continua trasformazione.

Pertanto i due fenomeni di 1) LOCALIZZAZIONE nello spazio in una dimensione lineare e continua della successione temporale e quello di 2) NON-LOCALITA', cioè di simultaneità degli eventi in una sezione bidimensionale dello spazio, rappresentano due differenti livelli della realtà percepibile nel nostro ambiente.

Ancora diverso è il caso in cui il Quadrivettore Spazio Tempo inverte la struttura EUCLIDEA (3D.S + 1.T) In tale inversione al posto della DISCONTINUITA' della Spazio, dove ciascun punto reale è definito da tre coordinate spaziali (XYZ), in una dimensione CONTINUA della successione TEMPORALE (3D.S + 1.T), si ha che lo scorrimento degli eventi in una unica dimensione dello spazio, viene definito tramite un sistema spazio temporale che ha continuità di punti nello spazio e una discontinuità delle tre dimensione del tempo (passato, futuro e presente) (3D.T + 1D.S), linee di tempo che divengono convergenti nel definire la reale dimensione dell'istante. Il SETTORE DUALE nello SPAZIO e NEL TEMPO e quello definibile come di PURA ENERGIA di INFORMAZIONE (2D.S + 2D.T), essendo composto da un BIT di dimensioni Spaziali ed un BIT di Dimensioni Temporal. Tale settore è di fatto quello che permette la transizione tra la dimensione Euclidea a quella in cui le componenti strutturali dello Spazio e del Tempo vengono simmetricamente invertite nei due possibili domini estremi, permessi dalle permutazioni della matrice del Quadrivettore Spazio-Tempo. Resta evidente che la triade delle diverse dimensioni spazio-temporali corrispondono nel loro complesso alla stessa somma della energia totale, pertanto agiscono con modalità differenziate, ma esattamente complementari sulla base del criterio fondante che dice che la energia non si crea ne si distrugge nell'Universo.

E quindi ovvio che quest'ultima concezione è assiomatica e quindi vale sia per la visione unitaria dello spazio tempo Locale, dove EI non è ancora definita come forma essenziale di Energia, la quale non può essere trascurata trattando della BIO-FISICA QUANTISTICA, perchè quest'ultima

richiede di interpretare la vita superando le limitazioni delle precedenti concezioni meccaniche, per le quali la finzione di una oggettività dell'osservazione del mondo esterno, determina una netta separazione nelle logiche epistemologiche tra scienza ed arte, ed inoltre genera tutta una serie di insormontabili paradossi e di limitate interpretazioni sull'effettiva complessità fisica, fisiologica e psicologica della vita. Spero con queste note che il nucleo di quanto vado pensando, e proponendo, possa essere ampiamente condivisibile proprio in quanto spero permetta nuove applicazioni interpretative di tutto ciò che è vitale e creativo nella scienza e nell'arte.

Saluti,
Paolo”.

Il contenuto della e-mail si rivelò illuminante per me alla ricerca di spiegazioni di eventi semeiotico-biofisici che non avevo trovato prima.

Infatti, non era possibile trovare risposte a domande inquietanti relative alla spiegazione di fatti osservati negli anni e decenni precedenti con lo strumento semeiotico-biofisico, come vedremo di seguito, restando nella visione del mondo ormai superata, magistralmente denunciata da P. Manzelli.

Immediatamente risposi all'amico:

“Caro Paolo,

ancora una volta – anche se con non poca difficoltà – ti ho seguito con la MERAVIGLIA che ha spinto l'uomo a filosofare. Vorrei:

A) che mi segnalassi la tua Bibliografia essenziale per il mio scritto da mandare all'amico Giovanni Venezia, Direttore del sito web www.ilpungolo.com dal titolo (consigliami tu...) “ Versione Semeiotico-Biofisica Quantistica delle tre *forme di Energia* sec. P. Manzelli". Oppure?

B) $+ W_{EM} = -W_{EV} - W_{EI}$ dove cresce la Massa (per la tua “cosmogonia” i buchi neri...ma per la mia... i metaboliti non utilizzati "momentaneamente" nella catena respiratoria del sano durante il test dell'apnea, che “attirano” bloccando l'ingresso di ac. Piruvico nel Ciclo di Krebs! Fisiologicamente, come tu dici, è presente la prima variazione: $+ W_{EI} = -W_{EM} - W_{EV}$ Infine la terza variante: $+ W_{EV} = - W_{EM} - W_{EI}$ dove cresce la energia libera (per te le stelle). Al contrario, io la vedo in patologie mitocondriali che disperdono in calore l'energia, a causa del disaccoppiamento tra respirazione mitocondriale e sintesi di ATP.

Che te ne pare?

Un abbraccio.

Sergio”.

Erano poste così le basi della Semeiotica Biofisica Quantistica, che, facile previsione, rivoluzionerà l'esame obiettivo della futura Medicina, rendendolo più rapido nella pratica applicazione e assai più ricco di dati raccolti, finora impensati considerandone l'affidabilità, il valore e la natura biologico-molecolare. Si pensi ai progressi epocali della Diagnostica Psicocinetica, nata dalla Semeiotica Biofisica Quantistica.

Per corroborare quanto sopra affermato riferisco un solo esempio paradigmatico: nei soggetti positivi per il Terreno Oncologico, ancorché “residuo” dopo opportuna terapia oppure da sempre “latente”, simultaneamente alla pressione “intensa”, di durata istantanea, cioè brevissima, applicata sopra i *trigger-points* di un solo centro neuronale diencefalico (epifisi, SST-RH, GH-RH, TSH-RH), si osserva simultaneamente il riflesso gastrico-ascpecifico, assente nel sano.

Per poter ottenere un simile risultato finora era necessario valutare la durata (NN inferiore a 4 sec.) del riflesso diencefalo-gastrico aspecifico, il suo preconditionamento, la valutazione della vasomozione locale, la ricerca dei Dispositivi Endoarteriolarli di Blocco neoformati-patologici, tipo

I, sottotipo b), aspecifici, nelle locali piccole arterie, secondo Hammersen, prolungando l'indagine almeno per un minuto in caso di Terreno Oncologico "residuo" oppure "latente".

Gli aspetti pratici della Semeiotica Biofisica Quantistica si possono facilmente comprendere, come si legge alla URL <http://www.wbabin.net/comments/stagnaro.htm>, dove sono riferiti brevemente esempi paradigmatici: diverticolite acuta in un marinaio al lavoro lontano dalla terra ferma, oppure appendicite acuta in un paziente abitante sui monti, lontano da centri medici.

Sulla base dei dati semeiotico-biofisico-quantistici, raccolti via radio o con un telefonino, potrà essere deciso dal medico in ascolto la migliore soluzione del problema. Con la nascita della "Tele-Diagnosi Semeiotico-Biofisica Quantistica", sarà radicalmente modificato e certamente migliorato e reso meno dispersivo il lavoro delle varie Guardie Mediche, che provvedono oggi alla Medicina d'Urgenza su tutto il territorio nazionale.

Dal punto di vista epistemologico, una nuova teoria, nel nostro caso quella semeiotico-fisica, per essere accettata dalla classe medica mondiale deve necessariamente essere più valida e fornire un numero maggiore di informazioni della precedente, che tra l'altro ha superato molti controlli nel corso del tempo (1-10).

Di seguito sono elencati alcuni dei principali motivi che giustificano l'importanza della conoscenza della Semeiotica Biofisica Quantistica da parte dei medici (11-21).

- 1) La Semeiotica Biofisica Quantistica permette di riconoscere, clinicamente ed in un solo secondo, il Terreno Oncologico, anche se "latente" o "residuo" (1), che rappresenta la *conditio sine qua non* dei tumori maligni, solidi e liquidi. Il Terreno Oncologico è la linea di demarcazione, tracciabile con un fonendoscopio, che divide nettamente la popolazione fin dalla nascita dei singoli in rapporto alla possibilità della oncogenesi. La conoscenza sia di questa predisposizione ai tumori, geneticamente diretta e trasmessa quasi sempre mediante la madre, sia del conseguente "reale rischio" oncologico congenito rende possibile e facilita la selezione dei soggetti con terreno oncologico, permettendo di riconoscere la esatta sede del loro reale rischio congenito, valutato quantitativamente, fondamento della prevenzione primaria del tumore, applicabile clinicamente e razionalmente in "tutta" la popolazione predisposta a questa patologia. Infatti, gli individui da arruolare nella prevenzione primaria possono essere finalmente selezionati in modo obiettivo, evitando di esporre la gran parte della popolazione (circa il 65%) ad inutili e costose indagini, oggi sempre condotte parzialmente e in modo non adeguato, esitando in enormi spese per il SSN e causando gravi ed evitabili preoccupazioni per gli esenti da terreno oncologico e/o da reale rischio oncologico congenito, condizione da me definita "TERRORISMO PSICOLOGICO JATROGENETICO". Sono ben noti, infatti, i miseri risultati ottenuti e gli alti costi dell'attuale prevenzione primaria del cancro (2).
- 2) La Semeiotica Biofisica Quantistica rende possibile, rapida ed agevole la diagnosi delle varie costituzioni, tra cui quelle "dislipidemiche" e "diabetiche", *conditio sine qua non* del diabete mellito tipo 2, che rappresenta il 95% circa di tutti i casi di diabete. Una efficace prevenzione primaria del diabete mellito tipo 2, nei soggetti a reale rischio congenito, è oggi clinica, fondata sulla dieta, etimologicamente intesa, e sull'uso di farmaci istangioprotettori, attivatori dei PPARs, come la Melatonina (3, 4, 5, 10).
- 3) La Semeiotica Biofisica Quantistica permette di riconoscere in pochi secondi la Sindrome Pre-Metabolica, classica e variante, la seconda *conditio sine qua non* della litiasi (1), che fa seguito alle varie costituzioni e ai relativi "reali rischi congeniti" (diabetica, dislipidemiche, ipertensiva, gottosa, osteoporotica, etc.) e precede di anni o decenni la Sindrome Metabolica, classica e variante, che può esitare nelle note patologie metaboliche e cardiovascolari, oggi diventate vere epidemie (1, 3, 5, 6-8) (V. www.semeioticabiofisica.it Pratiche Applicazioni, 6 lavori Diabete Mellito). La Sindrome Pre-Metabolica rappresenta

il “locus” della Prevenzione Primaria, attuabile oggi su vastissima scala in individui razionalmente selezionati.

- 4) La Semeiotica Biofisica Quantistica rende possibile in modo rapido e quantitativo il riconoscimento clinico dei livelli tissutali di importanti citochine prodotte dal tessuto adiposo, come l’Adiponectina e la Leptina, che, attraverso la stimolazione dei PPARs, svolgono un ruolo di primaria importanza nel metabolismo glico-lipidico e nell’aterogenesi (<http://www.semeioticabiofisica.it>, Pratiche Applicazioni). Ne consegue che oggi il medico può monitorare con un semplice fonendoscopio lo stato metabolico-endocrino di un individuo in modo obiettivo, rapido e ripetibile secondo bisogno mediante la valutazione dell’attività biologica di numerosi substrati: ormoni, citochine, neurotrasmettitori, etc. (Bibliografia nel sito www.semeioticabiofisica.it, Pratiche Applicazioni).
- 5) La Semeiotica Biofisica Quantistica consente la diagnosi tempestiva ed estremamente rapida di numerose malattie, tra cui l’appendicite (9), agevolando l’*iter diagnostico* e riducendo la spesa sanitaria, per esempio, evitando inutili ricoveri ospedalieri e l’eccessivo ricorso al laboratorio ed al dipartimento delle immagini (11-21).
- 6) Un argomento centrale a favore dell’importanza della conoscenza della Semeiotica Biofisica Quantistica da parte dei medici di tutto il mondo è rappresentato dalla possibilità di escludere in un secondo una patologia, sia potenziale sia in atto (= assenza del reale rischio congenito), indipendentemente dalla sua natura. Infatti, l’assenza del riflesso gastrico aspecifico “simultaneo” alla stimolazione “intensa” di un singolo trigger-point, per esempio, della tiroide, permette al medico di affermare che l’esaminando non soffrirà sicuramente di alcuna delle comuni patologie della tiroide nel corso della sua vita. Analogamente, in assenza del reale rischio congenito di CAD, il medico è autorizzato a prevedere che non insorgerà la cardiopatia ischemica, anche in presenza dei noti “fattori di rischio”, di cui oggi se ne contano ben 300! (22-24). L’applicazione da parte dei medici della Semeiotica Biofisica Quantistica sarà un evento epocale, il cui ruolo sia diagnostico sia preventivo si è già rivelato di essenziale valore, trasformando favorevolmente l’attuale esame obiettivo, destituito di qualsiasi valore perchè fondato su una semeiotica fisica realmente di scarsa efficacia.
- 7) La Semeiotica Biofisica Quantistica permette di realizzare la **Diagnosi Psicocinetica**, impiegando soltanto un telefono come strumento di comunicazione tra il medico ed il malato (11, 12, 14, 17).

Da quanto sopra riferito si comprende il mutamento epocale nell’assistenza a pazienti che, specialmente in favore di coloro che vivono e lavorano in mare o sui monti.

In conclusione, i medici devono ormai rendersi conto che oggigiorno esistono due differenti Medicine, la accademica, tradizionale, dipendente dal Laboratorio e dal Dipartimento delle Immagini (Medicina di Marte) e la nuova (Medicina di Venere), basata sul fatto che nei sistemi biologici e nei relativi microvasi, regolati dal caos deterministico, accanto alla realtà locale esiste la realtà non locale (11-21).

In precedenza, con l’aiuto della Semeiotica Biofisica, originata dalla vecchia percussione ascoltata, in un primo tempo ho descritto l’unità microvascolotessutale come un sistema intensamente caotico-deterministico in condizioni fisiologiche. Infatti, in una ormai vasta letteratura, ho sottolineato il significato biologico del caos microvascolare, vasomotility e vasomotion, e il suo ruolo centrale nella diagnostica, in accordo alla teoria dell’Angiobiopatia (1-8) (<http://www.semeioticabiofisica.it>).

Recentemente, dal Novembre 2007, ho utilizzato la fisica quantistica nello studio dei sistemi biologici (25).

Nel sano, appare interessante la possibilità di analizzare clinicamente fluttuazioni microvascolari irregolari, imprevedibili, utili ed affidabili in tutti i tessuti, mediante un gran numero di riflessi, prima sconosciuti ed il cui meccanismo d'azione è stato chiarito dalla fisica quantistica.

Al contrario, il lento o rapido apparire di oscillazioni microvasali regolari, prevedibili, dimostra un tipico disordine patologico, cronico o rispettivamente acuto. In una esperienza clinica di 52 aa., questa valutazione clinica ha dimostrato di essere, al letto del malato, uno strumento utile ed affidabile nella diagnostica, prevenzione, monitoraggio terapeutico e nella ricerca (1-25).

Bibliografia

1. **Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004.

http://www.travelfactory.it/semieiotica_biofisica.htm

2. **Stagaro S., Stagnaro-Neri M.,** La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del "Reale Rischio" Oncologico. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004

3. **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semieiotica_biofisica.htm

4. **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory SRL., Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semieiotica_biofisica.htm

5. **Stagnaro S.** Pivotal role of Biophysical Semeiotic Constitutions in Primary Prevention.

Cardiovascular Diabetology. 2003, 2:1,

<http://www.cardiab.com/content/2/1/13/comments#5753>

6. Sergio Stagnaro Biophysical Semeiotic Constitutions, Genomics, and Cardio-Vascular Diseases. *BMC Cardiovascular Disorders* 2004, <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/20/comments#95454>

7. **Stagnaro Sergio.** Bed-Side Evaluating Breast Cancer Real Risk. *World Journal of Surgical Oncology*. 2005, **3**:67doi:10.1186/1477-7819-3-67.

8. **Stagnaro Sergio.** Bedside Assessing ANS, RAAS, and IIR: a complex Relation to type 2 Diabetes. *Cardiovascular Diabetology*, 15 November 2005.

<http://www.cardiab.com/content/4/1/15/comments#215501>

9. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.,** Appendicite. *Min. Med.* 87, 183 [Medline]

10. **Stagnaro Sergio** [Biophysical-Semeiotic Bed-Side Evaluating PPARs Activity in Metabolic Syndrome.](#) *Cardiovascular Diabetology*. (19 September 2005)

<http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488>

11. **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>

- 11) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Congenito di Cancro Renale Diagnosticato con la Semeiotica Biofisica: il Segno di Pollio. www.ilpungolo.com, 25 Marzo 2008, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5480&IDS=13>
12. **Stagnaro Sergio.** Il Cammino della Medicina : Semeiotica Biofisica Quantistica.Mutazioni Genetiche E Disfunzioni Dei Sistemi Biologici. www.ilpungolo.com, 30 Aprile 2008, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5548&IDS=13>
13. **Stagnaro Sergio.** Melanoma? Escluso in 1 Secondo con La Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Reale Rischio Congenito di Melanoma. www.ilpungolo.com, 9 Aprile 2008, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5524>
14. **Stagnaro Sergio.** Diagnosi clinica di cuore sano in un secondo! 7 Aprile 2008. www.fce.it
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1218&Itemid=47
15. **Stagnaro Sergio.** Non Local Realm. Response to Selection for Social Signalling Drives the Evolution of Chameleon Colour Change. (01 February 2008). www.plos.com,
<http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pbio.0060025>
16. **Stagnaro Sergio.** Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi Precoce e Rapida di Metastasi Ossee 15 Gennaio 2008. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5308> 2008
17. **Stagnaro Sergio.** La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica. www.fce.it 02-05-2008,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47 2008
18. **Stagnaro Sergio.** Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17
<http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
2008
19. **Stagnaro Sergio.** Bedside recognizing Inherited CAD Real Risk. www.natura.com 21 May, 2008. <http://network.nature.com/forums/pmsgs/1587?page=1#reply-4262>
20. **Stagnaro Sergio.** Bed-Side Biophysical-Semeiotic Evaluation of Thyroid Dysfunction in Cardiology. *Ann Int Medic.* 21 May, 2008, <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200806030-00225v1> 2008
21. **Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo.** Semeiotica Biofisica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it, 29 maggio 2008,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 22) **Stagnaro Sergio.** Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture*, V Virtual International Congress of Cardiology. 2007.
<http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 23) **Stagnaro Sergio.** Overlooking CAD Inherited Real Risk CAD Occurrence Will Continue! *Medical News Today*, 2008.
<http://www.medicalnewstoday.com/youropinions.php?opinionid=32629>

24) **Stagnaro Sergio**. Bedside evaluation of cad biophysical-sembiotic inherited real risk under nir-led treatment. www.melatonina.it, 2008. <http://www.melatonina.it/articoli/55-2008-09-01.html>

25) **Sergio Stagnaro**. La Medicina Occidentale: un Gigante dai Piedi d'Argilla. 4 Gennaio. 2010, www.fce.it, <http://www.fceonline.it/images/docs/gigante.pdf>

Appendice.

Semeiotica Biofisica Quantistica: senso e significato dell'Angiobiopatia

Sergio Stagnaro

Questo articolo, pubblicato il 6 giugno 2008 nel sito di informazione dei progressi della Medicina www.fce.it, alla URL

http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=category§ionid=7&id=15&Itemid=47 illustra in modo efficace i rapporti di natura strutturale e funzionale esistenti tra i vari parenchimi e relative unità microvascolotessutli. Su questa teoria è fondata la Semeiotica Biofisica Quantistica. In un messaggio inserito nel Blog da me curato nel sito de *Il Resto del Carlino*, in data 3 gennaio 2010, ho scritto: "E' noto che contro l'affermazione molto gettonata di Wittgenstein, "su ciò di cui non si può parlare si deve tacere", Adorno sostiene come compito e sfida della filosofia, proprio l'indagine intorno a ciò di cui non si può parlare, intendendo mostrare il carattere antifilosofico della famosa sentenza wittgensteiniana contenuta nel "Tractatus".

La Teoria Semeiotica Biofisica Quantistica della Angiobiopatia dimostrerebbe che i Medici e i piloti dei mass-media Italiani, a differenza di quelli stranieri, sono dei seguaci di Wittgenstein piuttosto che di Adorno.

Detto altrimenti, non sapendo andare oltre un vuoto nominalismo, per quanto concerne il nuovo concetto della Angiobiopatia, in Italia Medici e divulgatori dei progressi scientifici preferiscono il silenzio, in questo caso politicamente corretto!

In realtà, microcircolo e microcircolazione recitano un ruolo di primo piano nella Semeiotica Biofisica Quantistica, divenuta Quantistica dal Novembre 2007. In realtà, le dinamiche caotico-deterministiche dei sistemi biologici nelle tre zone, Zona Bianca, Zona Grigia e Zona Nera (1-5), sono provocate dalle analoghe oscillazioni delle singole strutture delle unità microvascolotessutali relative (6-10).

Dal punto di vista concettuale, le problematiche riguardanti il microcircolo e la microcircolazione tessutale, si comprendono e si analizzano nel migliore dei modi se si pensa, per analogia, alla mappa stradale di una città o paese: dalla circonvallazione iniziano ampie strade a senso unico, differenti per numero, dirette verso il centro. Le strade principali, a doppio senso, gradatamente vanno restringendosi fino a diventare viuzze, vicoli, carruggi o 'creuze de ma', come in Liguria. Nella struttura vascolare, le strade più ampie corrispondono ai "vasa publica" di Ratschow, mentre le più piccole, sotto 100 micron, rappresentano per analogia i "vasa privata", che partecipano alla formazione dell'unità microvascolotessutale (11). Naturalmente, il "ritorno" è assicurato dai micro- e macro-vasi venosi e dai linfatici.

La Teoria dell'Angiobiopatia

Per la prima volta "clanicamente" (V. <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it>), grazie alla teoria dell'Angiobiopatia è stato realizzato lo studio biologico-molecolare dell'attività parenchimale sia di base sia sotto l'azione di numerosissime sostanze nei sistemi biologici, completandolo con la indagine condotta durante prove dinamiche, assai ricche di informazione. Questa teoria semeiotico-biofisico-quantistica completa assai utilmente la teoria della Angiobiotopia, suggerita da F. Tischendorf, geniale studioso dell'anatomia dei microvasi, amico e collaboratore del mio Maestro di Microangiologia-Microcircolazione, S.B. Curri. Secondo l'Angiobiopatia un determinato parenchima è fornito di uno specifico sistema microvascolotessutale, assai complesso dal punto di vista sia strutturale sia funzionale, frutto di una auto-organizzazione avvenuta nel corso dell'evoluzione.

In realtà, l'anatomia dell'unità microvascolotessutale di un tessuto può mutare nell'ambito dello stesso apparato per motivi anche fisiologici, correlata costantemente con particolari situazioni funzionali dei tessuti locali, come accade nella microcircolazione cutanea dell'arto inferiore.

La definizione tischendorfiana di Angiobiotopia riferita alla Zona Bianca (Salute), predilige l'aspetto anatomico e "funzionale", ed è stata completata dalla Angiobiopatia, che sottolinea le correlazioni parenchimo-microvasali nelle condizioni pre-morbose, Zona Grigia ("locus" della prevenzione primaria), e nelle varie malattie, Zona Nera, come ho illustrato ampiamente in precedenti lavori (1-5). Detto altrimenti, tra parenchima e relativo sistema microvascolare è presente costantemente una correlazione sia anatomica sia funzionale, valutabile *bedside* non soltanto in condizioni fisiologiche ma anche – fatto importante – pre-patologiche e patologiche, come dimostra l'evidenza clinica e sperimentale.

A questo punto, riflettiamo sull'analogia sopra riferita, per comprendere nei particolari queste conoscenze, in realtà fondamentali per la **Microangiologia Clinica**. Pensiamo al rapporto esistente tra le case di un paese o di un quartiere e le locali strade, vie, vicoli, incluse le sotterranee tubature dell'acqua, gas, etc., che consentono l'apporto di materiale-energia-informazione necessari per la vita degli abitanti e provvedono all'allontanamento dei dannosi rifiuti, tutti eventi di essenziale importanza per la sopravvivenza dei residenti (12-20). Proseguiamo ancora con l'aiuto della stessa analogia per spiegare un concetto fondamentale nella Semeiotica Biofisica Quantistica: dal movimento delle varie merci, alimenti, stoffe, giornali, libri, ecc., e dal fluire dell'acqua potabile e dell'acqua nera, di scarico e fognaria, di una limitata area cittadina è possibile ottenere precise informazioni sulla cultura, intesa in senso lato, di una comunità e sul modo di affrontare i vari problemi esistenziali.

Pertanto, il lettore facilmente comprende che il modo di essere e di funzionare dei microvasi tessutali, inclusi i vasa vasorum (11), studiati ora anche con la **Microangiologia Clinica**, utilizzando il fonendoscopio (6-10) (www.semeioticaBiofisica_Quantistica.it/microangiologia), informa sul modo di essere anatomo-funzionale del sistema biologico corrispondente, oggetto di studio del medico.

Nel sano, le oscillazioni sia macro- sia micro-vascolari sono caotico-deterministiche, cioè a dire, apparentemente imprevedibili, stocastiche, mostrando una intensità (0,5 – 1,5 cm., misura convenzionale) e durata dei cicli (oscillante tra 9 e 12 sec.), ma regolate, in realtà, da un ordine superiore, che le vincola all'interno dell'attrattore strano nello spazio delle fasi e consente di valutarle mediante modelli matematici propri della fisica non-lineare (1-10). Da quanto precede, deriva che la **Microangiologia Clinica**, fondata sui dati ottenuti con l'originale semeiotica fisica, permette al medico di raccogliere, per la prima volta clinicamente, preziose informazioni sul modo di essere e di funzionare di tutti i sistemi biologici, attraverso i dati raccolti sulla struttura ed attività del relativo sistema microcircolatorio, sia a riposo sia durante prove da sforzo (V. il secondo dei miei siti citati).

La valutazione dell'attività biologica è basata soprattutto sull'indagine del sistema microvascolotessutale dei vari parenchimi nelle differenti situazioni, normali e non, secondo la teoria dell'Angiobiopatia.

Nell'interesse del lettore, per poter definitivamente comprendere senso e significato della Angiobiopatia, il cui ruolo svolto nella Semeiotica Biofisica Quantistica è fondamentale, è innanzitutto indispensabile esaminare con chiarezza il **concetto di Angiobiotopia** coniato da Tischendorf.

Innanzitutto non deve stupire il fatto che i sistemi biologici adattano, per così dire, le relative unità microvascolotessutali alle singole esigenze funzionali delle loro diverse regioni. Ad esempio, il sistema dei canali preferenziali rappresenta, per ragioni tuttora imperscrutabili, una particolarità strutturale dell'intestino e della congiuntiva bulbare, mentre le formazioni a maglie dirette delle arteriole e delle venule sono una caratteristica preminente della muscolatura scheletrica. Naturalmente una disposizione strutturale di uno o di ambedue i tipi summenzionati si può osservare - in maniera più o meno estesa - anche in altri organi e tessuti, per esempio, mesentere e

pia madre. Nel mesentere la formazione di anastomosi anulari delle arterie e delle vene è limitata in genere ai rami di maggior calibro, mentre le più piccole arterie e le arteriole si suddividono di nuovo dicotomicamente, come i ramoscelli di un albero, per sfociare poi nei capillari. Inoltre, durante il loro decorso il calibro diminuisce costantemente in senso distale: per questo la loro forma non è cilindrica, ma lievemente conica ed appuntita. Si può prospettare con S.B. Curri l'ipotesi che queste differenze nell'arrangiamento strutturale del microcircolo terminale non siano collegate esclusivamente alla diversa funzione dei tessuti irrorati, ma anche alla loro diversa disposizione spaziale, e quindi, in ultima analisi, a fattori topografici. Così ad esempio la **microangiotettonica della cute umana** costituisce uno degli aspetti più significativi della combinazione tra il "principio strutturale a rete" e la suddivisione dicotomica dei capillari; mentre i vasi delle regioni più profonde del derma tendono a formare delle anastomosi artero-arteriose e veno-venose nel plesso sub-papillare cutaneo arterioso e venoso, i capillari dell'epidermide si sfoccano da piccole arterie terminali; queste si trovano disposte orizzontalmente sotto l'epidermide, diramandosi in un capillare dopo l'altro che si dirigono verticalmente verso l'alto; o vanno direttamente verso lo strato basale dell'epidermide, diramandosi in tanti capillari a forma di piccolo cespuglio.

Un altro esempio di microangiotettonica è rappresentato dai letti capillari del fegato e della milza, che mostrano chiaramente quanto la struttura anatomica di un organo e le sue funzioni specifiche siano in grado di modificare il modello distributivo spaziale dei piccoli vasi, allontanandolo radicalmente dai due modelli fondamentali sopracitati. Si può dire perciò che le regole generali del piano architettonico delle reti capillari sono subordinate alle peculiarità architettoniche organo-specifiche.

Da quanto sopra brevemente riferito, si comprende che la struttura dei letti capillari non può venir conglobata in uno schema, e che principi strutturali ben caratterizzabili, ma completamente diversi, possono coesistere. D'altra parte, vi sono regioni corporee, come ad esempio la congiuntiva bulbare, il cui circolo terminale è molto irregolare e sembra sottrarsi ad una "pianificazione": così sussiste il pericolo che vi si possa inserire arbitrariamente o l'uno o l'altro dei diversi principi microangiotettonici. Sostiene il Maestro che compito principale delle future ricerche è quello di determinare per ogni regione importante - sul piano fisiopatologico - di un organo o di un tessuto quale sia il piano costruttivo del letto capillare. L'intuizione, prima, e la dimostrazione, poi, della correlazione stretta tra modo di essere e funzionare del parenchima e quello del relativo sistema microvascolare ha portato alla teoria della Angiobiopatia, che ha aperto una originale e rivoluzionaria via alla diagnosi, diagnosi-differenziale, monitoraggio terapeutico e ricerca clinica.

Krogh aveva ragione!

Come Krogh aveva previsto nella sua Lettura in occasione della consegna del Premio Nobel nel 1920 (1), lo **studio dei microvasi** oggi finalmente mostra la sua originale, essenziale e favorevole ripercussione nell'indagine di tutti i sistemi biologici, oltre ovviamente quello macro- e micro-circolatorio, in condizioni fisiologiche e patologiche, conservando tutto il suo valore diagnostico e di ricerca nella Semeiotica Biofisica Quantistica (Quantistica dal novembre 2008). Infatti, lo studio clinico del microcircolo e della microcircolazione non solo consente di raccogliere informazioni affidabili sul modo di essere e di funzionare di questo sistema biologico, ma indirettamente permette al medico una raffinata e precisa valutazione biologica e biologico-molecolare dei relativi parenchimi nelle condizioni più differenti. Inoltre, data l'esistenza nei vari apparati della realtà non locale, dove l'informazione è simultanea, accanto a quella locale, da me dimostrata per la prima volta, grazie ai preziosi consigli dell'amico Prof. Paolo Manzelli, scopritore della natura triadica dell'informazione (12-20), la "intensa" stimolazione pressoria, per esempio, di un solo trigger-point dei centri neuronali per il rilascio di releasing factors provoca la simultanea attivazione microcircolatoria associata o di tipo I, in tutto il sistema nervoso, inclusi i centri appena nominati. Nel sano, simultaneamente all'inizio della stimolazione, lo stomaco non modifica la sua forma e il suo volume, ma soltanto dopo un tempo di latenza fisiologico di 16 sec.

In altre parole, in questa condizione sperimentale è assente il riflesso gastrico aspecifico simultaneo all'inizio del test, presente, al contrario, in presenza di qualsiasi lesione cerebrale, strutturale o funzionale, come l'ICAEM (1-6).

Pertanto, sulla base della realtà non locale in biologia, "clanicamente" è possibile riconoscere in appena un secondo, in modo quindi rapidissimo, attendibile ed elegante, alterazioni del cervello, oppure dei differenti parenchimi, mediante l'indagine delle relative unità microvascolotessutali, simultaneamente attivate nel corrispondente sistema biologico dalla intensa stimolazione dei relativi trigger-points.

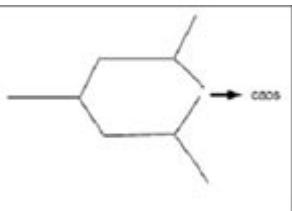
I dati, raccolti rapidamente, orientano l'esame obiettivo verso i tessuti realmente sofferenti, permettendo di utilizzare alla meglio gli attuali tempi della visita medica, notoriamente ridotti, e non soltanto per motivi burocratici.

Bibliografia

1. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
2. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del "Reale Rischio" Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004.
3. 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.
4. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005.
5. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
6. Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. Gazz Med. It. – Asch. Sci, Med. 144, 423, 1985.
7. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. Acta Med. Medit. 5, 141, 1989.
8. Stagnaro-Neri M., Moscatelli G., Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 155, 125, 1996.
9. 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.
10. 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, 1994.

Cap.1

La Semeiotica Biofisica diventa Quantistica.



“E’ proprio delle menti eccelse far capire molte cose con poche parole:
le menti anguste hanno il dono di parlar molto e non dire nulla”.
(La Rochefoucauld, “Massime”).

Il 19 Novembre 2005 nel sito da lui diretto, www.ilpungolo.com, in Scienza, il mio caro amico dott. Giovanni Venezia pubblicò un mio articolo dal titolo “Materia e Spirito nei Sistemi Biologici”.

Nell’articolo illustravo il metodo per interpretare nel modo migliore possibile, dal punto di vista sia fisiologico sia patologico, i dati raccolti con la Semeiotica Biofisica ancora in attesa di una appropriata spiegazione.

Ben due anni prima che Paolo Manzelli mi facesse conoscere le sue affascinanti teorie sulla conoscenza, da me immediatamente condivise, iniziavo l’articolo affermando:

“All’inizio, forse, l’energia vibratoria si è trasformata in materia. Tuttavia, prima dell’energia vibratoria c’era l’Energia Informazione, o $\sigma\omega\phi\iota\alpha$, come l’intendevano le tribù aramaiche e il popolo ebreo-giudaico prima dell’età greco-aurorale, manifestatasi nella Creazione e, successivamente, nella sua continua evoluzione”.

Solo se accettiamo tre componenti energetiche a fondamento della realtà in cui siamo immersi e di cui facciamo parte, ponendo accanto alla EM e alla EV come terza forma di Energia la EI, è possibile comprendere il perché ed il come di fatti, osservati grazie alla Semeiotica Biofisica, rimasti per decenni senza una verosimile e soddisfacente spiegazione.

La conseguenza di questa nuova *Weltanschauung* è che tutto il creato, inclusi i sistemi biologici, deve conservare evidenti segni della sua duplice natura, materiale e “spirituale”, che la ricerca scientifica evidenzia. L’accettazione dell’Informazione-Energia e della presenza di materia e “spirito” nella realtà rivela il superamento della concezione cartesiana di *res cogitans* e di *res cogitata*, come vedremo in seguito.

Nel campo medico originale, vasto ed affascinante, reso possibile dalla Semeiotica Biofisica Quantistica, ancora ben lontana dall’aver raggiunto i limiti del suo dominio, la **Microangiologia Clinica** svolge un ruolo di primo piano, dal punto di vista sia teorico sia operativo, per i risultati conseguiti al letto del malato in modo singolare, elegante ed affidabile, confrontati in una lunga esperienza clinica con quelli delle semeiotiche sofisticate, come risulta evidente dalla lettura degli articoli messi in rete nel sito <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/microangiologia>.

Infatti, dopo oltre 52 anni di ricerca e di pratica applicazione della nuova semeiotica medica, sono sempre più d’accordo con quanti affermano che una teoria deve possedere valenze molteplici di efficacia e di bellezza per pretendere di raggiungere la verità scientifica, sottolineando nel 2005 gli stretti rapporti tra scienza ed arte, sostenuti autorevolmente da Paolo Manzelli, che allora purtroppo non avevo ancora conosciuto divenendone amico.

Fino all’inizio del terzo millennio, lo studio della Microangiologia era riservato a pochi addetti ai lavori, che potevano disporre di adeguata strumentalità sofisticata, mentre con l’aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica sicuramente diventerà patrimonio culturale di qualsiasi medico dotato di apertura mentale, che al letto del malato raccoglierà rapidamente numerosi, originali ed attendibili dati, ottenendo eccellenti informazioni anche sul piano biologico-molecolare, con

positiva ripercussione sulla diagnosi, diagnosi-differenziale, ricerca clinica e monitoraggio terapeutico.

La **Microangiologia Clinica** rappresenta lo studio clinico del modo di essere e di funzionare delle unità mirovascolotessutali nei vari sistemi biologici ed in modo particolare del caos deterministico della locale vasomotility (= sfigmicità delle piccole arterie ed arteriole, secondo Hammersen) e della vasomotion (= motilità dei capillari e delle venule post-capillari, “secondaria” alla precedente attività microvasale) di tutti i sistemi biologici.

Questa nuova disciplina della Medicina è fondata esclusivamente sulla valutazione “clinica”, utilizzando cioè il semplice fonendoscopio, dei movimenti autonomi ed autoctoni, attivi (paramicrocircolo, secondo l’indimenticabile Maestro Franco Pratesi) o passivi (microcircolo, secondo lo stesso Autore), di tutte le singole strutture delle unità mirovascolotessutali, tra cui le anastomosi arteriolo-venulari (AVA), tipo I e II, gruppo A e B, secondo Bucciante, funzionalmente intese, di qualsiasi apparato, ghiandola e tessuto e i fondamentali Dispositivi di Blocco Endoarteriolari sia fisiologici che specialmente neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a), oncologici, e b), aspecifici, da me scoperti (1-3).

In condizioni fisiologiche di base, l’attività motoria del sistema mirovascolotessutale presenta il più alto grado di caos deterministico, mostrando, quindi, la più intensa dimensione frattalica o dimensionalità, che ne rappresenta la misura. Il calcolo del valore di questo parametro, essenziale nella Microangiologia clinica, può essere realizzato in modo estremamente facile e pratico, sebbene meno elegante e raffinato di quello fondato sulla diretta osservazione delle oscillazioni microvasali. In realtà, la valutazione del tempo di scomparsa del riflesso (= dilatazione) ciecale e/o gastrico aspecifico informa sulla dimensione frattalica: in pratica, si quantifica in sec. il valore del tempo di latenza differenziale (tld) del riflesso, cioè la durata della sua scomparsa prima del successivo riflesso ciecale e/o gastrico aspecifico; questo valore, espresso in sec., corrisponde esattamente al tempo necessario di attuazione della Riserva Funzionale Microcircolatoria locale, espressione delle condizioni anatomo-funzionali delle relative unità mirovascolo-tessutali e corrispondente esattamente alla dimensione frattalica: $NN > 3 \text{ sec.} < 4 \text{ sec.}$, e, precisamente, 3,81. Quando un sistema biologico – per esempio, il cuore nel lento instaurarsi della Cardiopatia Ischemica, a causa di fattori patologici di differente natura – lentamente evolve verso una condizione patologica, funzionale e/o strutturale, anche se funzione e struttura si devono considerare come i due poli di una stessa equazione, secondo Leuckart (4), compaiono caratteristiche modificazioni del caos deterministico della vasomotility e vasomotion locali (nell’esempio citato, i microvasi coronarici) e, a livello macroscopico, delle fluttuazioni volumetriche dell’organo, ghiandola e tessuto, sede della malattia: il cuore “sano”, indipendentemente dai movimenti sisto-diastolici rapidissimi, mostra sei oscillazioni/minuto del suo volume, il cui comportamento è caotico-deterministico.

Infatti, queste fisiologiche fluttuazioni o traiettorie risultano significativamente modificate sia a livello microscopico sia macroscopico, con conseguente e progressiva diminuzione della loro dimensione frattalica, o misura della complessità delle suddette dinamiche, che dal valore di 3,81, nel “sano”, scende a valori varianti intorno a 2,57, come nel caso del pancreas endocrino nella sindrome metabolica, classica e “variante”, quest’ultima descritta da chi scrive, evolvente verso il diabete mellito (5).

A questo punto, appare interessante che il rapporto tra la dimensionalità fisiologica e la dimensione frattalica nel nostro esempio, cioè nel corso della lenta evoluzione del pancreas endocrino (isole di Langherans) verso il diabete mellito, o altra malattia naturalmente, è un valore oscillante intorno a 0,681, inverso della sezione aurea, ϕ .

Si tratta di numeri magici, riconosciuti con l’indagine microangiologica clinica, meritevoli di una particolare attenzione perchè evidenziano la duplice natura, materiale e spirituale, dei sistemi biologici.

Come ormai sostenuto anche da altri autori, la “struttura” biologica, fisiologica e patologica, mostra

la sua natura caotica (6) e lo studio del “singolo” paziente non deve essere condotto soltanto secondo i concetti validi per il “gruppo” di individui, la popolazione, i “grandi numeri”, secondo i principi della Medicina Basata sull’Evidenza (EBM), ma anche sulla EBM basata sul Caos (7) e, pertanto, sulla Single Patient Based Medicine o SPBM, (8, 9), teoria raccomandata dalle Network of Competent Authorities Health Europe: website <http://www.ephha.org> e presente nella Whashington National Library e nella Public Library Of Science statunitensi.

Appare ormai chiaro che per la migliore comprensione delle condizioni fisiologiche e patologiche di un individuo è necessario procedere con un metodo fondato sulla sensibilità alle condizioni iniziali, sull’interazione, sulla variabilità, sull’iterazione, sulla complessità, cioè sulla filosofia della SPBM, proprietà che esulano dai compiti dell’EBM, con cui la SPBM deve interagire per completarsi.

In questo articolo, scritto nel modo più semplice possibile, utilizzando nella formulazione del testo codici facilmente decodificabili anche da parte dei non addetti ai lavori, e finalizzati ad un sicuro apprendimento dei concetti generali, appare chiaro che nel sistema biologico microvascolare, variabile per struttura da tessuto a tessuto, è sempre presente la traccia della spiritualità dentro la materia, quasi una cifra o tessere che rinvia ad una realtà oltre la fisis. Questo vale anche per quanto riguarda il parenchima, sebbene la sua valutazione sia indiretta, in accordo con l’Angiobiopatia.

Infatti, in condizioni sia fisiologiche sia patologiche, l’attività funzionale della componente parenchimale di un sistema biologico è strettamente correlata con il modo di essere e di comportarsi del relativo microcircolo, secondo l’Angiobiopatia, il cui ruolo è fondamentale nella Microangiologia Clinica, termine coniato da chi scrive per completare il concetto tischendorfiano di Angiobiotopia (10). Come ho illustrato in precedenti articoli e volumi (1, 2, 3, 8, 9, 10) (Bibliografia nel mio sito), l’aver evidenziato la correlazione esistente tra materia-energia-informazione (“tre” forme di energia) parenchimale e microcircolatoria locale ha offerto al medico possibilità notevoli di conoscenza del corpo umano nelle “tre” Zone, Bianca, Grigia e Nera, suddivisione degli individui più scientifica ed utile della manichea salute/malattia.

Di seguito, sulla base di un esempio singolare, sarà riferito brevemente il percorso che ha permesso di scoprire uno dei tanti numeri magici incontrati, per la prima volta clinicamente, nel corpo umano, a dimostrazione della ineffabile presenza di una Causa che crea, ma provvede anche alla evoluzione ed alla conservazione del creato. La presenza di “pensiero” nella materia dei sistemi biologici, incluso il sistema nervoso centrale e periferico, a mio parere, rappresenta il colpo definitivo all’impianto noetico cartesiano dell’arbitraria dicotomia tra materia pensante e materia pensata

In un sistema dinamico non-lineare, aperto, dissipativo, possono verificarsi raddoppiamenti dei periodi quando è modificato il rifornimento di energia al sistema stesso, vale a dire, variando le forze applicate al sistema.

Nel caso delle cellule muscolari lisce microvasali, alla base della vasomozione, correlate con cicliche variazioni della concentrazione di elettroliti, ATP, ADP, AMP, Creatin-fosfato, pH, etc., si possono osservare contrazioni cellulari (= oscillazioni dei riflessi ureterali) con periodi oscillanti tra 9 e 12 sec. ed intensità – convenzionale – tra 0,5 e 1,5 cm., in condizioni fisiologiche; le fluttuazioni massime, highest spikes, HS, sempre presenti, sono precedute da fluttuazioni con massimo periodo (12 sec.).

Questi raddoppiamenti dei periodi sono regolati rigidamente dal rapporto

$R_n - R_{n-1} / R_{n+1} - R_n = 4,66920\dots$ **numero di M. Feigenbaum.**

R_n rappresenta lo stato iniziale del sistema dinamico.

A questo punto, appare interessante il fatto che, se si moltiplicano le fD da 1,9 a < 3 (= sistema

biologico in lenta evoluzione patologica, ma ancora reversibile sotto opportuna terapia) per il numero di Feigenbaum si ottiene:

$$fD \ 1,93 \times 4,67 = 9$$

$$fD \ 2 \times 4,67 = 9,4$$

$$fD \ 2,56 \times 4,67 = 11,9$$

valori che corrispondono ai periodi delle oscillazioni microvasali in condizioni fisiologiche di riposo.

Analogamente, fatto di grande rilievo, se si dividono questi periodi di 9 – 12 sec. per la fD della lenta evoluzione patologica (1,9 a < 3), si avrà:

$$9 / 1,95 = 4,61538...$$

$$11 / 2,36 = 4,661016...$$

$$12 / 2,57 = 4,66926...$$

numeri oscillanti intorno a 4,66920... o numero di Feigenbaum.

Da quanto sopra riferito ne consegue che, moltiplicando il numero di Feigenbaum per le fD comprese tra 1,9 e < 3, vengono alla luce i periodi, compresi tra 9 e 12, delle fluttuazioni proprie della vasomotility e della vasomotion fisiologiche, espressione di una ineffabile armonia sottostante.

A questo punto, osserviamo la dinamica di Verhulst

$$X_{n+1} = X_n l (X - 1) 1)$$

dove $l = fD$, mostra che la trasformazione verso il caos ed il raddoppiamento dei periodi si verificano in punti ben precisi, disposti con ordine (Fig. 1). Definiamo R_n il valore del parametro di crescita, in corrispondenza del quale si presenta la ennesima biforcazione(vedi foto): raddoppiamento, quadruplicazione.....caos.

La lunghezza di due eventi consecutivi di biforcazione è pari a

$$S_n = R_n - R_{n-1} / R_{n+1} - R_n 2)$$

se, per esempio,

$$S_n = 2,5 - 2,3 / 2,57 - 2,5 = 0,2 / 0,07 = 2,857 3)$$

Vale la curiosità di riferire una personale osservazione di alcuni anni or sono: nel racemo che porta i fiori del Clerodendron Trichotonum, una Verbanacea, abbiamo osservato lo stesso numero di Feigenbaum evidenziato nelle bi-, tri-forcazioni: 6,4 – 0,66 – 0,41666...

Infatti, in base alla 2), dalle misurazioni da noi fatte nei segmenti della nervatura di queste foglie, abbiamo ottenuto i seguenti rapporti:

$$1,8 - 5 / 1,4 - 1,8 = 3,2 / 0,5 = 6,4$$

$$1,4 - 1,8 / 0,8 - 1,4 = 0,5 / 0,6 = 0,66$$

$$0,55 - 0,8 / 0,02 - 0,55 = 0,25 / 0,53 = 0,471698.....$$

Se portiamo avanti il processo sopra descritto, il rapporto S_n si avvicina sempre più ad un numero irrazionale, fisso: 4,66920166..., che è il numero di Feigenbaum, in realtà scoperto da Grossmann. un numero decimale illimitato, non periodico, costante universale, presente nelle transizioni che ricorrono in natura ed anche, quindi, nei sistemi biologici, come da noi dimostrato clinicamente con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Nella Microangiologia Clinica, come abbiamo illustrato nel capitolo precedente, accade che, se la fD è 1, la trasformazione di Fourier è del tipo "a colonna vicina", o tipo IV; quando la fD è 1,3, la trasformazione è del tipo "a colonna lontana", o tipo III, mentre la fD compresa tra 2,21 e 2,52 corrisponde alla trasformazione del tipo II,"a tetto". Pertanto, in base alla 2) facilmente si ottiene un risultato interessante:

$$1,3 - 1 / 2,21 - 1,3 = 0,3 / 0,18 = 1,666... 4)$$

dove il numero frattale 1,666... si avvicina alla sezione aurea, f ,

come abbiamo già messo in evidenza nel rapporto esistente tra fD fisiologica (fD fis.) ed fD della lenta evoluzione verso la patologia, per esempio, diabetica (fD l.ev.):

$$fD \text{ fis.} / fD \text{ l.ev.} = 3,81 / 2,36 = 1,614 5)$$

Nel passaggio da oscillazioni "ordinate", espressione di malattia sottostante, con periodo fisso, monotono, di 10 sec. a quelle fisiologiche, caratterizzate da un periodo oscillante tra 9 e 11 sec., con una fD di 2,36 – sistema biologico in lenta evoluzione patologica, al momento senza fenomenologia clinica – si osserva un tipico rapporto dividendo il massimo periodo (11 sec.) per la fD (2,36)

$$11 / 2,36 = 4,661016... 6)$$

per cui, all'inizio della prima biforcazione incontriamo il numero di Feigenbaum, come ad esempio passando dalle trasformazioni "a colonna vicina" o "a colonna lontana" alla trasformazione "a tetto".

Quando, poi, la fD sale, spontaneamente o sotto opportuna terapia, da 2,36 a 2,57 e l'attrattore diventa un "attrattore strano", con l'aumento del caos deterministico, il periodo si allunga (9 - 12 sec.) ed allora il rapporto

$$12 / 2,57 = 4,6692607...$$

con un chiaro movimento "ondulatorio" e non-lineare, si avvicina ulteriormente al numero "mitico" di Feigenbaum, 4,66920166..., superandolo prima di identificarsi momentaneamente con esso.

Per riassumere, lo studio accurato dei sistemi biologici, liberato da devianti pre-concetti, ci porta inevitabilmente a riconoscere in essi un ordine superiore, ennesima espressione della coerenza interna ed esterna della teoria semeiotico-Biofisica Quantistica, e cifre che sottolineano la duplice natura del creato, materiale e spirituale. Cade senza residuo l'arbitraria distinzione di Cartesio alla

base della filosofia della conoscenza, durata troppo a lungo e valida in qualche modo solo per una matrice della realtà quadrimensionale con 3 DS e 1 DT, incapace quindi di offrire spiegazioni soddisfacenti a fatti che, osservati con la Semeiotica Biofisica Quantistica, appartengono a una differente realtà, suggeritaci dall'evoluzione della meccanica quantistica, di cui parlerò nel successivo capitolo.

Infatti, a sostegno di quanto precede, il test delle Resistenze Periferiche Arteriose (RAP) e quello della Compliance arteriosa (ibidem) evidenziano la biforcazione della dinamica non-lineare dei sistemi biologici. In modo analogo a quanto accade nei sistemi chimici e fisici, i sistemi biologici dinamici, dissipativi, lontani dal punto di equilibrio, oscillano secondo traiettorie, solo apparentemente caotiche, ma in realtà attratte da differenti "attrattori", all'interno dei quali – sottospazi dello spazio delle fasi – esse si muovono senza uscirne nè cadervi dentro (V. i precedenti articoli nel sito). Questo fenomeno, ben noto nel modo chimico e fisico, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica è stato messo in evidenza per la prima volta bedside con il semplice uso del fonendoscopio, durante il test delle RAP e della compliance arteriosa, come dimostra la seguente evidenza sperimentale.

In un soggetto sano, supino e psicofisicamente rilassato, la pressione digitale intensa, applicata sopra l'arteria brachiale in modo da occludere il vaso con conseguente scomparsa del polso radiale, provoca immediatamente a valle, a livello del microcircolatorio distale, diminuzione della fD, trasformazione di Fourier del tipo III, "a colonna lontana", attivazione associata di tipo I. Dopo un tl variabile (tl X), però, la fD scende a 1, dimensione topologica, la trasformazione di Fourier diventa di tipo IV, "a colonna vicina" e l'attrattore è "a punto fisso", a causa della critica riduzione del rifornimento di materia-energia-informazione.

In altre parole, il mancato rifornimento energetico alla periferia provoca inizialmente una reazione di difesa, con pronta e massima attivazione della riserva funzionale microcircolatoria, ovviamente senza risultato in questa condizione sperimentale, che esita inesorabilmente nell'equilibrio caratteristico dei sistemi termodinamicamente isolati: le oscillazioni del pendolo, quando manca la somministrazione di energia dinamica, a poco a poco si riducono d'intensità ed il pendolo si ferma. Tuttavia, a questo punto, è sufficiente ridurre leggermente la pressione digitale sopra l'arteria omerale che, con l'immissione di sangue nel sistema biologico, compare un lieve polso radiale e le fluttuazioni microcircolatorie, per esempio nel polpastrello, sono attratte da due attrattori: attrattore "a ciclo limite".

Infatti, "a valle" il sistema biologico da termodinamicamente isolato ridiventa un sistema aperto, dissipativo, che si allontana subito dall'equilibrio.

Pr. occlusiva sull'arteria.....(tl X).....> fD 1 ; Pr. non-occlusiva.....(tl Y)..... > fD 2,54

Infine, interrotta completamente la pressione sopra il vaso arterioso, a seguito della cosiddetta fisiologica iperemia reattiva post-ischemica, le intense oscillazioni, il cui monotono periodo è caratterizzato dal tipo "a colonna lontana", tipo III, ritornano ad essere quelle caratteristiche del tipo I, "a sella", cioè fisiologiche, caratterizzate dall'attrattore strano.

Detto altrimenti, in caso di equilibrio, i sistemi biologici sono lineari; quando, invece, in essi viene introdotta sufficiente energia e, quindi, sono opportunamente stimolati, mostrano il caratteristico comportamento non-lineare proprio dei sistemi dinamici lontani dall'equilibrio.

Per attuare i caratteristici meccanismi dissipativi, alla base del caos deterministico, fondamentali per la loro conservazione, sopravvivenza e creatività, i sistemi biologici necessitano ininterrottamente di un variabile rifornimento di energia-vibrazionale, trasformata in energia-materia, secondo però precise informazioni (EI) partecipate da Chi è Informazione assoluta ed assoluta Sofia.

E' giunto il momento di conoscere la realtà non-locale, ma è bene stabilire fin da questo momento con chiarezza la principale novità apportata nella diagnostica. L'informazione nella realtà non locale è simultanea e, per quanto riguarda il mondo biologico, interessa i tessuti con identica origine embrionaria.

Ne consegue, fatto di estremo interesse pratico, che l'indagine di una parte limitata di un apparato, per esempio, cardiaco, polmonare, renale, articolare, osseo, offre *simultaneamente* al medico informazioni sull'intero sistema biologico, permettendogli per la prima volta di riconoscere in un secondo come sano un intero apparato: la intensa pressione digitale, applicata sopra il precordio – *trigger point* cardiaco - permette di accertare un cuore sano in assenza di simultanea modificazione gastrica (12). Analogamente, la stimolazione “intensa” di un segmento osseo, come il radio, in un paziente senza patologia del sistema scheletrico, non modifica nel sano il volume gastrico.

Al contrario, nel paziente affetto da una malattia non neoplastica, la stessa manovra sopra riferita provoca il caratteristico riflesso cardio- ed osteo-gastrico aspecifico, fornendo informazioni utili sulle condizioni miocardiche-coronariche e, rispettivamente sul sistema scheletrico in seguito alla “simultaneità” della trasmissione di informazione nella realtà non locale di qualsiasi sistema biologico.

In caso di tumore osseo, sia primitivo sia secondario, al riflesso osteo- gastrico aspecifico fa seguito rapidamente la Contrazione Gastrica tonica. Pertanto, la manovra descritta è meritevole di applicazione nell'esame obiettivo, dimostratasi affidabile nel riconoscere rapidamente le metastasi ossee.

Ritornero più volte su questo singolare aspetto diagnostico della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica, che prevedo rivoluzionerà l'esame obiettivo nella Medicina del domani.

Al momento è necessario sottolineare che la “intensa” stimolazione di un solo *trigger-point* di qualsiasi sistema biologico dovrebbe precedere l'esame obiettivo per orientarlo nella giusta direzione, perché permette rapidamente di escludere, o di riconoscere, una qualsivoglia patologia in un definito apparato, consentendo solo di precisare la eventuale natura neoplastica a causa della tica Contrazione gastrica tonica.

Subito dopo, utilizzando i numerosi segni, aspecifici e specifici della originale semeiotica fisica, il medico sarà certamente in grado di diagnosticare *bedside* le più frequenti patologie umane (8-11)

Bibliografia.

- 1) Stagnaro Sergio. Il Reale Rischio Semeiotico Biofisico Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a), oncologici, b) aspecifici. Ed. Travel Factory Roma, *in press*
- 2) Stagnaro Sergio. Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. *The Lancet*. March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalcomments=1> 2007
- 3) Stagnaro Sergio. Rimodellamento Microvascolare, Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e Reale Rischio Semeiotico-Biofisico. Ruolo dei Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati-patologici, clicmedicina.it, 10/4/2007, <http://www.clicmedicina.it/pagine%20n%2028/rimodellamento.htm> 2007
- 4) Curri S. B., Rapporti tra vasomotilità, periangio, sostanza fondamentale del connettivo e linfatici. *Minerva Angiol.* 17 (Suppl. 2 al N. 2), 181, 9, 1986.
- 5) 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].
- 6) Rambihar V.S. A chaos theory for health care *The Medical Post*. Vol. 36, April 25, 2000.
- 7) Rambihar V.S. A New Chaos Based Medicine Beyond 2000., Vashna, Toronto, 2000.
- 8) “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>

- 9) 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>
- 10) Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004.
[http://www.travelfactory.it/semeiotica Biofisica Quantistica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm)
- 12) Stagnaro Sergio. Diagnosi clinica di cuore sano in un secondo! 7 Aprile 2008.
www.fce.it
<http://www.fcenews.it/index.php?option=comcontent&task=view&id=1218&Itemid=47>

Cap. 2

Realtà Non-Locale in Biologia. Natura dei Riflessi Semeiotico-Biofisici.

L'accurata analisi dei meccanismi fisiopatologici alla base delle manovre, *test* e segni semeiotico-biofisici svolge un ruolo centrale nella comprensione della realtà non-locale in Biologia, che ci permette di spiegarne finalmente la precisa e complessa dinamica in maniera veramente soddisfacente. I cosiddetti riflessi della Medicina ortodossa sono veramente riflessi?

Nel sano, infatti, la dilatazione della colecisti è simultanea alla stimolazione “medio-intensa” dei *trigger points* colecistici situati a livello del VII dermatomero toracico: la dilatazione colecistica inizia simultaneamente alla stimolazione cutanea e in 3 sec. raggiunge il suo massimo valore. Dopo esattamente 7 sec. dall'inizio della manovra, la cistifellea in 1 sec. rapidamente si contrae, provocando *in loco* acidosi istamica.

A proposito della intensità della stimolazione dei *trigger-points* il lettore deve sapere che l'aggettivo lieve, medio, intenso, come già sottolineato nei miei precedenti libri, non è affatto “qualitativo”, perchè è correlato con l'insorgenza di determinati “riflessi”, che, come dimostrerò in seguito, non sono proprio dei riflessi, anche se continuerò a utilizzare questo termine solo per ragioni didattiche.

A questo proposito, la comparsa dei riflessi ureterali medi, propri dei Dispositivi di Blocco Endoarteriolarali di tipo I, sia fisiologici, dove presenti, sia neofornati-patologici, illustra nel modo migliore l'aspetto quantitativo della stimolazione nella originale semeiotica fisica.

A questo punto, simultaneamente alla contrazione della colecisti, causa di ipossigenazione tessutale locale, appare il riflesso colecistico-gastrico aspecifico. Persistendo la stimolazione dei *trigger points* colecistici, si osserva una serie di riflessi dello stesso tipo, ma di intensità progressivamente diminuita, per un certo periodo, fino a quando, per adattamento recettoriale ed adeguamento neuronale, lo stomaco ritorna al volume basale riprendendo la sua normale forma.

Questo comportamento è identico a quello di altri segni semeiotico-biofisici, come il riflesso pancreatico gastrico aspecifico, potendo variare naturalmente i tempi delle differenti fasi.

Ne consegue che solo nella seconda fase, lenta e caratterizzata da riflessi di graduale minore intensità che alla fine scompaiono, siamo autorizzati a parlare di “riflessi nervosi”, dove la stimolazione recettoriale è seguita dalla trasmissione dell'*in-put* lungo le vie nervose con consumo di ATP, energia, ed impiego di tempo – nervi afferenti, gangli, neuroni spinali e vertebrali, vie spinali ed efferenti – come insegna la neuro-fisiologia.

Al contrario, nella prima fase dei riflessi semeiotico-biofisici provocati da stimolazione “intensa” c'è “simultaneità” tra stimolo ed evento a distanza, la cui spiegazione sfugge alle attuali conoscenze della Medicina Occidentale che conosce la sola fisica classica, la cui matrice tempo/spaziale è quadri-dimensionale con 3 D/S ed una D/T.

Un solo esempio: la presenza di una neofornazione (ciste, angioma, etc.) in un segmento epatico può essere evidenziata dalla riduzione del tempo di latenza del riflesso epato-gastrico aspecifico sia mediante pressione digitale “lieve-moderata” (= causa dei riflessi ureterali superiori e inferiori oscillanti, che informano sulla *vasomotilità* e rispettivamente sulla *vasomotion* nel locale parenchima), applicata direttamente sopra la proiezione cutanea della lesione, sia mediante la stimolazione “medio-intensa” di qualsiasi segmento epatico, che provoca *in loco* attivazione microcircolatoria tipo I, attivato con conseguente aumento significativo dell'energia libera o EV (Energia Vibratoria), sec. Manzelli, che si trasforma in EI, o Energia Informazione, pura, catalitica.

Nella seconda condizione sperimentale, quando la stimolazione è “intensa”, per risonanza si osserva la simultanea stimolazione della sede della lesione, situata in altro segmento epatico, rivelata dalle modificazioni microcircolatorie alla base dell'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, che informano su quelle parenchimali, in accordo con l'Angiobiopatia.

Il 3 dicembre 2007 informai Paolo Manzelli di queste mie osservazioni e della mia interpretazione dei loro meccanismi fisiopatologici, inviandogli anche la stesura finale di un lavoro scritto per il sito www.ilpungolo.com, riprodotto più avanti.

Ecco la risposta pronta dell'amico:

“Firenze, 4 dicembre 2007.

Caro Sergio

Quanto hai ragione quando dici che <<manca il tempo di latenza nei riflessi....che NON sono RIFLESSI>>. Vorrei sottolineare a tal proposito che introducendo la EI (energia di pura Informazione), si capisce anche perchè il pendolo per piccole oscillazioni sembra oscillare *ad aeternum* proprio in quanto può rispondere con simultaneità in seguito alla presenza della Energia di Informazione nel contesto paradigmatico <E,M,I>. E' quindi la SIMULTANEITA' correlata ad EI, che permette la immediatezza tra Azione e Reazione. Il mondo della pura informazione e' definito da una bidimensionalità sia dello spazio che del tempo (S1,S2,T1,T2), quindi si confrontano in esso due velocità, S1/T1 ed S2/T2, che nel caso della pura informazione divengono simmetriche, cioè una e l'esatto inverso dell'altra e quindi si annullano. Ciò descrive come avvenga la simultaneità delle informazione e quindi come Azione e Reazione possano essere immediate, come nel caso delle piccole oscillazioni del pendolo può essere considerata senza grandi interferenze tra <E/M/I>.

Se infatti tentiamo di forzare la oscillazione con una forza forzante (d) allora la equazione che risulta dominante è la seguente: $+ dE = -dI -dM$. Quindi per una dinamica non massiva (piccole masse implicate nella dinamica dell'evento), vediamo che all'aumento di energia corrisponde una diminuzione di energia di Informazione (-dI); pertanto la simultaneità decade man mano che utilizziamo forze a maggior energia forzante. Non è un caso infatti che la natura in biologia scambi energia per tramite bassi gradini di interscambio catalitico, che permettono l'evoluzione dei processi metabolici della vita. Un mio caro professore, GIORGIO PICCARDI, che fu quando ero studente il Direttore dell' Istituto di Chimica Fisica della Università di Firenze, ci faceva capire quanto sopra mediante un esempio esemplare sulla importanza dei molteplici scambi enzimatici a bassa energia nello sviluppo metabolico della vita. Diceva infatti: pensate di avere una racchetta da tennis e di lanciare sempre con maggior forza la palla perpendicolarmente verso l' altro, in tal caso la palla rimbalzerà sulla racchetta più o meno violentemente e più volte man mano che userete più forza, ma il sistema resterà più o meno identico a se stesso. Provate ora a fare una lieve rotazione del polso, solo allora vi accorgete della importanza di trasformazione della basse energie perchè non saprete piu bene dove sia andata a finire la palla..... Tempo al tempo quindi, ti consiglio pertanto di essere sempre e comunque positivo per creare emozioni interiori vincenti proprio perchè deprivate da lamentele alcune per il fatto di riconoscersi piu fortunati di altri avendo modo di capire meglio la natura che e in noi.

Un caro saluto

Paolo.

Il mio caro amico Giovanni Venezia, lo stesso giorno pubblicava, con insuperabile efficacia ed eleganza editoriale, il seguente articolo, successivamente messo in rete da siti italiani stranieri, alla URL

http://www.ilpungolo.com/leggi_tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217.

Per la prima volta dal punto di vista clinico, la realtà non-locale in biologia, oggetto del lavoro, veniva fatta conoscere ai medici ed al grande pubblico.

4 Dicembre 2007.

SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA: REALTÀ NON-LOCALE IN BIOLOGIA

di Sergio Stagnaro, Paolo Manzelli

"Ci sono più cose in cielo e in terra, Orazio,
di quante ne sogni la tua filosofia".
(William Shakespeare)

Nel 1982 un'èquipe di ricercatori dell'Università di Parigi, diretta dal fisico Alain Aspect, ha condotto quello che potrebbe essere considerato il più importante esperimento del ventesimo secolo. Aspect ed il suo "team" hanno infatti scoperto che, sottoponendo a determinate condizioni particelle subatomiche, come gli elettroni, esse sono capaci di comunicare simultaneamente l'una con l'altra. L'esperimento di A. Aspect è stata la prima verifica della possibilità di Teletrasporto di pura informazione.

Tale fenomeno necessita di una nuova spiegazione in quanto se viene considerato nel quadro delle cognizioni tradizionali ad esso si può dare soltanto una delle due risposte: a) la teoria di Einstein, che esclude la possibilità di comunicazioni più veloci della luce, è da considerarsi errata; b) le particelle subatomiche sono connesse "non-localmente"; esse sono in comunicazione in un'altra dimensione dello spazio-tempo.

Poiché la maggior parte dei fisici nega la possibilità di fenomeni che si svolgono ad una velocità superiore a quella della luce, l'ipotesi più accreditata è che, con l'esperimento di Aspect, sia stata offerta la prova che il legame tra le particelle subatomiche sia effettivamente di tipo "non locale".
NOTA: Un campo NON LOCALE è quello nel quale non è possibile misurare contemporaneamente "posizione e velocità" della particella Quantistica.

Nel libro "La realtà quantistica", Nick Herbert afferma che la non-localizzazione delle particelle spiegherebbe questa loro "Simultanea" comunicazione non mediata né da campi né da nessun altro fenomeno sperimentato in campi di struttura spazio temporale Euclidea, proprio perché in un mondo tridimensionale nello spazio e monodimensionale nel tempo, si ammette che la Informazione così come la Energia e la Materia debba essere trasferita tra due posizioni localizzabili in termini di coordinate Cartesiane. Pertanto la "Simultaneità" degli eventi è considerata del tutto fortuita e fenomeni di simultaneità di informazione quali la telepatia o l'empatia sono considerati privi di ogni possibile spiegazione scientifica. Ne consegue che i nostri concetti tradizionali di spazio e tempo vengono messi nuovamente in discussione, come d'altra parte era accaduto rispettivamente con la teoria della relatività e la meccanica quantistica. Il modello non-locale della realtà può addirittura condurre la fisica teorica ad includere molti eventi osservati in Biologia con la Semeiotica Biofisica Quantistica, finora rimasti senza spiegazione alcuna.

Nel 1964 il fisico irlandese John Stewart Bell, dimostrò l'effettiva esistenza di un mondo non localizzato. In realtà, il "Teorema di Bell" permette di confutare l'ipotesi secondo cui il mondo è intrinsecamente localizzato, una teoria quella "locale" risultata fortemente limitativa e riduttiva della possibilità umana di conoscenza. Fin dai tempi antichi, se non antichissimi, la teoria della NON Località è considerata complementare a quella Locale, per lo meno in ambito esoterico, ai giorni nostri i fenomeni osservabili che necessitano la ammissione di una teoria dello spazio tempo non locale, sono veramente tanti, e aumentano a vista d'occhio. Gli studiosi coraggiosi, i ricercatori all'avanguardia e fisici eminenti che cominciano ad appoggiarla, come ricorda Lucio Giuliadori: Capra, Bateson, Prigogine, Laszlo, Jantsch, Talbot (ibidem), ed ora anche nel campo della Biologia, come di seguito riferito sulla base dei dati della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Infatti, dalle teorie del Fisico Quantistico David Bohm, si evince che le energie elettromagnetiche e l'intera realtà fisica, sono create dalla prodigiosa e "magica" natura delle particelle subatomiche, le quali, incredibilmente, si presentano sotto il duplice aspetto di particelle e di onde. In sostanza, secondo Bohm, contro ogni apparenza legata al "tradizionale" modo di conoscere la realtà (= riduttivamente considerata solo materia-energia, e non anche informazione, come insegna Paolo Mengazzi con esemplare chiarezza ermeneutica), le particelle non sono entità individuali, ma estensioni di uno stesso organismo, e il fatto che appaiano separate, deriva dalla nostra incapacità di vedere la realtà nella sua interezza. Ad altro livello, dice l'elisabettiano John Donne che "Nessun uomo è un'isola,/completo in se stesso;/ogni uomo è un pezzo del continente,/una parte del tutto". A tutt'oggi appare come sconvolgente il fatto dimostrato dal grande fisico con gli ologrammi di un oggetto prodotti dal laser: la minima parte dell'ologramma di un oggetto contiene l'oggetto intero, come nella geometria di Mandelbroth la forma del tutto è conservata in ogni sua parte, indipendentemente dalla scala utilizzata: la natura della realtà è olografica.

L'attuale neurofisiologia insegna la non esistenza della localizzazione dei ricordi, il che rende più agevole la comprensione della rapidità con cui ricordiamo un singolo evento tra miliardi e miliardi di informazioni contenute nel nostro cervello, come dimostrano, per esempio, le ricerche di Karl Pribram neurofisiologo dell'Università di Stanford.

A questo punto, è opportuno ritornare al mondo microscopico, dove le particelle presentano la duplice natura di corpuscoli e onde. Da tale sostanziale ambiguità, consegue l'indeterminazione della contemporanea misurabilità della posizione della particella e del moto oscillante ed avvolgente dell'onda ad essa associata. Pertanto dal punto di vista della costruzione di una immagine la coppia "onda/particella", non da adito ad alcuna possibilità di costruirne un modello di forma geometrica. Con insuperata chiarezza Paolo Manzelli insegna che "nella Meccanica Quantica, la forma degli elementi costituenti la materia e la energia, assume prevalentemente la forma descritta dalle equazioni matematiche, che sono funzionali ad individuare la probabilità di localizzazione delle particelle del microcosmo, definendo contemporaneamente la possibile direzionalità dell'onda in termini vettoriali". Notoriamente, la nostra immaginazione non riesce facilmente a fare a meno di dare forma agli eventi, perchè il cervello non è incline a perseguire forme matematiche del tutto astratte come struttura fondante la propria capacità intuitiva. "L'immagine è più importante della conoscenza", affermo' Albert Einstein. Come sostiene appunto Paolo Manzelli, sulla base dei risultati dell'attuale neurofisiologia, per poter costruire l'immagine il nostro cervello, oltre alla materia ed energia (= realtà che ci circonda, di cui facciamo parte, come afferma Proust, sebbene senza conoscerla e conoscerci), ha un indispensabile bisogno di "PURA INFORMAZIONE" (I), cioè di una TRIADE DI FORME DI ENERGIA. La terza forma fondamentale della Energia è quella composta da Pure Onde derivanti dalla interazione della Energia codificata come vibrazioni (E) e di quella codificata come Materia (M). La somma totale delle tre forme di Energia delinea una più completa dimensione del "Principio della Conservazione della Energia Totale".

***REALTÀ NON-LOCALE IN BIOLOGIA: ASPETTI TEORICI E PRATICI.**

Per la prima volta, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica (www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it) ho osservato un numero veramente notevole di fatti non spiegabili sulla base delle attuali conoscenze di fisiologia e biologia, a causa della erronea credenza che la realtà è solo "locale".

Procediamo con pochi esempi, estremamente chiari anche ai non addetti ai lavori.

A) Il drenaggio linfatico manuale di una mammella (= Test della Suzione Simulata, nel sito citato sopra) provoca l'incremento significativo della locale vasomozione (= fluttuazione dei microvasi, in seguito alla migliorata condizione perivascolare, o periangio) con conseguente incremento dell'ossigenazione istamica: nella donna sana, il tempo di latenza del riflesso mammella-gastrico aspecifico di base è 9,5 sec. ma sale a 19 sec., raddoppiando cioè il valore di base, dopo il drenaggio

linfatico (= riduzione della "free water" interstiziale e quindi aumento della locale viscosità dell'interstizio. Simulatamente, il miglioramento interessa anche l'ossigenazione della mammella controlaterale! Non si osserva, invece, nessun miglioramento dell'ossigenazione in altri sistemi biologici, di differente origine embriologica.

B) L'applicazione sulla proiezione cutanea del cuore di **NIR-LED** (Near Infra Red-Light Emitting Diode), stimolando notoriamente l'attività respiratoria mitocondriale, come ho dimostrato per la prima volta dal punto di vista clinico (dati non pubblicati, contenuti nella mia relazione al Congresso Internazionale di Helsinki, Agosto 2008) causa l'innalzamento statisticamente significativo dell'ossigenazione miocardica: nel sano, indipendentemente dall'età, sesso e razza, il tempo di latenza basale del riflesso cuore-gastrico aspecifico è di 8 sec. esatti. In seguito agli effetti della NIR-LED, utilizzata come indicato sopra, il tl. sale a 16 sec., ancora una volta cioè il tl. raddoppia. Simultaneamente, appena iniziata l'applicazione, raddoppia anche il valore di ossigenazione nel polpastrello digitale: il tempo di latenza basale del riflesso polpastrello digitale-gastrico aspecifico passa dal valore a riposo, iniziale, di 8 sec. a 16 sec.

C) La palpazione ritmica di un articolazione, per esempio il ginocchio destro (ma anche l'applicazione sulla stessa articolazione di **NIR-LED**), causa in loco attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, ed aumentato apporto di materia-energia-informazione al locale parenchima (= la "flow-motion" appare immediatamente accentuata). Simultaneamente, l'ossigenazione del ginocchio controlaterale e di tutte le altre articolazioni risulta aumentata, raddoppiando il valore di ossigenazione basale.

Analogamente, la stimolazione del trago di un orecchio provoca simultaneamente gli stessi fenomeni microvascolari appena descritti nell'orecchio controlaterale.

Al contrario, in questa condizione sperimentale, non si rileva nessuna modificazione dell'O₂ tessutale in altri apparati e tessuti di differente embriogenesi.

Premesso che non esistono correlazioni nervose che possano rendere ragione di questi fatti (= via nervosa riflessa), l'unica spiegazione soddisfacente delle simultanee modificazioni microvasali a distanza è rappresentata dalla teoria della realtà non-locale, fondata sull'embriogenesi.

Infatti, in tutti gli esempi riferiti, e naturalmente in molti altri, la risposta "a distanza" alla stimolazione fisica si manifesta esclusivamente in tessuti composti da cellule con identica origine, in accordo con la vecchia denominazione di "memoria embriologica". I dati semeiotico-biofisici, brevemente riferiti, a mio parere, possono offrire una risoluzione a problemi finora aperti, come i meccanismi d'azione della terapia omeopatica (Bedside Evaluation of Benefits and risks of homoeopathy. Sergio Stagnaro, *The Lancet*,

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS140673607617061/comments?totalcomments=3#1340>, November 22, 2007) e dei risultati di terapia antiaggregante e vaso-protettiva con somministrazione di acido-acetilsalicilico a dosaggi "minimi", a confronto del numero di piastrine e di endoteli favorevolmente influenzati: secondo Burton, citato da F. Pratesi (F. Pratesi. Microcircolazioni e Microangiologia. Ed. Minerva Medica, 1990, Parte Prima, pag. 20) la superficie luminale complessiva dell'endotelio microvasale, non dovrebbe essere inferiore a 6.500 metri quadrati.

*Dott. Sergio STAGNARO
Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica.
Riva Trigoso (Genova)
www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

**Paolo MANZELLI
Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa

c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze
www.edscuola.it/LRE.html

Cap.3

Pensare l'Impensato da Pensare. Bi-fasicità della Secrezione Ormonale.

"Non troverai mai la verità
se non sei disposto ad accettare
anche ciò che non ti aspetti".
(Eraclito)

Noi possiamo conoscere il mondo che ci circonda, e di cui facciamo parte, meglio di quanto è avvenuto finora, ma solo a patto di essere capaci e decisi a pensare heideggerianamente l'impensato da pensare. Questa condizione è inevitabilmente necessaria perché il nuovo dinamismo della nostra coscienza noetica ci permette di costruire ipotesi ardite e congetture audaci, "sufficientemente pazze per poter essere considerate vere scientificamente", esplorando l'ignoto che ci fornisce la conoscenza del noto, secondo l'insegnamento di K. Popper.

Nel nostro caso, i meccanismi fisiopatologici alla base dei numerosi *test*, manovre e riflessi semeiotico-biofisici, in minima parte noti prima della nascita della originale semeiotica fisica, erano privi di una soddisfacente spiegazione fino alla fine del mese di ottobre 2007.

Come ormai noto, la Semeiotica Biofisica Quantistica ha permesso a chi scrive di scoprire, negli ultimi cinque decenni, un grande numero di segni, manovre e *test* in attesa della migliore comprensione della loro insorgenza in condizioni differenti, pur essendo ben chiaro il senso ed il significato di ognuno di detti fenomeni, consentendone la pratica applicazione in modo affidabile ed utile. A questo punto, è sufficiente pensare che i nostri antenati, animati da uno spirito in parte pragmatico, hanno tratto notevoli vantaggi, finalizzati alla sopravvivenza ed al benessere dell'uomo, muovendosi, per esempio, sulla terra e sul mare seguendo la disposizione delle stelle in cielo, senza peraltro conoscerne la natura. Analogamente, i numerosi segni, manovre, *test* della Semeiotica Biofisica Quantistica si sono manifestati affidabili e preziosi per il medico ed il malato, una vera rivoluzione, nella diagnostica, nel monitoraggio terapeutico e nella ricerca, sebbene i meccanismi fisio-patologici alla loro base fossero rimasti praticamente sconosciuti per mezzo secolo.

Dal Novembre 2007, la meccanica quantistica e i suoi sviluppi successivi hanno fornito finalmente una adeguata chiave di soddisfacente lettura dei meccanismi fisiologici e fisio-patologici alla base dei dati raccolti *bedside* con un semplice fonendoscopio in oltre cinque decenni.

Per ripercorrere nel modo migliore la storia naturale dell'utilizzo della teoria quantistica nella interpretazione dei meccanismi sottostanti i segni semeiotico-biofisici, è consigliabile prima di tutto prendere visione della documentazione relativa al mio scambio epistolare con Paolo Manzelli, che recita una parte essenziale nella introduzione della meccanica quantistica nella Semeiotica Biofisica, divenuta così Quantistica, ampliandone gli aspetti teorici e pratici.

Nella mattina del 6 dicembre 2008 inviai la seguente e-mail al mio prezioso collaboratore con il titolo di "Rompicapo" :

<< Caro Paolo,

con comprensibile fatica ho letto l'interessante articolo (che naturalmente ri-leggerò). Come tradurresti in italiano *disentanglement*? Disaccoppiamento? Non-correlazione? Certamente le mie osservazioni segnalate a te sono meritevoli di una attenta riflessione, MAGARI dopo averti chiarito concetti di Semeiotica-Biofisica Quantistica, se necessario. In sostanza, dove c'è il Terreno Oncologico (= centri neuronali diencefalici mal strutturati e QUINDI mal funzionanti), e in posizione ben precisa nei confronti delle "perturbazioni" dovute alle forze di interazioni terrestri (nodi di Curri o Hartmann, con il capo dell'esaminando orientato Nord-Sud) "si passa" dalla simultaneità di "trasmissione" di EI alla sua trasmissione veloce, rapida, MA misurabile. La dico

grossa: prima le dimensioni erano tutte S, ora una è T. Rompicapo, ma insieme troveremo una verosimile, soddisfacente spiegazione.

Ti saluto cordialmente

Sergio >>.

Il mio prezioso amico fiorentino immediatamente mi fornisce le spiegazioni richieste con la sua inimitabile ed insuperabile chiarezza espressiva:

<< 06/DIC/2007.

Caro Sergio,

hai tradotto benissimo DISENTANGLEMENT = letteralmente DISINTRIGO. L'articolo è ora visibile in: www.wbabin.net ed in www.edscuola.it/LRE.html. Ritengo infatti che approfondendo le nostre argomentazioni di BIO-FISICA, dovremo chiarirci come avvenga la permutazione da una struttura spazio temporale Euclidea ad una altra a doppia o tripla dimensione temporale le quali conducono a definite modelli descritti sinteticamente da me nell'ENTANGLEMENT THEORY, nei quali la concezione di causa ed effetto in campo bio-fisico, non è più unicamente data da una catena di eventi connessi linearmente. Perciò nel caso della bi-dimensionalità temporale, il succedersi di cause ed effetti, viene sostituito da la BIO-CAUSALITA'.

Il cervello infatti nella percezione delle immagini, vedi ad esempio le immagini illusorie (ricordo per tutte la Vecchia e la Giovane) commuta da una mono-dimensionalità del tempo ad una doppia, sostanzialmente basata sullo (s)doppiamento delle due funzioni cerebrali della percezione relativa ai due emisferi che scindono le due modalità temporali in Passato e Futuro. In una dimensione non più sperimentale, come la effettiva visione di immagini illusorie, ma più profonda quale quella della Bio-fisica Quantistica, la doppia dimensione temporale, derivata dall'entanglement, dà luogo alla sovrapposizione di 4 onde di pura informazione, che per azione di "disentanglement" si ricompongono in due entità, che potremo denominare 1) - LOCAL MODE, dove il futuro è istante per istante separato dal passato e 2) -GLOBAL or NO-LOCAL MODE dove memoria ed esperienza del passato si confrontano per anticipare il futuro che corrisponde ad una modalità del pensiero (Olistico). Tali modalità che comunque vengono a dipendere dalle capacità funzionali del cervello umano, trovano corrispettiva corrispondenza con il trasferimento di informazione associato ad un tempo lineare (leggi per comodità emisfero sinistro) e con quello associato ad un tempo bidimensionale (leggi emisfero destro). Qui per adesso mi fermo!!!! Quando ero giovane, riflettevo a queste nuove dimensionalità del tempo per superare le incertezze e la confusione derivate dal moltiplicare il quadrivettore spazio-tempo in iperspazi correlati ad una misera unicità temporale di istanti, ognuno di essi privo di durata alcuna, che pertanto sono immaginabili, ma che di per se stessi sono del tutto inesistenti. Purtroppo trovai solo reazioni di incomprensione immediate a tutto ciò che cercavo di riordinare mentalmente.

Ricordo soltanto che un caro e sincero amico oggi scomparso (trattasi delle mie discussioni con il sindaco di Firenze LA PIRA in piazza SS. ANNUNZIATA a FIRENZE negli anni attorno al 1966/67) , ben più attento a ciò che dicevo NEL MODO PIU SEMPLICE POSSIBILE, mi disse "SE NON E VERO, CIO' CHE AFFERMI E' BEN TROVATO" . Infatti se le tue idee fossero acquisite porterebbero a soluzione molti problemi NON SOLO DELLA SCIENZA MA DELLA INCOMPRESIONE UMANA PROPRIO PERCHE' UNA REALTA' OGGETTIVA SEPARATA DALL' UOMO NON POTRA' MAI ESSERE PROVATA NELLA SUA GLOBALITA'. Oggi, ormai in Pensione, come sai, mi sento più libero di esprimermi anche in merito alla possibilità offerte da Internet, ma ... usando molta cautela, perchè sono convinto che la libertà di espressione deve essere condivisa per acquisire valore sociale. Purtroppo quanto sopra non e' semplice realizzarlo, proprio a causa di coloro che come sai bene, sistematicamente pretendono di offuscare ogni proposta di contenuti innovativi, per la paura che

essi pongano problemi alle posizioni dominanti di potere e di congiunti interessi di persone socialmente ed economicamente affermate. Potremo pertanto continuare a parlarne.

Un caro saluto

Paolo.

Di seguito la mia rapida risposta ancora una volta espressione della mia sincera gratitudine verso l'eccellente studioso che era riuscito a farmi comprendere nozioni, certamente non facili, che finalmente illuminavano le reali cause di tante mie scoperte, ormai accettate nella letteratura medica mondiale per la loro pratica applicazione, ma totalmente carenti per quanto riguardava la comprensione dei loro meccanismi fisiopatogenetici:

<< Caro Paolo,

La Pira aveva perfettamente ragione; l'uomo – come ha insegnato San Francesco – deve iniziare già da qui il sorgere del Regno. Come dire, dal molteplice all'Uno, iniziando il cammino a partire dallo spazio euclideo. Alle precedenti notizie sul mio e tuo rompicapo, aggiungo: il test dell'apnea (l'esaminando è invitato a NON respirare → O₂ tessutale ridotto → ATP ridotto → Energia libera diminuita!) altera la catena respiratoria mitocondriale, provocando *temporaneamente* il “Terreno Oncologico”. In questa condizione ANCHE gli individui PRIVI di Terreno Oncologico presentano la trasformazione della trasmissione di EI da “simultanea” a rapida, veloce, **MA** con tempo di latenza di 2 sec. NON simultanea!!! La EM è sempre la stessa ma la EV si riduce.

Per cui, la Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora la tua affermazione: $EM + EV - EI = 0$ oppure sbaglio?

Oggi stesso leggo gli articoli.

Ciao

Sergio >>

Riferito quanto precede, possiamo ritornare ora all'argomento oggetto del presente capitolo, vale a dire la bi-fasicità nella secrezione pulsata degli ormoni e la sua fondazione su un meccanismo di duplice natura, coinvolgente sia la meccanica quantistica, nella fase iniziale che quella classica, nella seconda fase.

Da sempre mancava una verosimile spiegazione per l'evoluzione temporale della serie di eventi che seguono, per esempio, la stimolazione dei *trigger-points* delle ghiandole a secrezione interna e dei centri neuronali dei vari *realising hormones*.

Nel sano, la pressione digitale di media intensità, applicata sopra il centro neuronale diencefalico del SST-RH (Fig. 1), così come la pressione “intensa” sopra un osso, *test della osteocalcina endogena*, “simultaneamente” provoca l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, sia a livello dei neuroni locali sia del pancreas, che in un primo, brevissimo tempo, continua le fluttuazioni fisiologiche del suo volume (= pancreogramma), ma poi si decongestiona raggiungendo i suoi minimi diametri, conservandoli per 10 sec. esatti, affidabile nel fare escludere al medico sia il diabete mellito in atto sia la costituzione diabetica.

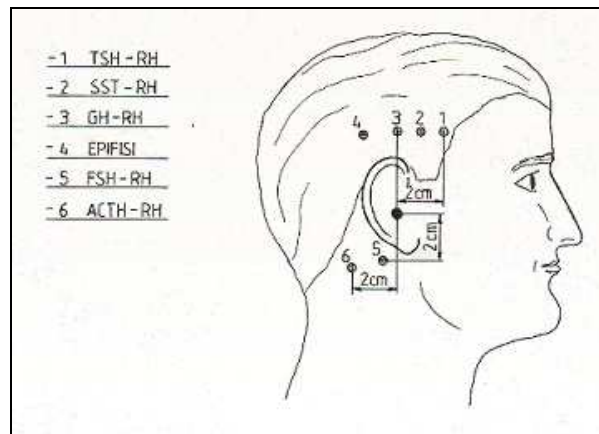


Fig. 1

Successivamente, la seconda e la terza decongestione pancreatica mostrano una durata in crescendo della durata di 20 sec. e 30 sec., rispettivamente, con una intensità dei diametri massimi inferiore a quella osservata nella prima valutazione.

Al contrario, ben differente è il comportamento del pancreas nel soggetto solo apparentemente sano ma con costituzione diabetica e congenito reale rischio diabetico: la durata della prima decongestione pancreatica può risultare ancora normale (10 sec.) oppure diminuita a non meno di 9 sec., in relazione alla gravità della sottostante predisposizione al diabete.

Tuttavia, i valori parametrici delle due successive fasi di aumento volumetrico della ghiandola risultano significativamente ridotti nei confronti dei valori fisiologici (NN 20 sec. e rispettivamente 30 sec.). Ovviamente le massime riduzioni di questo valore si riscontrano nel diabete conclamato, dove la durata della prima congestione pancreatica è inferiore sempre a 10 sec.

Non era in alcun modo possibile, sulla base della ammissione della sola realtà locale, caratteristica del meccanicismo deterministico, fondato sulla tradizionale causa/effetto e una matrice spazio/tempo quadrimensionale (3 DS e 1 DT), offrire una valida giustificazione della "simultaneità" di questi eventi, il cui riscontro pratico di notevole valore diagnostico era comunque utilizzato da me nella pratica quotidiana.

La corrispondenza con Paolo Manzelli, riportata sopra, si è rivelata illuminante per la possibilità di applicazione delle sue affascinanti teorie sulla triplice natura della Energia (EM, EV, EI) anche alla Semeiotica Biofisica Quantistica e non soltanto alla Fisica e all'Arte.

Infatti, l'accurata analisi degli eventi semeiotico-biofisici e microangiologici clinici che fanno seguito all'inizio della stimolazione delle ghiandole a secrezione interna e dei centri neuronali per i vari *releasing hormones* consentono di comprendere perfettamente l'esistenza e l'importanza del ruolo svolto dalla realtà non locale nella ermeneutica della secrezione ormonale bi-fasica e dalla duplice natura.

Ancora una volta, solo ricorrendo alle conoscenze della realtà non locale, dove non esiste il trasporto di informazione con dispendio energetico, ed alla meccanica quantistica è attribuibile la spiegazione della simultanea stimolazione dei relativi *trigger-points* e dell'attivazione microcircolatoria sia nei centri neuronali diencefalici, per esempio, nell'SST-RH e nell'epifisi, sia nel pancreas, dove in un primo tempo compare l'aumento significativo dei diametri, a cui fa seguito la rapida decongestione pancreatica, esattamente a partire dal settimo minuto dall'inizio della stimolazione.

A questo punto, infine, dopo un tempo di latenza fisiologico di 8 sec., compare il riflesso gastrico specifico che persiste per un tempo inferiore a 4 sec. (= efficacia della Riserva Funzionale Microcircolatoria), scomparendo poi temporaneamente per la durata $> 3 \text{ sec.} < 4 \text{ sec.}$, tempo di latenza differenziale, il cui valore è identico a quello della dimensione frattalica delle fluttuazioni microcircolatorie dei corrispondenti centri neuronali esaminati, valutata anche con maggiore precisione in modo più sofisticato.

L'articolo che segue illustra nel modo più chiaro i concetti sopra brevemente illustrati. Si tratta di un articolo pubblicato il 05-12-2007, nel sito www.fce.it, che ospita numerosi miei lavori nella sezione dedicata alla Semeiotica Biofisica, alla URL http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45

Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali

Sergio Stagnaro e Paolo Manzelli

Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica

In un precedente articolo (1), per la prima volta abbiamo dimostrato la presenza di una realtà non-locale nei sistemi biologici, osservata con la Semeiotica Biofisica Quantistica. Da molto tempo uno di noi aveva osservato fenomeni biologici, alcuni dei quali paradigmatici e riferiti nel presente articolo, che sfuggono a qualsiasi interpretazione fondata sulla fisica classica.

Al contrario, una soddisfacente spiegazione dei meccanismi fisio-patologici di questi eventi, finora sconosciuti, è stata ottenuta mediante una loro lettura in chiave quantistica, come abbiamo dimostrato nel citato articolo.

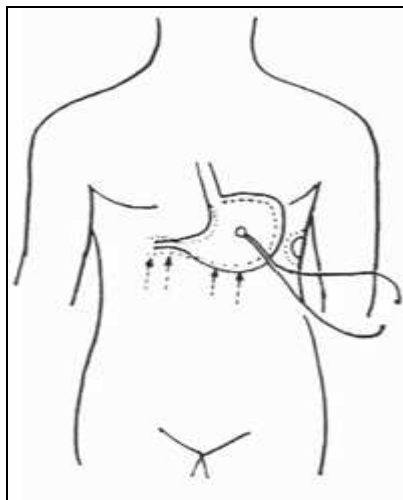
La presenza di **una realtà non-locale in biologia**, a parere di chi scrive, non deve affatto stupire. Infatti, il trasferimento dell'ermeneutica quantistica dal mondo sub-microscopico alla dimensione macroscopica, tenuto conto dell'insegnamento dell'embriologia, è giustificato dal fatto che la realtà che cade nel dominio dei sensi nel normale processo noetico è fondata su particelle sub-atomiche che danno origine ad atomi, questi a molecole ed infine alla cellula in seguito alla organizzazione sempre più complessa delle varie strutture molecolari per formare gli organuli endocellulari e le varie membrane.

In realtà, le difficoltà interpretative, per uno di noi, sono sorte molto anni or sono, prima della nascita della Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica che le ha evidenziate ulteriormente, cioè a dire quando furono scoperti numerosi riflessi e la presenza del caos deterministico in tutti i sistemi biologici, inspiegabili con le presenti conoscenze scientifiche. Come tutti i sistemi biologici, il fegato oscilla sei volte al minuto secondo un periodo che varia da 9 sec. a 12 sec. (valore medio = 10,5, numero frattale) e un'intensità "convenzionale variabile tra 1 cm. e 3 cm. (2-5). Ne consegue che non è possibile calcolare contemporaneamente il suo volume e la velocità del suo moto, che è proprio di tutte le sue parti: lobi, lobuli, cellule, molecole, atomi e particelle sub-atomiche. In questo articolo, facendo ricorso alla meccanica quantistica, eventi biologici di natura endocrinologica, finora in attesa di una soluzione, sono soddisfacentemente chiariti, originando nuove intuizioni in endocrinologia.

Problemi Endocrinologici sollevati dalla Semeiotica Biofisica Quantistica

Esaminiamo le seguenti evidenze sperimentali. A) A riposo, nel sano, si valutano con la **Semeiotica Biofisica Quantistica i Potenziali Neuronal Evocati, PNE**: l'esaminando, supino psicofisicamente rilassato e ad occhi aperti per evitare la secrezione melatoninica (11, 12), su rapido invito del medico (per esempio, dicendo SI'), comprime il polpastrello del pollice contro l'indice, dopo che il medico ha iniziato ad esercitare una "leggera" pressione manuale sopra la superficie interna del braccio omolaterale, al di sopra del gomito): fisiologicamente il tempo di latenza del riflesso nervo brachiale-gastrico aspecifico (Fig. 1) è 2,5 sec. (in realtà, è riconosciuta l'attivazione

microcircolatoria del nervo associata ai fenomeni di trasmissione locale, caratterizzati dalla depolarizzazione-ripolarizzazione nervosa (13-16).



(Riflesso gastrico aspecifico: il fondo e il corpo dello stomaco sono dilatati, mentre il giunto antropilorico è contratto. Per informazioni, V. <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/>, Pagine Tecniche, N° 1)

Trascorsi almeno 10 sec. dalla fine dell'indagine (necessari per evitare i miglioramenti di ossigenazione nervosi legati al Precondizionamento!), il medico ripete la valutazione degli stessi PNE. Tuttavia, nella seconda valutazione, esattamente 2 sec. esatti dall'inizio della pressione dei due polpastrelli l'uno contro l'altro, l'esaminando è invitato a chiudere velocemente gli occhi (stimolazione della secrezione melatoninica, che rallenta la trasmissione nervosa). Interessante, **il tempo di latenza del riflesso nervo brachiale-gastrico aspecifico appare fisiologicamente allungato**, salendo da 2,5 sec. (valore basale) a 5-6 sec., "simultaneamente" alla stimolazione epifisaria (occhi chiusi).

B) Il pancreas, stimolato a secernere insulina mediante uno dei numerosi metodi semeiotico-biofisici (6-8), mostra macroscopicamente **un aumento della durata delle sue fisiologiche oscillazioni**, corrispondenti all'incremento dei suoi diametri. Almeno tre ore lontano dai pasti, il margine pancreatico inferiore si abbassa, rimanendo in questa posizione (fase AL + PL) per 7,5 sec. (= la secrezione insulinica fisiologicamente è pulsata) (6-8). Tuttavia, se nella successiva valutazione, dopo il sesto minuto della fluttuazione, per evitare gli effetti del preconditionamento, il medico invita l'esaminando a chiudere gli occhi (= la melatonina attiva la secrezione insulinica, sia direttamente sia indirettamente attraverso, per es., la somatostatina) la durata della fluttuazione del pancreas, "simultaneamente" alla stimolazione epifisaria, sale in modo significativo da 7,5 sec. a 9,5 sec.

C) A mia conoscenza, **nella letteratura non è riferito nessun collegamento nervoso tra le ghiandole salivari** (parotide, sotto-linguali) **e la secrezione pancreaticata**. Se il medico palpa con un polpastrello digitale, per esempio, una ghiandola salivare sottolinguale, "simultaneamente" il pancreas appare stimolato. Infatti, è noto che lontano tre ore dai pasti, come sopra riferito, la durata della Fase AI + PL pancreaticata (praticamente la durata dell'abbassamento del margine inferiore pancreatico) è di 7,5 sec. Tuttavia, se il medico stimola col polpastrello di un dito una ghiandola salivare dopo il 6° secondo dell'inizio dell'oscillazione del pancreas, "simultaneamente" si osserva un incremento dei diametri pancreatici, in accordo alla teoria dell'Angiobiopatia (correlazione funzionale tra parenchima e relativi microvasi) dalla durata di 9,5 sec. (Valore a riposo: 7,5 sec.).

D) Ho dimostrato in un precedente articolo (9), illustrando in seguito l'argomento in un **convegno tenutosi a Riccò del Golfo** (Bioarchitettura&Geobiologia&Legno, Sabato 15 luglio 2006: "Terreno Oncologico e sensibilità alle reti di interazione naturale") che soltanto individui positivi per il Terreno Oncologico, cioè con alterazione funzionale congenita del sistema psico-neuro-endocrino-immunitari presentano tipiche alterazioni di attività biologiche, come per esempio la secrezione insulinica, che diminuisce. Inoltre, queste alterazioni sono indotte quando il capo (= centri neuronali diencefalici) si trova sopra un nodo di Curri, o di Hartmann, rivolto verso il Nord o il Sud, cioè nella dirazione dell'asse elettromagnetico terrestre.

Premesso questo, poniamo attenzione alla seguente interessante evidenza sperimentale: **il soggetto da esaminare**, positivo per il Terreno Oncologico, **si trova in posizione eretta sopra un nodo di Hartmann**, ma con l'asse antero-posteriore del corpo NON in direzione Nord-Sud, bensì leggermente deviata. In questa condizione spaziale la secrezione insulinica tre ore circa lontano dai pasti, come descritto sopra, è fisiologicamente caratterizzata da macroscopiche fluttuazioni del pancreas della durata di 7,5 sec., valutate come abbassamento del margine inferiore della ghiandola pancreatica.

Al contrario, se l'esaminando ruota rapidamente il capo verso uno dei due poli terrestri, i centri neuronali diencefalici – epifisi, SST-RH, GH-RH, TSH-RH – sono subito stimolati (5, 9) e "simultaneamente" le fluttuazioni pancreatiche mostrano una riduzione della durata della fase AL + PL che passa dal valore basale di 7,5 sec. a 6 sec., espressione della diminuita secrezione ormonale, in accordo alla Teoria dell'Angiobiopatia (10).

L'impensato da pensare: una spiegazione quantistica

Una possibile spiegazione delle esperienze sopra riferite, facilmente riproducibili da parte di chi conosce la Semeiotica Biofisica Quantistica, è la seguente, fondata sulla **presenza di una realtà non-locale nei sistemi biologici** (1). Come noto, la realtà non locale, è quella in cui non è possibile contemporaneamente localizzare una particella e calcolarne contemporaneamente la velocità del suo movimento. Infatti, nei sistemi biologici a cui è stato fatto riferimento, cellule di identica origine embrionale (cellule ghiandolari, salivari ed insulo-pancreatiche da una parte, cellule nervose centrali e periferiche, dall'altra, etc.) reagiscono simultaneamente, come un tutto unico nei confronti di stimoli esercitati soltanto su una parte del tutto (1). Un altro fondamentale evento in Endocrinologia, finora non chiarito, è il seguente: **nel sano, l'insieme delle cellule di una ghiandola a secrezione interna**, per esempio, le cellule beta-pancreatiche delle isole di Langherans, **secernono insulina in modo pulsato e correlato**, cioè in perfetta sintonia di fase, come se si trattasse di "una" sola cellula. La quantità prodotta è in funzione dei numerosi stimoli, come quelli originati dalla presenza del cibo nel tratto intestinale. Questo indipendentemente dal possibile riposo alternato all'attività secernente di cellule insulo-pancreatiche. Non è possibile spiegare in modo completo la secrezione ormonale contemporanea di tante cellule con le nostre attuali conoscenze endocrinologiche. Io penso alla presenza di un locale pace-maker che regoli l'attività secernente di tutte le cellule e che risulti soggetto al flusso di forze interattive terrestri, ricodato sopra, in modo identico alla stimolazione dei neuroni dei centri diencefalici, in soggetti con alterazioni congenite del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, esitando nella ridotta secrezione insulinica.

Appare interessante il fatto, a mia conoscenza finora sconosciuto, che se sopra un nodo di Hartman o di Curri è collocata "soltanto" la testa dell'esaminando orientando l'asse antero-posteriore verso il Nord o il Sud, mentre il pancreas è situato al di fuori di questa posizione critica, anche la secrezione di insulina è influenzata negativamente.

D'altra parte, se invertiamo la collocazione di questi organi, o molto più semplicemente se il pancreas è sul nodo di forze interattive con direzione del suo asse antero-posteriore verso i poli terrestri, mentre la testa è ruotata a destra o a sinistra, la funzione del sistema psico-neuro-

endocrino-immunitario risulta depressa esclusivamente nei soggetti positivi per il Terreno Oncologico, corroborando la tesi esposta della concezione quantistica dei rapporti parte-tutto (ologramma).

Conclusioni

Come afferma Karl R. Popper, noi spieghiamo il noto mediante l'ignoto (17). Gli eventi paradigmatici riportati sopra corroborano chiaramente l'affermazione dell'epistemologo fallibilista. Non si tratta affatto di privilegiare la fisica non-lineare, trascurando quella classica, oppure la realtà non-locale in confronto della locale. In realtà, e' opportuno **sottolineare l'importanza della NON LOCALITA' in BIOLOGIA al fine di spiegare ciò che fino ad oggi è rimasto un problema senza soddisfacente soluzione.**

Questo, dunque, è il messaggio da trasmettere ai medici di oggi e domani, dimostrando la validità sperimentabile e la facile riproducibilità delle affermazioni empiriche presenti nell'articolo, nell'interesse del malato e della Medicina. Se associamo la meccanica quantistica a quella classica anche nella dimensione macroscopica, propria della seconda, numerosi eventi biologici ed in particolare endocrinologici sono compresi in modo ottimale, cos' come la comprensione della sintesi degli ormoni e dei loro meccanismi d'azione.

Bibliografia

1. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Novembre 2007. www.ilpungolo.com Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia.
2. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Moscatelli G., Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 155, 125,1996.
3. 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.
4. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994.
5. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004 www.traelfactory.it
6. Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV,1978
7. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. Acta Med. Medit. 13, 125, 1997.
8. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99,1997.
9. Stagnaro S. Semeiotica Biofisica Quantistica, GeoBiofisica Quantistica e Geopatie. <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>)
10. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
11. 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>
12. Stagnaro Sergio Endothelial cell function can ameliorate under safer drugs, such as Melatonin-Adenosine. BMC Cardiovascular disorders. <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/4/comments> 2004
13. Stagnaro S., Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. Min. Med. 76, 1211, 1985 [Medline]

14. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Il Segno di Bilancini-Lucchi nella diagnosi clinica del diabete mellito. The Pract. Ed. It. 176, 30, 1993.
15. Stagnaro-Neri M. Stagnaro S., Diagnosi percusso-ascoltatoria e monitoraggio terapeutico della sindrome Magnesio-carenziale. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 147, 259,1988.
16. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Percussione Ascoltata della Sindrome Ferro-Carenziale. Med. Praxis 17, 4, 1, 1986.
17. K.R. Popper, Conoscenza Oggettiva, Armando Ed., Roma, 1975

Dott. Sergio Stagnaro

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica

www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

Dott. Paolo Manzelli

Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa

c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze

www.edscuola.it/LRE.html

Cap. 4

Manovra di Lory nella Diagnosi Precoce e nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito.

Ma venga pure la cattiva sorte /
le agguinceremo la nostra forza /
le insegneremo l'arte
(J.Donne - da *Canzone*)

La Semeiotica Biofisica Quantistica ha reso possibile riconoscere la costituzione diabetica, il dipendente reale rischio congenito diabetico ed ovviamente di diabete mellito in atto, conclamato, ad iniziare dalla forma silente, dal punto di vista clinico-laboratoristico e/o nello stadio iniziale di dismetabolismo glico-lipidico (1-12) (V. Pratiche Applicazioni, sei lavori sul Diabete e Valutazione Clinic dell'Attività dei PPARS epatici, in www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it).

E' importante ricordare l'attuale possibilità di valutare quantitativamente *bedside* i valori della glicemia, la secrezione insulinica, l'iperinsulinemia-insulinoresistenza (6, 7, 14, 15, 17), dove il ruolo diagnostico centrale è svolto dalla presenza dei Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco neoformati-patologici, tipo I, sottotipo b), aspecifico, nel microcircolo delle isole di Langherans e soprattutto nel muscolo scheletrico, principale sede della resistenza all'insulina, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (7, 9, 11, 12-27).

A questi numerosi ed affidabili metodi clinici, la cui applicazione presenta ovviamente gradi diversi di difficoltà tecnica, si è aggiunta un'altra manovra realmente elegante ed originale per il suo meccanismo fisio-patologico, fondato sulla simultaneità di eventi che avvengono per risonanza nella realtà non locale, sia in chimica sia in biologia.

Nel sano, la **Manovra di Lory**, cioè la stimolazione parotidea, o di altra ghiandola salivare, mediante pressione digitale intensa, provoca "simultaneamente" l'attivazione microcircolatoria pancreatica, di tipo I, associato, riconosciuta e quantizzata mediante l'aumento volumetrico della "ghiandola salivare addominale" (= in pratica, si osserva l'abbassamento del margine inferiore del pancreas), illustrato di seguito con l'articolo dedicato all'**Esperimento di Lory**, pubblicato in numerosi siti italiani e stranieri, a cui ha fatto inevitabilmente seguito l'omonima manovra.

A partire dalla nascita, il caratteristico comportamento del volume pancreatico, in fisiologia e in patologia, durante pressione digitale applicata sopra una parotide, permette in un minuto al medico di riconoscere come sano il pancreas o, d'altra parte, di diagnosticare la costituzione diabetica, il reale rischio congenito di diabete ed il diabete in atto.

Infatti, la reazione ghiandolare alla pressione digitale "intensa", applicata sopra la parotide, è in funzione del modo di essere e di funzionare del parenchima insulare, correlato con quello del relativo sistema microcircolatorio, secondo l'Angiobiopatia (16). L'alterazione dell'aumento volumetrico del pancreas e della sua durata sono valori parametrici correlati inversamente alla disfunzione delle cellule beta-insulo-pancreatiche, valutata mediante l'alterazione strutturale e funzionale del locale microcircolo.

Nel sano, durante stimolazione parotidea persistente oppure a seguito di "intensa e istantanea" pressione digitale applicata sopra una parotide, il pancreas aumenta il volume del corpo e della coda in modo statisticamente significativo per la durata di 10 sec. esatti, quindi ritorna al volume di base. Dopo 3 secondi esatti, i diametri aumentano una seconda volta in modo identico per intensità, ma persistendo tali per 20 sec. Successivamente, la durata del terzo aumento volumetrico pancreatico, insorto dopo 3 sec. di decongestione ghiandolare, è significativamente elevata, salendo a 30 sec.

Al contrario, nell'individuo con costituzione diabetica la durata del primo aumento volumetrico pancreatico è inferiore ai fisiologici 10 sec., non scendendo però sotto i 9 sec., l'intervallo è superiore a 3 sec., e i diametri pancreatici non raddoppiano né triplicano, rispettivamente, nelle due successive fasi, divise da tempo di latenza maggiore di 3 sec., in relazione inversa al precedente valore parametrico

Infatti, la difettosa risposta del pancreas alla stimolazione della parotide, o di altra ghiandola salivare, è in relazione diretta con la gravità dell'alterazione del metabolismo glicidico, mostrando le durate minime dell'aumento dei diametri e la massima durata degli intervalli tra le varie fasi nel **diabete in atto**, specialmente se scompensato, espressione della coerenza interna ed esterna della teoria semeiotico-biofisico-quantistica.

Tutti gli autori sono d'accordo che il diabete mellito tipo 2 rappresenta una delle più gravi epidemie del nostro tempo. Da sempre sostengo, anche su autorevoli siti e riviste (18-23), che dobbiamo seguire nuove vie di lotta al diabete per ridurre il numero di diabetici, evitando le cosiddette "complicazioni" diabetiche, morbigene e mortali, che insorgono decenni prima della fenomenologia laboratoristica e clinica della patologia.

Nel mondo oggi si calcolano in 250 milioni le persone colpite dal diabete nonostante le costose campagne di prevenzione della patologia, sempre rivelatesi inutili, come ho denunciato in Lettere Aperte a vari Ministri della Salute (Vedere Cap. 10).

Il concetto di Reale Rischio Congenito, a cui ho dedicato la precedente Monografia (27), dipendente dalla relativa costituzione semeiotico-biofisico-quantistica, è valido ovviamente sia per il diabete sia per tutte le più frequenti e gravi malattie, come la CVD, la Sindrome Metabolica, l'ipertensione arteriosa, il cancro, solido e liquido, oggi vere epidemie in continuo, allarmante aumento, che rappresentano la prima causa di morte assieme alle cosiddette "complicazioni" diabetiche (24-27).

Bibliografia.

- 1) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Valutazione percusso-ascoltatoria del Diabete Mellito. Aspetti teorici e pratici. Epat. 32, 131 1986
- 2) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004 [http://www.travelfactory.it/semeiotica Biofisica Quantistica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm)
- 3) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 4) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. Una Patologia Mitocondriale Ignorata. Gazz Med. It. - Arch. Sci. Med. 144, 423, 1985 (Infotrieve).
- 5) Stagnaro S. Diet and Risk of Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2002 Jan 24;346(4):297-298. [MEDLINE].
- 6) Stagnaro S.-Neri M. Stagnaro S., Sindrome di Reaven, classica e variante, in evoluzione diabetica. Il ruolo della Carnitina nella prevenzione del diabetemellito. Il Cuore. 6, 617, 1993, [MEDLINE].
- 7) Stagnaro Sergio. Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. *The Lancet*. March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalcomments=1> 2007 ora pubblicati in 27).
- 8) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14> 2007

- 9) Stagnaro Sergio. Rimodellamento Microvascolare, Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e Reale Rischio Semeiotico-Biofisico. Ruolo dei Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati-patologici, www.clicmedicina.it, 10/4/2007, <http://www.clicmedicina.it/pagine%20n%2028/rimodellamento.htm> 2007
- 10) Stagnaro Sergio. Biophysical-Semeiotic Constitutions play a pivotal role also in age-related diseases. *Immunity & Aging*. 12 June 2007 <http://www.immunityaging.com/content/2/1/8/comments#285549> 2007
- 11) Stagnaro Sergio. New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann. Int. Med.* <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 12) Stagnaro Sergio. *Cardiovascular Diabetology*, Biophysical-Semeiotic Bedside Evaluation of Leptin. <http://www.cardiab.com/content/6/1/18/comments#284581>
- 13) Stagnaro Sergio. Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a) oncologici e b) aspecifici. Ed. Travel Factory, Roma, 2007. <http://www.travelfactory.it>
- 14) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. *Acta Med. Medit.* 13, 125, 1997
- 15) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 – *Acta Med. Medit.* 13, 99, 1997
- 16) **Stagnaro Sergio.** Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
- 17) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Il Segno di Bilancini-Lucchi nella diagnosi clinica del diabete mellito. *The Pract. Ed. It.* 176, 30, 1993.
- 18) **Stagnaro S.** Pre-metabolic syndrome: the real initial stage of metabolic-syndrome, type 2 diabetes and arteroscleropathy. *Cardiovascular Diabetology* 3:1 <http://www.cardiab.com/content/3/1/1/comments> 2004
- 19) **Stagnaro S.** Pre-Metabolic Syndrome: Locus primary prevention. NYAS web site. <http://www.memberconnections.com/olc/membersonly/NYAS/mboards.html> 1999
- 20) **Stagnaro Sergio.** Bedside recognizing diabetics with or without CHD real risk or silent CHD. *BMC Cardiovascular Disorders* 2006, 6:41 <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/6/41/comments#243544> 2006
- 21) **Stagnaro Sergio.** Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Sep;61(9):1143-4. Epub 2007 Feb 7. [MEDLINE].
- 22) **Stagnaro Sergio.** Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. *The Lancet.* March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalcomments=1>
- 23) **Stagnaro Sergio.** New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann. Int. Med.* <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 24) **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. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 25) **Stagnaro Sergio.** Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009. <http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 26) **Stagnaro Sergio.** Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>

27) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, Luglio 2009.

Breve Storia dell'Esperimento di Lory

Durante il pranzo di Natale del 2007, da me consumato come al solito nel pavese, a Villanterio, insieme a moglie, figli, genero, nipoti e cognati, la discussione cadde inevitabilmente sulla mia recente conoscenza del geniale chimico fiorentino, Paolo Manzelli, che ha suggerito il termine di **Semeiotica Biofisica Quantistica**, e la cui collaborazione aveva portato già a numerosi lavori dedicati a questo argomento, messi in rete e fatti conoscere alla comunità scientifica mondiale.

In realtà, Paolo Manzelli non soltanto mi ha illuminato sulla possibile evoluzione della meccanica quantistica, da me successivamente utilizzata nella ermeneutica e negli sviluppi della semeiotica fisica, ma soprattutto mi ha fatto comprendere in modo decisamente completo i meccanismi fisiopatologici alla base di moltissimi segni, *test* e manovre semeiotico-biofisiche, scoperti ed ovviamente utilizzati con successo per decenni, anche senza la conoscenza della possibile, accettabile, spiegazione dei meccanismi fisiopatologici sottostanti ad ognuno di loro.

E' un fatto ben noto che, pure ignorando origine e struttura delle stelle, i nostri antenati se ne servivano utilmente per dirigere il loro cammino con esattezza e raggiungere felicemente la meta dopo lunghi viaggi. Tuttavia, solo dopo i notevoli progressi tecnologici e la migliore conoscenza del cosmo, l'uomo è riuscito a mettere il piede sulla luna.

Analogamente, la completa conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla base dei segni, manovre, prove dinamiche alla base della originale semeiotica biofisica-quantistica ci permetterà, in un prossimo futuro, di riuscire a debellare la maggior parte dei casi di diabete, malattie cardiovascolari e tumori maligni, un evento che è sfuggito alla Medicina di Marte, che ha preferito lo *screening* e la terapia alla Prevenzione Primaria, propria della Medicina di Venere, fondata sulla *Single Patient Based Medicine*.

Quando tutto lasciava credere che la discussione sui frattali e sulla meccanica post-quantistica si avviasse alla sua conclusione, con la "simultaneità" caratteristica dell'informazione-energia nella realtà non locale dei sistemi biologici, mia nipote Lorenza, per gli amici Lory, autrice di numerosi articoli di diffusione dei progressi della Medicina, apprezzati giustamente per chiarezza espressiva ed efficace sintesi, diede l'ennesima prova del suo positivo pensiero, orizzontale, verticale, creativo e di una logica irreprensibile.

"Zio", disse, "se mia mamma e la zia sono gemelle monovulari, e se l'informazione nella realtà non locale è simultanea in tessuti che hanno la stessa origine embrionaria, allora tutto ciò che avviene in mia madre deve essere osservato anche nella zia Marina".

Comprensibilmente il pranzo natalizio fu immediatamente interrotto per procedere alla prima esecuzione dell'esperimento, ripetuto poi la sera stessa quando le due gemelle erano distanti l'una dall'altra circa 200 chilometri, come riferito nell'articolo che segue, messo in rete per la prima volta su www.ilpungolo.com dal suo direttore, dott. Giovanni Venezia, mio indimenticabile amico, ed ora anche in numerosi siti di scienza, tra cui il famoso www.nature.com, per esempio, alla URL <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>, con il titolo: Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics.

L'importanza scientifica dell'Esperimento di Lory è stata evidenziata, in modo insuperabile dal punto di vista ermeneutico, dalla Redazione di *Scienza&Conoscenza*, che ha pubblicato l'articolo alla URL <http://www.scienzaeconoscenza.it/articolo.php?id=17775>, precedendolo con la seguente gratificante introduzione; come diceva il Savonarola, "Virtus laudata crescit".

"Un medico e un chimico, entrambi di mente aperta, uniscono la loro esperienza per documentare - per la prima volta - il rapporto esistente tra il mondo macroscopico e la realtà locale, e il mondo microscopico e la realtà non locale in Biologia, dal punto di vista della fisica quantistica. Tale primo(e non ultimo) esperimento dimostra gli stretti legami tra l'IMPLICITO e l'ESPLICITO di D. Bohm".

Ecco spiegato come è nato l'Esperimento e perchè esso porta il nome di Lory!

Successivamente ho dimostrato che la simultaneità dell'informazione avviene anche tra individui non gemelli, neppure consanguinei e, fatto interessante sul piano religioso, tra uomini ed animali, a dimostrazione che siamo tutti figli di una stessa Madre!

A questo punto, mi sembra utile riferire di seguito un mio commento messo in rete nel Blog raivaticano, in cui è implicita la corroborazione scientifica dell'affermazione di John Donne, ma anche di Thomas Merton, contenuta in "Nessun uomo è un'isola" (Meditation XVII):

<http://raivaticano.blog.rai.it/2009/06/30/proposta-del-blog-adottiamo-un-sacerdote/#comments>
Stagnaro Sergio, [Giugno 30th, 2009 alle 13:13](#)

Ancora una volta con piacere constato che questo Blog è unico per vari motivi, specialmente per l'onestà intellettuale dei suoi conduttori (V. il mio commento alla URL <http://raivaticano.blog.rai.it/2009/06/24/il-faccia-a-faccia-tra-pio-e-benedetto/#comments>, che apparirebbe erroneamente ad anime prevenute come un attacco al Santo Padre, mentre altro non è che una sincera critica costruttiva, un contributo alla conversione dell'uomo, stimolata da Benedetto XVI). Intervengo brevemente per dire che il pregare per una persona e per la sua attività svolge una benefica azione, oggi dimostrabile in termini fisici e biologico-molecolari, cioè scientificamente (chiedere a <http://www.google.com>: Diagnostica psicocinetica). Solo un esempio, la preghiera, fatta con "fede profonda", aumenta in un sofferente la sintesi degli anticorpi e il livello tessutale di endorfine, rinforzando l'organismo del diretto interessato. La condizione indispensabile perchè tutto questo, ed altro..., possa avvenire, provocato dalla INFORMAZIONE-ENERGIA, secondo il mio prezioso amico Paolo Manzelli di Firenze, è, appunto, la Fede Profonda, che in termini scientifici significa familiarizzare con l'Energia Informazione, AMORE, e per me - lo ripeto ancora una volta assumendomene ogni responsabilità "scientifica" - Spirito Santo. Ecco alla luce della Semeiotica Biofisica Quantistica il Senso ed il Significato del pregare perchè il Bene possa prevalere nelle forme più differenti in questa valle di lacrime. Certamente, i Membri di Controllo delle Attività "paranormali" (loro, non mia, definizione!), composta da parecchi atei di scarso statuto ontologico, chimici, fisici, farmacisti, astronomi, MA non medici-clinici, che non conoscono affatto la Semeiotica Biofisica Quantistica, sentenzierebbero un giudizio negativo ... comprensibilmente.

LIMITI DELLA MEDICINA UFFICIALE. L'ESPERIMENTO DI LORY

di Sergio Stagnaro , Paolo Manzelli

03 Gennaio 2008. www.ilpungolo.com
<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5267>

"Chi non ha senso del domani non avrà senso nell'oggi:
l'oggi è inesorabilmente sempre venturo;
non così le cose sperperate."
(Alfredo Obertello: L'oro ch'è cibo).

All'inizio del terzo millennio, la Medicina Ufficiale, Accademica, Tradizionale dell'Occidente, inorgogliata da progressi pragmatici apparentemente epocali, con desolante imbarazzo riesce appena a sottrarsi alla presa di coscienza dell'esistenza di fatti ampiamente descritti in letteratura, con i quali dovrà quanto prima confrontarsi nell'assoluta incapacità di risolverli disponendo di un armamentario ermeneutico carente dal punto di vista fisiologico e fisiopatologico. Innanzitutto è opportuno sottolineare che le ragioni principali di questa situazione di debolezza dei fondamenti, giunta ormai ad un punto critico, risiede nella totale chiusura della Medicina occidentale ad altre discipline, come la fisica quantistica, ad altre culture, come quella orientale, e soprattutto al coprire di silenzio i progressi della Semeiotica Biofisica Quantistica, anche se nata nel seno della Semeiotica Fisica tradizionale, anzichè affrontarli criticamente.

In *Noctes Atticae* Aulo Gello (II sec. d.C.) afferma "Veritas Filia Temporis!" (V. tutti gli articoli sulla Realtà non locale e la Semeiotica Biofisica Quantistica quantistica riferiti nella Bibliografia del mio sito www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it).

Incominciamo con l'esaminare alcuni fatti esemplari che la Medicina occidentale non può fingere a lungo di ignorare perché, non sapendo fornire alcuna spiegazione, rivelerebbe i suoi mostruosi limiti teorici e metodologici.

"Il riduzionismo meccanico basato sulle interazioni biunivoche tra Energia e Materia, ci impedisce di capire la attività di informazione simultanea a distanza. Infatti, facendo seguito alle sperimentazioni di tele-trasporto sappiamo anche sperimentalmente che due particelle quantiche possono rimanere in un campo di informazione condiviso. Ciò avviene in seguito di una operazione di costrizione di entrambe le particelle in una dimensione insufficiente dello spazio tempo ed al successivo collasso della loro energia in energia di pura informazione. In seguito a tale operazione quantistica detta di "Entanglement/Dis-Entanglement" le due particelle pur distanziate, permangono simultaneamente informate l'una dell'altra entro una dimensione temporale bidimensionale (T1-T2). Ciò significa che essendo modificato il cronotopo da (3D.S + 1D.T) in (2D.S + 2D.T), conseguentemente anche le relazioni causali tra gli eventi a cui partecipano le particelle quantiche, vengono a modificarsi, passando da una successione lineare relativa ad un tempo lineare (T0) ad un'altra di RETRO-CAUSALITA' nella quale il tempo T2 può essere considerato come uno specchio del tempo (T1), così da permettere, mediante un "eco-retroattivo", l'interscambio simultaneo di pura informazione tra le particelle nuovamente separate" (Paolo Manzelli).

A)-La pressione digitale non occludente l'arteria radiale, applicata – per esempio – sopra il terzo inferiore del vaso arterioso, è "simultanea" all'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, NON soltanto nel microcircolo del polpastrello digitale delle dita della mano omolaterale (riduttivamente ed erroneamente spiegabile dalla Medicina Ufficiale), ma anche dell'unità

microvascolotessutale dei polpastrelli delle dita della mano controlaterale. Notoriamente, secondo le attuali conoscenze di fisiologia non esistono riflessi tra i primi e i secondi macro- e micro-vasi.

B)-La stimolazione della cute soprastante il ginocchio destro, mediante massaggio manuale o applicazione di NIR-LED (LLLT), è simultanea all'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, in tutte le altre grandi articolazioni e nei surreni.

C)-Il ripetuto massaggio della cute soprastante il processo stiloideo del radio di destra è "simultanea" all'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato (oggi volgarmente definiti con il termine di iperemia attiva), nella sola tonsilla omolaterale. L'identica stimolazione applicata a livello del processo stiloideo di sinistra è "simultanea" agli stessi fenomeni microcircolatori nella tonsilla sinistra.

D)-Il drenaggio manuale della mammella destra è seguito dall'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, per i noti motivi di intervento sui rapporti "free-water/bound water"interstiziali che partecipano alla regolazione della vasomozione locale. "Simultaneamente"anche nella mammella sinistra si osserva attivazione microcircolatoria di tipo I, associato. Non esistono riflessi nervosi che correlano i due seni.

E)-"Simultaneamente" alla stimolazione digitale e separata del terzo superiore, medio ed inferiore dell'arteria radiale destra appare l'attivazione microcircolatoria di tipo I associato rispettivamente del fegato, rene e la dilatazione ciecale. Inoltre, all'identica stimolazione dei tre segmenti dell'arteria radiale di sinistra è simultanea l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, della milza, del rene sinistro e la dilatazione del sigma.

F)-Esperimento di Lory: se si applica la pressione digitale medio-intensa sopra una parotide, o una ghiandola salivare sottolinguale, di una sorella gemella "monovulare" (l'esperimento è stato eseguito la prima volta su due gemelle, ma ovviamente è valido indipendentemente dal sesso!) simultaneamente si osserva l'attivazione microcircolatoria tipo I, associato, del pancreas dell'altra sorella gemella, indipendentemente dalla distanza che le separa (V. gli articoli citati: Stagnaro S. e Manzelli P.). Uno dei miei esperimenti è stato condotto con successo su due gemelle, di cui l'una era a Pavia e l'altra a Riva Trigoso! La "simultaneità" appartiene alla realtà non locale, che presenta una matrice spazio/tempo a 4 D: 2 D S e 2 DT, come insegna Paolo Manzelli.

G)-Se una delle due sorelle gemelle si massaggia una mano, causando l'attivazione fisiologica della microcircolazione in TUTTI i suoi polpastrelli digitali delle mani e dei piedi, simultaneamente si osserva identica attivazione microcircolatoria nelle unità microvascolotessutali digitali dell'altra sorella. Come ho riferito sopra, indifferente si rivela la distanza che separa le due esaminande.

Appare oltremodo interessante l'analogia dell'esperimento "macroscopico-biologico"di Lory con quello "microscopico-subatomico"di Aspect.

Questi pochi esempi riferiti, sono paradigmatici anche della inefficacia del "METODO"scientifico, sul cui "dogma"è fondata la Medicina Ufficiale, inorgogliata ingiustificatamente da risultati "epocali", facilmente da me criticati senza che alcuna contraddizione sia stata mossa da alcuno (V. in Scienza nel Pungolo). I Maestri del Pensiero Medico, comprensibilmente impegnati a difendere i loro desolanti privilegi, e le transeunti Autorità Sanitarie e Politiche, effimere come la mimosa, dovrebbero finalmente prendere nella dovuta considerazione le critiche sollevate mediante problemi non passibili di risoluzione da una Medicina Ufficiale pragmatica, dai passi da gigante dai piedi però d'argilla (ibidem). A questo proposito, sottolineo l'inesistenza di collegamenti nervosi tra le strutture sopra citate, che potrebbero giustificare tutt'al più la trasmissione di informazione a partire

dai tessuti stimolati. I casi sopra descritti, invece, non sono spiegati con la "trasmissione" di informazione. Il termine "simultaneità", concetto ignorato dalla attuale conoscenza scientifica della Medicina tradizionale, tanto orgogliosa quanto inadeguata, si riferisce ad una concezione della matrice spazio/tempo estranea ai Medici di questa Era dei Lumi Spenti (V. l'articolo nel sito, in Scienza)

All'inizio del terzo Millennio, prendendo l'esempio dalla Geometria e dalla Matematica, la Medicina occidentale dovrebbe onestamente sentire il dovere di prendere atto dei raggiunti suoi limiti ermeneutici e noetici ed in modo umile aprirsi criticamente sia ad altre millenarie culture sia alle innovative scoperte che giungono dall'interno di se stessa, sebbene da fonti non accademiche, fornendo sviluppi scientifici accettati ormai da lungimiranti Editori stranieri di peer-reviews.

***Dott. Sergio STAGNARO**

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica
Riva Trigoso (Genova)

****Paolo MANZELLI**

Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa
c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze
www.edscuola.it/LRE.html

ESPERIMENTO DI LORY E CRISI DEI FONDAMENTI DELLA MEDICINA OCCIDENTALE.

di Sergio Stagnaro

17 Febbraio 2008

<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5387&IDS=13>

-Inizio della Crisi del tradizionale Pensiero Medico.

Esattamente nell'autunno del 1955, nella Clinica Medica di Genova allora diretta dal mio Maestro, il Prof. Lorenzo Antognetti, ho iniziato originali ricerche cliniche nel campo della Semeiotica Fisica, che tuttora continuano e dalle quali, nel novembre del 2008, è nata la Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica, grazie a conoscenze scientifiche essenziali fornitemi dall'amico prezioso Paolo Manzelli [**], al quale si deve la definizione della nuova disciplina semeiotico-Biofisica Quantistica.

In realtà, sulla base di numerose osservazioni e dei dati di alcuni esperimenti condotti recentemente, riferiti da famose riviste mediche straniere (Bibliografia in www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it), alla maniera di Zaratustra, bisognerebbe proclamare a gran voce, per essere uditi anche dai ciechi-sordi-muti Maestri del Pensiero Medico, che l'Era dei Lumi Spenti caratteristica di questo Medio Evo della Medicina, sta fortunatamente per finire (V. miei articoli critici su Il Pungolo.com, in Scienza).

Infatti, infiniti sono gli argomenti che rivelano la debolezza teorica della Medicina Occidentale, contrastante in modo paradossale – ma solo apparentemente ad una attenta riflessione – con i tanto celebrati "passi da gigante" compiuti da questa scienza negli ultimi decenni: un gigante dai piedi di argilla (ibidem).

-L'Esperimento di Lory.

L'esperimento di Lory è fondato sul fatto che "tutte" le componenti subatomiche e quindi atomiche e molecolari strutturate a formare una cellula e l'insieme cellulare o parenchima, sono correlate sia tra loro sia con "tutte" le altre di identica derivazione embriologica, in uno spazio quadridimensionale, volutamente ignorato dalla Medicina Tradizionale, come quello in cui sono appunto "Intrecciati" (entanglement) due elettroni osservati da Aspect nel suo celebre esperimento. L'effetto dell'entanglement comporta che la informazione assume una dimensione "non-locale". Infatti, i due elettroni staccati ed allontanati nello spazio (dis-entangled), si comportano in modo identico di fronte a qualsiasi misurazione o perturbazione apportata su uno soltanto di loro, come se fossero ancora a contatto, infatti essi mantengono la capacità di effettuare una azione di comunicazione simultanea a distanza. Pertanto, la spiegazione semplice di questo apparentemente strano comportamento – noto come Esperimento di Aspect – risiede nell'esistenza di una realtà "non-locale" accanto a quella più nota, la realtà locale, in cui viviamo, e da chi scrive dimostrata di decisiva importanza anche nell'attività di sistemi biologici. Se pensiamo alla natura degli elementi sub-atomici, componenti del nostro stesso corpo, come insegna Schrödinger, fatti simultaneamente di particelle e di onde, comprendiamo che soltanto la prima è localizzabile, mentre la seconda sfugge a qualsiasi localizzazione. Ne consegue il "principio di indeterminazione", infatti di un elettrone in movimento possiamo "separatamente" calcolare prima la posizione (P) e poi la velocità (V), mentre non risulta possibile misurare entrambe le variabili (P e V), contemporaneamente. Se però associamo a ciascuna particella dell'esperimento di Aspect, una onda e nel mentre le particelle si separano le due onde associate rimangono intrecciate

allora tra le due particelle rimane attiva una comunicazione simultanea di informazione coerente. Se l'intreccio tra le onde associate a particelle "entangled", risulta attivo in una dimensione universale, allora è possibile concepire che l'universo si auto-organizza attraverso l'entanglement delle particelle, collegando le singole parti di questo ologramma cosmico che si evolve in comunicazione simultanea tra le sue parti .

L'esperimento di Lory, si può così riassumere, offrendone una esemplare descrizione operativa: la pressione digitale applicata sopra una parotide oppure una ghiandola salivare sottolinguale, di una sorella gemella "monovulare" (l'esperimento è stato eseguito la prima volta su due gemelle, ma ovviamente è valido indipendentemente dal sesso!) "simultaneamente" si osserva l'attivazione microcircolatoria tipo I, associato, del pancreas dell'altra sorella gemella, indipendentemente dalla distanza che le separa: metri o chilometri (V. gli articoli citati: Stagnaro S. e Manzelli P.). È noto che una volta il pancreas era definito e conosciuto come la ghiandola salivare intestinale. Uno dei miei esperimenti è stato condotto con successo su due gemelle, di cui l'una era a Pavia e l'altra a Riva Trigoso! La "simultaneità" appartiene alla realtà "non locale", che presenta una matrice Spazio/Tempo a 4 Dimensioni, ma con coordinate 2 D S + 2 DT, cioè bidimensionali nello spazio e nel tempo, come insegna Paolo Manzelli.

A questo punto, appare oltremodo interessante l'analogia dell'esperimento "macroscopico-biologico" di Lory con quello "microscopico-subatomico" di Aspect.

È evidente che la Medicina Ufficiale, teoricamente debole, ma dai risultati pratici apparentemente epocali, compie passi da gigante, dai piedi però d'argilla (ibidem), incapace di offrire soddisfacenti spiegazioni a questi FATTI, a causa dell'inesistenza di collegamenti nervosi tra le strutture sopra citate, che potrebbero giustificare al massimo la trasmissione di informazione a partire dai tessuti stimolati. La Medicina Tradizionale, in realtà, è impotente nell'offrire verosimili spiegazioni all'esperimento, da me compiuto per la prima volta, e a numerosi altri segni della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. I casi sopra descritti, infatti, non sono spiegati con la "trasmissione" di informazione, che richiede Tempo e dispendio energetico. Il termine "simultaneità" dell'informazione, concetto ignorato dalla Medicina tradizionale, tanto orgogliosa di trionfi facilmente criticabili, quanto inadeguata, si riferisce ad una concezione della matrice spazio/tempo estranea ai Medici di questa Era dei Lumi Spenti, Medio Evo della Medicina (V. i miei articoli nel Pungolo.com, in Scienza). Un solo esempio a sostegno delle mie affermazioni: il trapianto di cuore in un malato di cinquant'anni, diventato lentamente cardiopatico perché colpito da reale rischio coronario dalla NASCITA, non diagnosticato a causa del fatto che nessun medico e cardiologo italiano conosce (meglio dire, vuole conoscere) il congenito rimodellamento microcircolatorio coronarico, caratterizzato dai Dispositivi Endoarterioliari di Blocco, tipo I, sottotipo b)- aspecifici, da me scoperti: V. Bibliografia nel mio sito citato sopra, 156. Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. Lecture, V Virtual International Congress of Cardiology.)

Ricordo che l'esperimento di Lory può essere attuato secondo molte varianti, il cui meccanismo fisio-patologico di base però è identico. Per esempio, i medici conoscono – meglio dire, dovrebbero conoscere – la cosiddetta vasodilatazione flusso-mediata, ovviamente nel sano, cioè la dilatazione di una arteria causata dall'aumento del flusso ematico all'interno del vaso, indipendentemente dalla causa dell'incremento dello shear-stress, provocante la fisiologica liberazione di NO radicalico da parte dei locali endoteli. In realtà, i meccanismi di questi affascinanti eventi biologici sono molto più complessi e conosciuti a pochi medici. Infatti, non si tratta affatto soltanto di "vasodilatazione" ma di intensificazione delle fluttuazioni vaso-parietali e, soprattutto, di attivazione microcircolatoria tipo I, associato, che i medici non conoscono ancora (V. il mio sito www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it).

Se in una gemella, o gemello, monovulare improvvisamente è aumentato il flusso ematico in una arteria brachiale mediante la riduzione rapida della pressione di un bracciale da sfigmomanometro, opportunamente collocato e precedentemente gonfiato al massimo, anche nell'altra gemella, o gemello, "simultaneamente" e temporaneamente raddoppia l'ossigenazione dei tessuti distali (ad es.,

nei polpastrelli digitali), indipendentemente dalla distanza, ancorché kilomtrica tra gli esaminandi. A questo punto io chiedo ai Maestri del Pensiero Medico (disposto, come sempre, a confrontarmi con loro in pubblico, alle mie condizioni, naturalmente!) come spiegano i meccanismi fisiopatologici alla base dell'Esperimento di Lory mediante le conoscenze di Fisiologia, Biologia, Fisiopatologia della Medicina Occidentale, fondata sulla sola fisica classica, il meccanicismo deterministico cartesiano, al servizio del Potere costituitosi durante l'era della produzione industriale. Ancora una volta estremamente chiaro ed illuminante è il pensiero di P. Manzelli (Comunicazione personale): "Il determinismo meccanicista, è stato funzionale in epoca industriale nel definire un valore oggettivo alla produzione di beni tangibili. La probabilità quantistica ha avuto la funzione di svincolare la tradizione deterministica in favore del cambiamento di valore economico tra la produzione di oggetti e l'ampliamento del mercato consumistico, la dove nella fase economica post-industriale, il valore economico dei beni tangibili viene determinato dall'uso reclamistico della conoscenza umanistica (psicologia, gestalt-psychologie, sociologia, marketing.). La fase storica attuale risiede nel più completo rovesciamento del potere dal produttore al consumatore, e ciò implica la necessità di dare sviluppo strategico ad una elevata capacità cosciente dei giovani laureati e diplomati, in ragione dello sviluppo futuro della economia del sapere determinata dal valore dei beni intangibili.

Purtroppo la capacità mentale degli attuali lavoratori della conoscenza, e' ancora deprivata, proprio a causa della struttura specialistica delle professioni di lavoro, da una logica organica allo sviluppo della futura società della conoscenza. In particolare la conseguente ignoranza del processo di sviluppo tecnologico/sociale, rende incapaci i lavoratori della conoscenza a far valere il valore di rielaborazione cognitiva in senso trans-disciplinare, così da saper e poter agire sul mutamento radicale del rapporto storicizzato tra conoscenza e potere.

La prova di questa incapacità risiede nel fatto che il potere della società post-industriale è riuscito a trasformare la flessibilizzazione del lavoro in precarizzazione dei lavoratori dell'intelletto". Oggigiorno siamo in cospetto ad una epoca di profondo cambiamento della produzione da meccanica a BIOLOGICA, nel passaggio epocale verso la società e la economia del sapere. Di conseguenza è necessario riflettere attentamente sul riduzionismo della scienza, per superare le obsolete e riduttive concezioni meccanicistiche, e contemporaneamente liberare il pensiero umano verso una nuova comprensione della vita e della sua auto-organizzazione cosmica.

*Dott. Sergio STAGNARO
Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica
Riva Trigoso (Genova)
www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

[**]-Paolo MANZELLI
Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa
c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze
www.edscuola.it/LRE.html

Cap. 5

Semeiotica Biofisica Quantistica nella Diagnostica delle Malattie Epatiche.

In questo capitolo è descritto il contributo eccellente della meccanica quantistica e dei suoi successivi sviluppi nell'ampliamento dei confini del dominio della Semeiotica Biofisica, che ha dimostrato una notevole efficacia come strumento di studio dei sistemi biologici anche nel campo affascinante dell'Epatologia.

In numerosi precedenti articoli e volumi, in gran parte riferiti nella bibliografia dell'articolo che di seguito ripropongo, ho illustrato la possibilità di riconoscere prontamente al letto del paziente qualsiasi patologia epatica anche se iniziale o asintomatica (V. www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it).

La diagnosi clinica della lesione epatica, specialmente nella completa assenza dei sintomi a carico dell'addome superiore, notoriamente presenta notevoli difficoltà diagnostiche. E' sufficiente pensare ad una epatite acuta virale, iniziata con una sintomatologia sfumata e quindi fuorviante, che tuttavia, non guarita, evolve cronicamente.

Sono numerosissimi i casi di **pregresso contagio** con virus epatogeni non diagnosticati, riconosciuti dopo anni o decenni casualmente con esami di laboratorio richiesti per altri motivi.

Infatti, la routinaria richiesta del laboratorio e la vasta applicazione dell'ecografia, della TAC e della RNM, hanno identificato un numero crescente di pazienti asintomatici portatori di lesioni epatiche infettive: virus dell'epatite A, B, C, Cytomegalovirus, Epstein Barr virus, ecc.

Inoltre, frequente e scoraggiante è il riconoscimento inatteso di anticorpi contro i virus epatogeni in individui al momento in apparente ottima salute, magari con la presenza nell'anamnesi di un recente ricovero ospedaliero.

Di fronte alla povertà della semeiotica fisica tradizionale applicata alle malattie epatiche, la Semeiotica Biofisica Quantistica, con i suoi numerosi segni e sindromi, largamente specifici, consente al medico di riconoscere "quantitativamente" queste frequenti patologie, che finora sono sfuggite alla diagnosi clinica, specialmente se in fase iniziale e asintomatica, e che sono di dominio del laboratorio.

In realtà, la richiesta di esami del sangue per i motivi più diversi, ha portato all'inatteso riconoscimento di epatiti in individui con una anamnesi muta per quanto riguarda la patologia epatica. E' comprensibile che queste diagnosi laboratoristiche, spiacevoli anche per il curante, creano un certo turbamento nel paziente e nel medico, causando un indebolimento della stima verso il curante. Per l'importanza di questo argomento, sulla diagnosi clinica semeiotico-biofisica-quantistica di questa patologia ritornerò nel Cap. 15.

Dal punto di vista pratico, semeiotico-biofisico-quantistico, relativo alla diagnosi delle malattie del fegato, è indispensabile sapere che, nel sano, la "intensa" pressione digitale, applicata sopra un punto qualsiasi della proiezione cutanea del fegato, cioè la stimolazione di un singolo *trigger-point* epatico, non provoca "simultaneamente" il riflesso gastrico aspecifico, espressione dell'assenza di qualsiasi patologia del fegato e delle vie biliari.

Al contrario, in presenza di una lesione del fegato e/o delle vie biliari, simultaneamente all'inizio della "intensa" stimolazione compare il riflesso gastrico aspecifico, che poi segue differenti comportamenti, correlati con la natura della sottostante patologia. Per esempio, nelle **cisti epatiche** è presente la sindrome cistica (contrazione delle cistifellea, dilatazione esofagea con sollevamento dell'angolo di His, ecc.), nella **coleditiasi** si osserva il riflesso litiasico (raggiunta la massima intensità, il riflesso gastrico aspecifico si riduce di 1/3), nell'**epatite** il riflesso è intenso, come riferirò avanti, in presenza del **tumore**, primitivo o secondario, al riflesso gastrico aspecifico segue la caratteristica Contrazione Gasrtica tonica, come ormai noto al lettore.

A questo punto è opportuno ricordare le difficoltà tecniche che possono insorgere in alcuni pazienti nell'impiego dell'indagine con ultrasuoni, per esempio, in presenza di obesità e/o meteorismo, quando è necessario far ricorso alla TAC, che mostra una maggiore accuratezza nei confronti dell'ecotomografia, per esempio nel riconoscere la litiasi biliare, che colpisce individui con la relativa costituzione e che è difficile riconoscere quando si tratta semplicemente di **“sabbia biliare”**.

Nel presente capitolo è messa in evidenza l'utilità della Semeiotica Biofisica Quantistica nell'evitare l'irrazionale ed inutile ricorso agli esami di laboratorio e della semeiotica per immagini, e, al contrario, nel selezionare rapidamente e razionalmente coloro che devono essere indirizzati prontamente ad ulteriori indagini sofisticate, auspicabilmente nel più breve tempo possibile.

Oggi la Semeiotica Biofisica Quantistica ci permette di escludere, per esempio, il Terreno Oncologico e il relativo Reale Rischio Congenito in un ben definito sistema biologico, come il fegato e le vie biliari, in modo affidabile, orientando il successivo processo diagnostico, risparmiando la nota, desolante ansia al malato, familiari, amici e conoscenti, nell'interesse evidente dello stesso medico curante.

Questo razionale *iter* diagnostico porta inevitabilmente alla riduzione della spesa sanitaria con possibilità di impiegare il danaro risparmiato in modo più utile in altri campi della sanità. Accanto a ciò, non dobbiamo sottovalutare l'importanza della rapida diagnosi clinica di epatopatia, essenziale sia per l'efficacia della terapia sia per poter tranquillizzare il paziente, un fatto questo che non bisogna mai dimenticare come il terrorismo psicologico jatrogenetico, da me spesso denunciato, causato dalla ignoranza delle varie costituzioni e dei relativi reali rischi congeniti (16).

L'ipotesi zero, alla base della ricerca conclusasi con la scoperta della manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di seguito descritta, era la comune origine embrionaria delle ghiandole salivari buccali e del fegato e la teoria quantistica modificata da Bohm, corroborata dall'esperimento di A. Aspect.

Il microcosmo ed il macrocosmo si modellano l'uno sull'altro, l'implicito del primo è correlato all'esplicito del secondo, come ho dimostrato con l'esperimento di Lory, valido anche per quanto segue (17, 18). Come due elettroni di una stessa coppia ruotante intorno ad un nucleo con spin opposto, le cellule originarie (staminali) delle ghiandole salivari e dal fegato, allontanatesi le une dalle altre, conservano tra loro legami informativi speciali, caratteristici dello spazio non locale, la cui matrice mostra 2DS e 2DT.

L'ipotesi è corroborata se qualsiasi modificazione indotta sulle ghiandole salivari buccali è “simultanea” ad identiche alterazioni nel fegato e nel pancreas, un tempo definita la ghiandola salivare dell'intestino, sia della stessa persona sia di persone differenti, magari distanti moltissimi chilometri, a determinate condizioni di seguito elencate e motivate.

Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia.

Sergio Stagnaro e Paolo Manzelli

Questo articolo è stato pubblicato il 21-12-2007 nel sito www.fce.it
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45

La Meccanica Quantistica tradizionalmente non accetta la “Simultaneità” degli Eventi non locali. Il ricorso al fenomeno della simultaneità di informazione a distanza è stato codificato dalla Fisica Quantistica di David Bohm facente seguito ad esperimenti sulla energia del punto zero (ZPE) e ai più recenti esperimenti di Alain Aspect.

Ciò ha condotto Paolo Manzelli ad una più ampia riflessione generale sulla nuova “bio-fisica quantistica”, basata sulla formazione di “entanglement” tra particelle quantistiche, elettroni ed atomi, in un sistema di “condivisione” dello spazio tempo, che produce comunicazione simultanea di pura informazione tra sistemi.

In due precedenti articoli, per la prima volta abbiamo dimostrato la presenza di una realtà non-locale in biologia, illustrandone i motivi ed evidenziando l'essenziale ruolo svolto dalla fisica quantistica nella comprensione di eventi fisiologici e patologici, osservati con la **Semeiotica Biofisica Quantistica**, altrimenti non soddisfacentemente spiegati (1, 2).

In realtà, il traguardo più elevato raggiunto con l'aiuto di questa originale semeiotica fisica è quello di aver portato a livello clinico eventi di natura biologico-molecolare (3, 4). Non vi è dubbio alcuno che senza l'apporto ermeneutico della fisica quantistica, molti eventi alla base di segni e attività descritte in fisiologia e patologia con la Semeiotica Biofisica Quantistica, utili nella diagnosi, monitoraggio terapeutico e nella ricerca, rimarrebbero senza una verosimile spiegazione (3, 4). Nel presente lavoro è descritta una originale attività semeiotico-Biofisica Quantistica aspecifica, ma rivelatasi affidabile nel tempestivo riconoscimento di una epatopatia ancorché iniziale e silente, paradigmatica nel sottolineare i risultati ottenuti con l'introduzione della quantistica nella comprensione di eventi biologici osservabili bedside esclusivamente con la Semeiotica Biofisica Quantistica (www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it).

Evidenza sperimentale

Come abbiamo dimostrato in un nostro precedente articolo (2), la stimolazione del pancreas con uno dei numerosi metodi semeiotico-biofisici risultati efficaci per questo scopo in una lunga esperienza clinica, provoca l'aumento dei diametri ghiandolari correlati all'aumentata attività funzionale, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (2-6), per cui la durata delle fisiologiche oscillazioni pancreatiche sia macroscopiche che microvasali, dopo un tempo di latenza di 2 sec., appare prolungata significativamente, mentre “simultaneamente” le ghiandole salivari, per esempio, la parotide, mostrano intensa attivazione microcircolatoria tipo I, associata. A seguito di questa osservazione, per analogia abbiamo congetturato che eventi della stessa natura fossero presenti pure stimolando un singolo settore epatico con NIR-LED, a causa della comune origine endodermica (1, 2). Applicato il NIR-LED sopra il segmento 6 del fegato di individui sani, simultaneamente compare la reazione microvascolare di attivazione tipo I, associata, in tutti gli altri settori epatici.

Al contrario, il sistema microvascolotessutale splenico, per esempio, non presenta alcuna modificazione. Ancora una volta, sebbene “la mappa non è il territorio”, una spiegazione possibile è

suggerita dalla fisica quantistica (1, 2): nei sistemi biologici, il cui comportamento spazio-temporale auto-catalitico è oscillante, ovvero persegue una strategia di trasformazione dal caos all'ordine nuovo definibile come andamento caotico-deterministico, orientato dalla auto-catalisi della trasformazione bio-fisica è dimostrata la esistenza di una comunicazione non-locale (7-9). Si definisce come **azione "non-locale"**, quella per cui non si ha trasferimento di particelle, ma simultaneità di comunicazione di informazione tra particelle "entangled" (10). Infatti, nei sistemi biologici di identica origine embrionale, come ghiandole salivari, isole pancreatiche e fegato, quando una parte di esse è stimolata, le cellule reagiscono simultaneamente come un tutto unico nei confronti di stimoli esercitati soltanto su una parte del tutto (1, 2). Pensiamo allo sviluppo embrionario nel periodo della blastula; dalla cellula primitiva endodermica derivano quelle del fegato, e degli altri tessuti sopra ricordati, che lentamente formano i lobuli e poi i lobi epatici, destro e sinistro. Inoltre, il mondo macroscopico è strutturato su quello microscopico per mezzo di attività di comunicazione simultanea: particelle sub-atomiche ruotano intorno al nucleo protonico originando gli atomi, che si riuniscono a formare molecole, e queste producono strutture complesse gluco-lipo-proteiche, la cui attività biologica è tuttavia in funzione della disposizione spaziale delle varie componenti microscopiche, tali perché le singole componenti verosimilmente si informano a vicenda del loro comportamento interattivo. Pensiamo alle alterazioni provocate nel sistema psico-neuro-endocrino immunitario provocato dalle forze interattive terrestri "esclusivamente" in individui con Terreno Oncologico (2, 3). Si spiega così il fatto che se si applica il NIR-LED sopra il corpo del muscolo bicipite di destra simultaneamente è attivato il muscolo bicipite di sinistra, come dimostra la simultanea attivazione microcircolatoria di tipo I in questo tessuto.

Valutazione semeiotico-Biofisica Quantistica della simultaneità di eventi biologici

Nel soggetto da esaminare, supino, psicofisicamente rilassato e ad occhi aperti (= inibizione della secrezione melatoninica) (3, 11), prima di applicare il NIR-LED sopra la proiezione cutanea di un segmento epatico (per esempio il segmento 6), il medico valuta accuratamente la vasomotility (= oscillazioni del III ureterale sup.) di un altro segmento lontano dal primo (per esempio il segmento 3) (7-9) (V. anche www.semeioticaBiofisica_Quantistica.it/microangiologia). Nel sano, almeno tre ore lontano dal pasto (= postabsorptive state) la durata di una fluttuazione della vasomotility, AL + PL, è 7,5 sec.

A questo punto, il medico invita con un segnale rapido (= dicendo SI') un assistente ad iniziare l'emissione luminosa di luce vicino all'infrarosso sopra la proiezione del segmento 6, nel momento preciso della fine di una fluttuazione, o naturalmente in un'altra "precisa" fase della dinamica microvasale, per esempio, al settimo minuto della fase AL + PL, osservata nel segmento 3. Simultaneamente, la fluttuazione ureterale superiore del segmento epatico non direttamente stimolato (= vasomotility), il segmento 3, riprende oppure rispettivamente persiste. In altre parole, la stimolazione di cellule embriogeneticamente simili, sebbene situate distanti l'una dall'altra, si comportano come i **due elettroni** dell'esperimento di Alain Aspect e collaboratori, i quali hanno scoperto che, sottoponendo a determinate condizioni particelle subatomiche come gli elettroni ruotanti insieme intorno al loro nucleo, queste particelle comunicano simultaneamente l'una con l'altra appartenendo allo stesso campo non locale di energia di informazione (1). L'esperimento di **Alain Aspect** è stata infatti la prima verifica della possibilità di teletrasporto di pura informazione. (12)

Appare interessante che la stimolazione di una ghiandola salivare, come la parotide, mediante pressione digitale, simultaneamente causa l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, sia nel pancreas (2) sia nel fegato "in toto".

A questo punto, per tentare di falsificare l'ipotesi dell'esistenza di realtà non-locale in biologia, illustrata in due precedenti articoli (1, 2), abbiamo condotto una ricerca in individui sani con lo scopo di valutare il comportamento delle ghiandole salivari in relazione alla stimolazione pressoria digitale del pancreas e separatamente del fegato, analogamente all'esperimento di Alain Aspect del 1982 sulla comunicazione non locale tra due fotoni "entangled". Il risultato ha dimostrato che simultaneamente alla stimolazione epatica le ghiandole salivari, per esempio la parotide, mostrano attivazione microcircolatoria tipo I, associato. A parere di chi scrive, non vi è al momento nessun'altra possibilità di spiegazione di questi fatti oltre quella da noi suggerita, ricorrendo al concetto di realtà non-locale della bio-fisica quantistica. (15)

Riflesso Parotideo-Epatico nella Diagnosi di Epatopatia, ancorchè iniziale e/o silente

Nel sano, in posizione supina psicofisicamente rilassato e ad occhi aperti, come sopra descritto, la pressione digitale applicata sopra la proiezione cutanea di una parotide, provoca la stimolazione di questa ghiandola salivare (= attivazione microcircolatoria tipo I, associata) e simultaneamente il fegato, appare stimolato, aumentando i suoi diametri in modo significativo: il margine inferiore si abbassa di 3 cm. persistendo in questa posizione per 10 sec. esatti. Segue il ritorno del volume del fegato ai valori di base per decongestione transitoria della durata di circa 3 sec., dopodichè segue un secondo abbassamento del margine epatico inferiore, che mostra una durata di 20 sec. precisi (= preconditionamento epatico) (4, 8, 13, 14). Infine, continuando la stimolazione digitale parotidea, il medico osserva un terzo aumento dei volumi del fegato della durata di 30 sec. esatti, espressione della fisiologica situazione microcircolatoria locale e quindi della normalità del relativo parenchima, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (4, 8-13).

Al contrario, in caso di epatopatia di qualsiasi natura, infettiva, dismetabolica, neoplastica, magari in stadio iniziale e asintomatico, la durata delle tre fasi di congestione risulta ridotta naturalmente in relazione alla gravità della sottostante malattia.

Bibliografia

1. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com
2. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it
3. Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV 1978
4. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>, 2004
5. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulina resistenza. Acta Med. Medit. 13, 125, 1997
6. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99, 1997
7. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Moscatelli G., Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 155, 125, 1996
8. 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

9. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994
10. P. Manzelli, Entanglement Theory in the Science of Quality : <http://www.edscuola.it/LRE.html>
11. 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>
12. P. Manzelli NON-Locality: <http://www.geocities.com/capecanaveral/hangar/6929/teletrasporto-1.html>
13. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Auscultatory Percussion in Detection Focal Liver Lesions even Clinically Silent. Acta Med. Medit. 8, 89-94. 1992
14. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
15. The Science of Quality: www.egocreat.net/ ; www.edscuola.it/LRE.html ; www.wbabin.net
16. Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/middle-ages-of-todays-medicine.html>
17. Stagnaro Sergio. Esperimento di Lory e Crisi dei Fondamenti della Medicina Occidentale. www.ilpungolo.com. 17 Febbraio 2008 <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5387&IDS=13>
18. 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>

Dott. Sergio Stagnaro

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica.

www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

Dott. Paolo Manzelli

Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa
c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze

www.edscuola.it/LRE.html

Cap. 6

La Semeiotica Biofisica diventa Quantistica.

Come più volte ricordato precedentemente, a parte l'ottimale interpretazione dei dati osservati in molti anni di ricerche, la Semeiotica Biofisica è risultata enormemente arricchita e resa più efficace dal contributo offertole dalla fisica quantistica, sia sul piano della ricerca clinica sia su quello della quotidiana pratica applicazione, cosicché i confini del suo dominio si sono ampliati in modo insperato.

E' ben noto, per esempio, che finora la diagnosi "clinica" di **metastasi ossea o di tumore a cellule epiteliodi perivascolari** (PEComa) era impossibile al Medico di Medicina Generale che dispone del solo fonendoscopio.

Si tratta infatti di diagnosi oggi molto difficili, fatte sempre sulla base dei dati della semeiotica per immagini, del laboratorio e dell'esame istologico.

In realtà, la semeiotica fisica tradizionale non permette al medico l'accertamento delle lesioni ossee, di qualsiasi natura, come le **cisti ossee**, e neppure malformazioni, maligne o benigne, a carico dei vasi arteriosi non palpabili, cioè localizzate nei tessuti interni.

Di recente è stato riferito nella letteratura mondiale che i PEComa mostrano una incidenza in aumento in una grande varietà di localizzazioni anatomiche. Le sedi di queste lesioni largamente più frequenti sono l'utero ed il retro-peritoneo. Questi tumori fanno parte di una grande famiglia comprendente, tra gli altri, gli **angiomiolipomi**, le **linfangiomatosi** e i **tumori miomelanociti a cellule chiare** del legamento falciforme, noti anche come PEComa-NOS. Al momento sono noti una cinquantina di casi di questi tumori. Tuttavia, io penso che in futuro potranno essere accertati casi ben più numerosi quando i medici di tutto il mondo saranno in grado di utilizzare la Semeiotica Biofisica Quantistica, che permette rapidamente di porre la diagnosi generica di "tumore vascolare maligno", la cui precisa diagnosi sarà fatta in modo tempestivo in soggetti razionalmente selezionati, anche sulla base dei numerosi segni clinici di malignità.

Per quanto riguarda il più semplice metodo da utilizzare per evidenziare questo tipo di tumore maligno, è sufficiente ricordare che la pressione digitale "medio-moderata", applicata direttamente sopra un osso, per esempio, il radio, consente di studiare il modo di essere del tratto osseo stimolato attraverso i numerosi segni e manovre semeiotico-biofisico-quantistici, noti al lettore: riflesso gastrico aspecifico, seguito dalla Contrazione Gastrica tonica, SISRI completa, Segno di Domenichini con durata di 4,5 sec. (Glossario), aumento delle Proteine della Fase Acuta, inclusa la PCR, Sintesi Anticorpale Acuta, attivazione microcircolatoria locale tipo II, dissociata, etc.

Al contrario, se la stimolazione esercitata sopra un qualsiasi segmento osseo è "intensa", provoca attivazione microcircolatoria associata, tipo I, associato nel sistema osseo, l'EV (Energia Vibratoria, in questo caso l'ATP) aumenta e di conseguenza è elevata la EI, energia pura, catalitica: la realtà nel sistema biologico è locale e non-locale. Per il fenomeno della risonanza, una eventuale lesione ossea a distanza è "simultaneamente" stimolata, producendo i numerosi riflessi (gastrico aspecifico seguito da Contrazione Gastrica tonica in caso di tumore), dipendenti dalla natura della patologia stessa.

Di seguito riferisco il mio commento ad un articolo pubblicato su *International Seminar of Surgical Oncology*, 2008, **5:7**doi:10.1186/1477-7800-5-7, 6 March 2008, alla URL <http://www.issoonline.com/content/pdf/1477-7800-5-7.pdf>

Beside Biophysical-Semeiotic Diagnosing PEComa.

Editors,

as you may read in my website Bibliography (www.semeioticaBiofisica_Quantistica.it), I have demonstrated the existence of non-local realm beside local realm in biological systems (1-5). Such as quantum physics knowledge, overlooked by almost physicians around the world, I was told fortunately by my friend Paolo Manzelli, who has succeeded in highlighting patho-physiological mechanism underlying a large number of biophysical-semeiotic signs and manoeuvres, until last November completely unknown. For instance, to non-local realm, information in tissues originated embryologically by the same progenitor cells, e.g. endothels and vessel smooth muscle cells, are characterized by simultaneous information, characteristic of a Space/Time matrix at four dimension: 2 S/D and 2 T/ D (1-5). For instance, parathyd gland and pancreas, identical from embryological viewpoint, communicate each other simultaneously: in health, pancreas size increases simultaneously when digital pressure is quickly applied on a parathyd gland!

In addition, the following fact, I termed Lory' s experiment (4), appears really astonishing: a twin in Pavia, by telephone signal, press on her parathyd gland, and simoultaneously her twin sister in Genoa shows pancreas size increasing! Lory's experiment parallels Aspect's experiment on two associated electrons, separated in the space.

At my knowledge, actually is not possible recognize clinically PEComa. On the contrary, Quantum Biophysical Semeiotic allows physician to make this diagnosis at the bedside, showing thus to be so worthwhile that scientists all around the world must know it, also as regards PEComa clinical diagnosis: in health, mean-intense digital pressure applied upon a large artery, e.g., phemoral artery at groin, brings about gastric aspecific reflex (= in the stomach, both fundus and body dilate) after a latency time of 8 sec. On the contrary, in case of vascular neoformation (e.g., haemangioma), the reflex appears simultaneously. In case of vessel malignancy, typical tonic Gastric Contraction follows immediatly the above-mentioned reflex. In addition, all these patient are positive for Oncological Terrain, of ocurse (6)

Kind regards

Sergio Stagnaro MD

Riva Trigoso (Genova) Italy

Presentation in www.SemeioticaBiofisica.it

1) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45

2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia . Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45

3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>

4) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Limiti della Medicina Ufficiale. L'Esperimento di Lory. 03 Gennaio 2008, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5267>

5) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica

http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63

6) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>

Nelle condizioni sperimentali sopra illustrate, l'assenza del riflesso gastrico aspecifico "simultaneamente" all'inizio della stimolazione ossea - dopo i primi 16 sec. compare fisiologicamente la dilatazione del fondo e corpo dello stomaco - permette al medico di escludere una lesione ossea e il suo reale rischio congenito in modo affidabile, indirizzando correttamente il successivo *iter* diagnostico.

Al contrario, la comparsa "simultanea" alla stimolazione "intensa" di un qualsiasi segmento osseo indica la presenza di una patologia nel sistema biologico osseo (NON articolare!), da accertare successivamente in riferimento alla sede e alla natura del processo stesso, utilizzando i segni e le manovre semeiotico-biofisico-quantistici, che agevolano sia la diagnosi sia la diagnosi-differenziale.

A questo punto, appare di estrema importanza diagnostica la possibilità di escludere in modo estremamente rapido, una patologia ossea, analogamente a quanto avviene per qualsiasi sistema biologico. Pensiamo alla possibile presenza di metastasi ossee secondarie in pazienti in cura per cancro al seno, prostata, ecc., che oggi necessitano di periodici controlli mediante la semeiotica di laboratorio e quella per immagini, tra cui la scintigrafia ossea è quella maggiormente richiesta.

Quando saremo in grado di sottoporre ad indagini costose e sofisticate soltanto i soggetti selezionati razionalmente, tempestivamente e clinicamente, cioè senza spesa alcuna sia per il SSN sia per il malato, la sanità funzionerà certamente in modo ottimale e verranno meno le lunghe liste d'attesa e l'attuale, desolante terrorismo psicologico jatrogenetico, da me denunciato in molte occasioni, per esempio nella Lettera Aperta al Presidente On. Silvio Berlusconi, in rete in numerosi siti.

Infatti, sottoporre alla ricerca dei bio-marcatori tumorali individui privi di Terreno Oncologico oppure colpiti dalla predisposizione al cancro, ma senza il Reale Rischio Oncologico Congenito nel sistema biologico sede della malattia, dimostra che all'inizio del terzo millennio, nonostante tutte le apparenze, la Medicina vive il suo desolante Medio Evo (Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>).

Per completare la discussione sull'argomento oggetto di questo capitolo riguardante una patologia con cui il medico è frequentemente confrontato nella quotidiana attività, ritengo opportuno sottoporre all'attenzione del lettore un articolo divulgativo, messo in rete il 15 Dicembre 2007 alla URL <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5243&IDS=13> di un sito che ha dato un notevole contributo alla diffusione della Semeiotica Biofisica Quantistica, fino alla morte del suo ineguagliabile Direttore Giovanni Venezia, mio amico prezioso ed indimenticabile.

SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA

di Sergio Stagnaro

"La Scienza tradizionalmente si riduce ad un limitato intendere e descrivere i fenomeni visti solo nel quadro cognitivo della meccanica classica ed anche quantistica. Infatti la scienza affida alla matematica la sua logica razionale, dimenticandosi che la natura detiene un'altra forma di ragionevolezza basata sulla geometria estetica quale processo complementare che determina le affinità nel quadro della evoluzione intelligente ad armoniosa". [Paolo Manzelli]

*Evidenza Sperimentale.

Per motivi di spazio, ma non soltanto per questo, di seguito illustro due soli esperimenti eseguiti con la Semeiotica Biofisica Quantistica, in verità paradigmatici, per fornire al lettore la descrizione operativa indispensabile per la loro riproduzione, inevitabile ai fini della falsificazione o corroborazione. Infine, l'analisi accurata dei dati osservati chiarirà lo scopo del presente articolo.

Primo esperimento.

Individui selezionati 'at random', indipendentemente dal sesso, età e razza, posti su un nodo di Curri o di Hartmann (nodi delle omonime reti, dove più intensa è la forza dei flussi energetici terrestri), con l'asse antero-posteriore del capo orientato in senso Nord-Sud, cioè in parallelo con l'asse elettromagnetico terrestre, mostrano uno dei due seguenti comportamenti, consentendo di dividere gli individui in due gruppi, nettamente separati da una linea di demarcazione:

Gruppo A): le principali funzioni biologiche, valutate con la Semeiotica Biofisica Quantistica, per esempio, sintesi anticorpale, secrezione di melatonina, di somatostatina, di insulina e di prolattina, diminuiscono in modo statisticamente significativo; al contrario, la produzione prolattinica è incrementata;

Gruppo B): le diverse attività biologiche, sopra ricordate, persistono immutate (Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>) (V. in www.ilpungolo.com, Scienza, e www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it , Bibliografia).

Fatto di notevole interesse, la linea di demarcazione che divide la popolazione in due gruppi, A) e B), in relazione al tipo di comportamento delle attività biologiche essenziali di fronte alle forze interattive telluriche, è rappresentata dal Terreno Oncologico (ibidem).

A questo proposito, dal punto di vista dell'interpretazione patogenetica dei dati sopra riferiti, appare di notevole importanza il fatto che il 'test dell'apnea' (= l'esaminando non respira per 5 sec.) trasforma gli individui negativi per il Terreno Oncologico (= non responsivi) in 'positivi' (= responsivi) alle correnti interattive telluriche, ovviamente in modo transitorio, vale a dire per tutta la durata del test.

Ritornerei necessariamente su questo dato, che recita un ruolo centrale nella attuale discussione. Come già illustrato nei precedenti articoli (www.ilpungolo.com, Scienza e www.fce.it) nei sistemi biologici abbiamo dimostrato l'esistenza, oltre a quella locale, di una realtà non-locale dove con la Semeiotica Biofisica Quantistica si può osservare la simultaneità di "trasmissione" dell'informazione tra elementi cellulari di indetica origine embrionaria.

Per esempio, nel sano, la pressione digitale applicata sopra una ghiandola parotidea simultaneamente provoca attivazione microcircolatoria di tipo I, associato (= congestione) del fegato e del pancreas, della durata di 10 sec.

Al contrario, nelle condizioni sperimentali sopra illustrate, cioè nel 'test dell'apnea', scompare la simultaneità, e le modificazioni dei volumi epatici e pancreatici sono osservati dopo un tempo di latenza di 2 sec., tipico della trasmissione dell'informazione nella realtà locale. A questo punto, per motivi ermeneutici, è bene riflettere su quanto afferma P. Manzelli a proposito della simultaneità di Informazione (EI): "innanzi tutto la "simultaneità" di informazione non avviene per trasferimento alcuno, ma per risonanza, ciò proprio in quanto la possibilità di simultaneità di informazione significa che viene eliminato il tempo di trasmissione e la corrispondente spesa energetica, come nel teletrasporto".

Secondo esperimento.

La pressione digitale non-occludente, esercitata sopra una arteria muscolare, "vasa publica", sec. Ratschow, (per esempio, arteria femorale all'inguine), "simultaneamente" provoca l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, nei polpastrelli delle dita del piede omolaterale. Al contrario, se immediatamente prima di questa manovra l'esaminando non respira per almeno 5 sec. (test dell'apnea), l'attivazione microcircolatoria si manifesta con identica intensità, ma dopo un tempo di latenza di 2 sec.: attivazione rapida, veloce, ma non "simultanea", propria della trasmissione di informazione in una realtà locale, con consumo di E libera, vibratoria.

*Le Tre Forme di Energia alla base dei dati semeiotico-biofisici.

Per poter offrire una chiara, univoca, dimostrazione dell'apporto della Semeiotica Biofisica Quantistica in favore della Teoria delle Tre Energie, secondo P. Manzelli e il Gruppo di Ricerca EGOCREANET/ONNS&A, è necessario chiarire alcuni punti fondamentali riguardanti la differente natura della comunicazione di informazione nella realtà locale e in quella non-locale. Il termine "simultaneità" è utilizzato dallo studioso, ad esempio, per indicare che due azioni avvengono allo stesso tempo, come quando scoppia una petardo e contemporaneamente a distanza - per risonanza ovvero per "simpatia" - brillano altri petardi, magari alquanto distanti, senza che sia stato possibile un qualsiasi trasferimento di scintille. Questo è un esempio macroscopico, ma in vero il fenomeno di risonanza è assai noto nel microcosmo anche se, pur utilizzato ampiamente come concetto scientifico, non è stato mai ben spiegato dalla scienza, che non ammette l'esistenza di una forma di energia di informazione (I) oltre a quella codificata come materia (M) e come energia vibrazionale, libera (E) (P. Manzelli, comunicazione personale).

Afferma ancora P. Manzelli: "Rendendoci conto delle differenze tra una logica meccanica e una logica bio-fisica, di conseguenza abbiamo concepito la coesistenza di tre forme di energia nel paradigma "M, E, I". Quanto sopra semplicemente detto, è di per sé ammissibile proprio in quanto, ad es. nel cervello, non entra luce (E) attraverso gli occhi, nè suono attraverso le orecchie, ma solo segnali (I), che vengono elaborati da una materia che non è più materia grezza, ma materiale biologico complesso e dinamico, proprio del sistema vivente (neuroni, neuro-trasmittitori, ormoni, ecc) che non può esser ridotto ad una semplice "massa" nelle equazioni del tipo $F = ma$, ovvero $E = mc^2$, e neppure l'energia biologica può esser codificata semplicemente dalla relazione fisica tra energia (E) e frequenza (f) del tipo $E = hf$ ".

Pensiamo – come esempio - agli eventi relativi ai potenziali visivi evocati, valutati con la Semeiotica Biofisica Quantistica (ibidem): i fotoni stimolano i recettori della retina, i quali – a loro volta – informano, stimolano, i relativi nervi che portano, trasmettendo informazione, i segnali ai rispettivi centri nervosi nel cervello, in particolare nei due lobi occipitali in un tempo fisiologico, semeiotico-biofisico, valutato in 2 sec. ca.

Tuttavia, a mia conoscenza, nessuno ha mai riflettuto che, in queste circostanze, la "simultaneità" di informazione è presente anche nell'informazione tra parenchima e microcircolo relativo, che la Semeiotica Biofisica Quantistica permette di osservare in questi sistemi biologici, secondo la mia teoria dell'Angiobiopatia (Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.)

Ne consegue che l'introduzione di una terza forma di energia (EI), suggerita da P. Manzelli e dal Gruppo di Ricerca EGOCREANET/ONNS&A, diviene pertanto una necessità logica e fisiologica, indispensabile per capire come avvenga la comunicazione "simultanea", cioè NON LOCALE, in biologia, secondo la lettura semeiotico-Biofisica Quantistica-quantistica, analogamente a quanto si osserva in tutti i fenomeni fisici che presumono effetti di risonanza e di auto organizzazione catalitica delle reazioni chimiche e bio-chimiche.

Nei nei sistemi biologici, certamente esiste anche la possibilità di trasferimento di informazione non simultanea, come dimostra il tempo di latenza dei riflessi semeiotico-biofisici. Infatti, un sistema non locale che possiede simultaneamente la stessa informazione in tutto il campo energetico (I) senza alcun consumo di energia, può collassare, decadendo ad un altro livello della matrice dello Spazio Tempo (ad es., quello Euclideo), così da rendere necessario il trasferimento di informazione che classicamente necessita di una spesa di energia, ed è limitato nel tempo a causa della costanza della velocità della luce, donde appunto il tempo di latenza dei riflessi appena ricordato.

*Trasmissione dei segnali nei sistemi biologici e livelli di Energia libera tissutale.

D'accordo con Karl Jasper, la scienza è una conoscenza fondata sul metodo e di universale validità ("Das Wesen der Wissenschaft", K. Jaspers). Nel "metodo scientifico", non unico a mio parere almeno in Medicina, sono insite tutte le possibili conoscenze. Per questo, a partire dagli anni '90, la Semeiotica Biofisica Quantistica ha permesso di raccogliere bedside una grande quantità di dati innovativi, di natura anche biologico-molecolare, che hanno significativamente ampliato i confini del dominio della semeiotica fisica classica, da cui essa è nata (ibidem). Tuttavia, molti dei FATTI sicuramente osservati in molti anni, riferiti nei dettagli in una ormai vasta letteratura (V. Bibliografia in www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it), sono rimasti a lungo incompresi dal punto di vista dei meccanismi genetici ed in attesa di una soddisfacente soluzione dal punto di vista sia fisiologico sia patologico, come riferito anche nei nostri precedenti articoli sulla realtà non-locale, citati sopra.

Da sempre convinto che la "mappa" non è il "territorio", in accordo con M. Proust, ammetto senz'altro che l'uomo non conosce e mai conoscerà completamente la REALTA' che lo circonda e di cui fa parte. Ogni generazione crea un suo proprio "mondo", auspicabilmente migliore dei precedenti, collocato – sul piano ontologico - vicino a quello reale, senza mai coincidere con esso, ma neppure senza potersene allontanare eccessivamente, come costretto in una sorta di attrattore strano, in cui non gli è consentito di cadere e da cui non può uscire. Proprio perchè procede oltre il punto fermo della conoscenza attuale, per quanto notevole possa essere in fisica dopo l'arricchimento operato dalle teorie di Einstein a livello macrocosmico ($E = mc^2$) e da quelle di Max Plank nel microcosmo (quanto di tempo), incapaci tuttavia di offrire una soddisfacente risposta ai problemi biologici sollevati dalla Semeiotica Biofisica, la Teoria delle Tre Forme di Energia, suggerita da P. Manzelli e dal Gruppo di Ricerca EGOCREANET/ONNS&A, e i risultati della loro originale ricerca di BIO-FISICA QUANTISTICA, mi hanno permesso finalmente di comprendere nel modo migliore la reale natura di FATTI osservati in una ormai lunga esperienza clinica con la Semeiotica Biofisica Quantistica. Più precisamente, nella dimensione biologica semeiotico-Biofisica Quantistica-quantistica, solo recentemente è stata gettata luce sulla comprensione di eventi " rimasti a lungo senza una soddisfacente spiegazione a causa delle "fuorvianti assunzioni di una scienza meccanica che quasi mai si pone problemi di come faccia il cervello a dare senso compiuto a ciò che vediamo e pensiamo" (Paolo Manzelli, comunicazione personale).

Infatti, l'introduzione del concetto di E(nergia) I(nformazione), completando quello riduttivo della coppia EV-EM, a mio parere, ha contribuito a sbrogliare una mattassa di preconcezioni e paradossi che dannosamente separano la fisica dalla biologia, costringendo la fisica in una desolante dicotomia:

a)-troncone relativistico: basato sulla continuità della energia e sulla linearità e reversibilità del tempo nel macro-cosmo;

b)-troncone quantistico basato sulla doppia relazione "sperimentale" tra Onda e Particella di quanti (fotoni, fononi ecc, ma anche di elettroni e atomi e piccole molecole), dualità da cui deriva il Principio di Indeterminazione, proprio in quanto l'onda è delocalizzata nello spazio, mentre la

particella possiede caratteristiche locali. Pertanto, il prodotto della Posizione spaziale della particella moltiplicato per la Velocità dell'onda definita (ancora considerata classicamente come rapporto tra Spazio/Tempo), non risulta più calcolabile con esattezza. Da ciò discende, per la Meccanica Quantica, l'impossibilità umana di conoscere il mondo in cui viviamo, se non in modo probabilistico. Ciò rasenta l'assurdo, in quanto le particelle quantistiche (FOTONI, FONONI ,ecc) sono proprio quelle che, per il tramite di recettori sensoriali ci permettono di osservare la natura. Questo spiega perchè EINSTEIN non fu mai d'accordo con l'impostazione scientifica della meccanica quantica, esprimendo la sua contrarietà con la famosa frase: DIO NON GIOCA A DADI CON L' UNIVERSO.

Forse, prima del possibile Big-Bang, cioè prima della comparsa di Energia libera, vibratoria e poi di ogni forma di Materia, vi era solo Energia-Informazione. Le conclusioni logiche – logica meccanica associata però alla logica bio-fisica, secondo lo studioso citato – delle evidenze sperimentali e paradigmatiche, riferite sopra, appaiono oltremodo interessanti anche sul piano pratico.

Il macrocosmo, approfondendo le sue radici nel microcosmo, è alimentato da questa fonte vitale, come dimostra il fisiologico funzionamento delle attività biologiche fondamentali, mitocondrio-dipendenti. Un solo esempio: nel sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, i componenti dei centri neuronali per la secrezione di melatonina, ACTH-RH, SST-RH, TSH-RH, Prolattina, etc., finalizzati alla conservazione del normale funzionamento di essenziali sistemi biologici, richiedono una ben pre-definita struttura e disposizione cellulare, molecolare, atomica e sub-atomica. Ogni mutamento, di qualsiasi natura, di queste strutture, provoca le disfunzioni, note come Terreno Oncologico (ibidem), a carico dei numerosi sistemi biologici da essi regolati, finalizzati fisiologicamente alla difesa organismica. La conseguenza è la diminuita secrezione di melatonina, della sintesi anticorpale, dell'insulina, l'incremento di prolattina, etc., che costituiscono le basi biologiche della predisposizione al cancro.

Tuttavia, a sua volta, mediante la regolazione della produzione di energia a livello mitocondriale (fosforilazione ossidativa), il macrocosmo influenza gli eventi del microcosmo, come dimostra il test dell'apnea, dove una significativa, sebbene temporanea, riduzione di ATP, energia libera (EV), porta all'aumento di EM, energia codificata in materia, nel nostro caso l'acido piruvico impossibilitato ad entrare nei mitocondri dove è normalmente catabolizzato, deviato pertanto verso la sintesi di acido lattico, con conseguente acidosi istangica a seguito anche dell'aumento della concentrazione protonica per alterata sintesi di ATP nel V complesso mitocondriale. Secondo la terminologia dell'ermeneutica di P. Manzelli, nel 'test dell'apnea' la EM (ac. Piruvico) aumenta, la EV, libera, vibrazionale (ATP) diminuisce, e conseguentemente la EI è ridotta: la realtà non-locale decade a realtà locale.

In conclusione, se sarà confermato su una scala più vasta che la simultaneità dell'informazione è eliminata provvisoriamente nel test dell'apnea, sostituita dalla trasmissione d'informazione rapida, veloce, ma tempo-dipendente, allora la somministrazione di farmaci a basse dosi (ad esempio, l'aspirina come anti-aggregante piastrinico: V. nostro precedente lavoro), il cui meccanismo d'azione – a parere di chi scrive – trova nel concetto di "simultaneità" di informazione la sua giustificazione, dovrà avvenire solo dopo aver riportato il livello di EV del paziente (= funzione respiratoria mitocondriale) a livelli fisiologici mediante il precoce impiego personalizzato di preparati istangioprotettori, tra cui la melatonina-coniugata, come ha dimostrato la lunga e sicura personale esperienza (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>).

*Dott. Sergio Stagnaro
Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica
Riva Trigoso (Genova)

L'articolo fa comprendere che il livello di precisione diagnostica della semeiotica tradizionale è di gran lunga inferiore a quello della semeiotica biofisica Quantistica. Solo un esempio: la semeiotica accademica è assai povera nella indagine anatomo-funzionale microvascolare, consentendo di osservare solo grossolanamente la velocità di riempimento post-ischemico dei microvasi sub-ungueali, subito dopo temporanea sospensione del flusso da compressione digitale. Dal valore di questo parametro, corrispondente al Tempo di Recupero di O₂ ($NN \leq 2$ sec.) si può dedurre in modo approssimativo l'attuale attività cardiaca.

Al contrario, la Diagnostica Psicocinetica (V i Cap. 15 e 16) facilita la esatta valutazione anatomo-funzionale del sistema microvascolare di individui anche lontani molti chilometri dal medico.

Ad ulteriore dimostrazione della superiorità della Semeiotica Biofisica Quantistica nei confronti di quella ortodossa, dobbiamo sapere che il medico finora ha incontrato notoriamente enormi difficoltà nel riconoscere clinicamente la valvulopatia. Pensiamo ad una fibrosi di lembi valvolari con calcificazione, per esempio, a carico della valvola aortica.

Ben diverso è l'*iter* diagnostico del medico esperto nella Diagnostica Psicocinetica, che, stimolando col pensiero mediante la dilatazione digitale di una valvola, osserva attentamente i valori parametrici del riflesso gastrico aspecifico corrispondente.

Per restare all'esempio citato, cioè valvola aortica fibrotica con calcificazione, il tempo di latenza del riflesso è inferiore a quello fisiologico di 8 sec., in relazione inversa con la gravità della sottostante valvulopatia.

Ne consegue che è riconosciuto il danno della valvola ad iniziare dal suo primo stadio in assenza di segni clinici di alterata funzione. La durata del riflesso, invece, risulta patologicamente aumentata ($NN < 3 > 4$ sec.) in relazione diretta con la gravità della malattia.

Infine, se sono presenti calcificazioni dei lembi valvolari, segue il tipico comportamento "litiasico": il riflesso diminuisce di 1/3 la sua massima intensità.

Cap. 7

Valutazione della complessa Secrezione Ormonale con la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Sono sufficienti pochi esempi per dimostrare i notevoli limiti della Medicina Occidentale, incapace di offrire soddisfacenti spiegazioni a fatti inconfutabili relativi al sano sviluppo della vita e specialmente di offrire gli strumenti clinici efficaci nella prevenzione primaria delle malattie più frequenti come diabete, CVD, cancro, che rappresentano epidemie in crescente, inarrestabile sviluppo.

E' necessario, pertanto, analizzare alcuni motivi di questa desolante situazione, caratterizzata, da un lato, da una Medicina orgogliosa per alcuni effettivi successi, giudicati grandiosi ed epocali, e, dall'altro, dalla fragilità dei fondamenti cognitivi di questa Scienza, da me denunciati in numerosi articoli, pubblicati, per esempio, su www.ilpungolo.com, Scienza, in Lettere Aperte indirizzate a Ministri della Salute e nel 2009 al Presidente del Consiglio, On. Silvio Berlusconi.

Il motivo principale della povertà concettuale della Medicina Occidentale, troppo inorgogliata dai "meravigliose imprese progressive", ottenuti in un numero ancora non soddisfacente di pazienti a causa di semeiotiche e di strumenti terapeutici sofisticati e costosi, di impiego limitato, è di fatto rappresentata dalla sua totale chiusura ad altre culture e regimi di pensiero.

Dannosa e dogmatica si è rivelata l'adesione ad un unico metodo scientifico, quello ipotetico-deduttivo, considerato dogmaticamente "il" metodo scientifico, da me fatto spesso oggetto di critica costruttiva, mai confutata, in rete nel sito citato sopra e in molti altri (interessante e pungente, a mio parere, il commento alla URL <http://raivaticano.blog.rai.it/2009/07/08/scienza-e-fede/#comments>. Una risposta per "Scienza e fede").

E' doveroso, ed insieme assai utile, riflettere pure sulle critiche da tempo rivolte da Paolo Manzelli a quanti obliano altre forme di pensiero, riducendo la nostra possibilità di conoscere la realtà ad un modello meccanico di comprensione.

In una comunicazione personale, egli scrive: "Oggigiorno con ogni evidenza, chi ama pensare libero dai condizionamenti accademici, che ormai hanno fatto la loro epoca e possibile pensare creativamente e coscenziosamente all'unisono". (V. per ulteriori informazioni l'articolo "Bio-Quantum Physics: DNA/RNA As A Information Energy Catalyst in Lyfe Sustem", il cui contenuto permette di comprendere perfettamente il testo di questo capitolo sui complessi meccanismi della secrezione ormonale. V. URL <http://www.wbabin.net/science/manzelli.pdf>)

Procediamo analizzando la Valutazione Semeiotico-Biofisica Quantistica dei PPARs Epatici, descritta nel mio sito, in Applicazioni Pratiche, con il titolo "Sindrome Metabolica, ancorchè iniziale: il Ruolo diagnostico della Valutazione clinica, quantitativa, Semeiotico-Biofisica Quantistica dei PPARs con l'Ormone tiroideo e la Melatonina endogeni"

alla URL <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Documenti/Ita/BNP.doc>.

L'attività dei PPARs può essere valutata mediante due metodi, di relativamente semplice applicazione ed ugualmente affidabili, sebbene diversi per difficoltà tecnica ed eleganza, basati sulla stimolazione della secrezione dell'ormone tiroideo e rispettivamente della melatonina:

A) Prima di tutto il medico procede con la valutazione dell'attività microcircolatoria basale, a riposo, del fegato e/o del tessuto adiposo addominale, valutando la durata della *vasomotility* e della *vasomotion* (NN = 7,5 sec. come "Plateau Line", nell'*absorptive* e nel *post-absorptive state*: attivazione microcircolatoria associata, tipo I) (1, 10) oppure, in modo assai più facile, calcolando il

tempo di latenza del riflesso epato- e tessuto adiposo-gastrico aspecifico, provocati dalla pressione digitale “media” applicata sopra la proiezione cutanea del fegato e, nel secondo caso, mediante pizzicotto cutaneo persistente del tessuto adiposo addominale delle regioni laterali (NN = 8 sec.). Notoriamente, dall’intensità della stimolazione dei *trigger-points* dipende il valore del tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico a causa delle eventuali modificazioni della Riserva Funzionale Microcircolatoria nel parenchima da esaminare, indotte appunto dall’intensità dello stimolo.

Successivamente, dopo stimolazione della secrezione di TSH-RH, della durata di 15-20 sec., a mezzo di pressione cutanea medio-intensa, esercitata sopra la proiezione cutanea del centro neuronale del TSH-RH (cioè, 1 cm sopra e 3 cm. anteriormente al meato acustico esterno), il medico valuta una seconda volta i valori parametrici sopra riferiti (10).

Nel sano, la durata della *Plateau Line* aumenta significativamente, salendo da 7,5 sec. a circa 9 sec., mentre il tempo di latenza dei riflessi epato- e tessuto adiposo-gastrico aspecifico appare incrementato in modo significativo (per es., salendo da 8 sec. a 16 sec.).

Ai fini della corroborazione della teoria semeiotica-biofisica-quantistica, appare di notevole valore il fatto che, nel sano, la valutazione dei valori parametrici mediante la contemporanea applicazione delle due stimolazioni ormonali consente di osservare i massimi valori: 18 sec. o più.

Al contrario, nell’obeso e/o dislipidemico e/o prediabetico o diabetico, in presenza di compromissione della funzione dei PPARs, nella seconda valutazione o non si osserva alcun aumento dei valori parametrici semeiotico-biofisico-quantistici sopra riferiti, in realtà già compromessi nelle prime fasi della sindrome Pre-Metabolica in evoluzione verso la Sindrome Metabolica, oppure l’aumento del tempo di latenza non è significativo, sempre correlato alla gravità del sottostante dismetabolismo.

In una ormai lunga esperienza clinica, la valutazione semeiotica-biofisica-quantistica dei PPARs epatici ha dimostrato di essere il migliore metodo per il monitoraggio del metabolismo glico-lipidico (13-16).

B) Il secondo metodo è basato sulla fisiologica stimolazione dei recettori nucleari provocata dalla melatonina: come illustrato sopra, innanzitutto il medico deve valutare gli stessi parametri basali, cioè, la durata del Plateau Line ed il tempo di latenza del riflesso epato-gastrico aspecifico, causato dalla pressione digitale medio-intensa applicata sopra la proiezione cutanea del fegato, oppure pizzicando in modo persistente il tessuto adiposo latero-addominale.

La seconda indagine è eseguita dopo circa 30 sec. che il soggetto da esaminare ha chiuso gli occhi (= secrezione melatoninica).

Nel sano, ancora una volta si raccolgono gli stessi risultati ottenuti col primo procedimento, sottolineando la coerenza esterna ed interna della teoria che sottende il metodo.

Al contrario, nei pazienti con compromessa attività dei PPARs, cioè obesi, dislipidemici, prediabetici e diabetici, il valore basale dei parametri o non si modifica affatto nella seconda valutazione oppure l’aumento non risulta statisticamente significativo ed è correlato alla gravità del sottostante dismetabolismo.

Appare di estremo interesse per l’argomento trattato il fatto che simultaneamente all’attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, nell’epifisi e rispettivamente nel centro neuronale per il SST-RH, anche il microcircolo epatico e adiposo si attivano, dimostrando il simultaneo inizio dell’aumentata attività metabolica locale, in accordo con la Angiobiopatia.

Non è affatto possibile spiegare questi eventi con le conoscenze attuali di fisiologia, biologia, biologia molecolare, fondate su un meccanicismo deterministico che considera solo fenomeni che avvengono in una matrice Spazio/Tempo quadrimensionale limitata a 3 coordinate per lo Spazio ed 1 coordinata per il Tempo.

Infatti, i recettori nucleari sono fattori di trascrizione attivati da specifici ligandi (acidi grassi, LDL, etc.) che svolgono un importante ruolo nella trasmissione cellulare di segnali. Essi appartengono alla superfamiglia dei recettori steroidei-tiroidei-retinoidi; questi includono i recettori

per gli steroidi, l'ormone tiroideo, melatonina, ormoni derivati dalla vitamina A e D ed alcuni acidi grassi.

Dal punto di vista strutturale hanno in comune alcune caratteristiche: il dominio del legame centrale nel DNA (recettore di legame a specifiche sequenze del DNA – Hormones Response Elements, HRE), dominio dell'unione al ligando nella regione terminale COOH- e dominio variabile N-terminale (9).

Recentemente è stata descritta la struttura tri-dimensionale dei domini di legame del DNA di vari recettori nucleari (10). Tuttavia, di alcuni recettori nucleari non è stato identificato il naturale ligando (ormone) e pertanto, una decina di anni or sono, è stato suggerito il termine di recettore "orfano" (OR). La ricerca per questi ligandi (ormoni) ha introdotto il concetto di "endocrinologia inversa" (11).

Un tipico esempio di questo approccio è la scoperta dell'acido 9-cis-retinoico (un metabolita della vitamina A) che rappresenta un ligando ad alta affinità per tre varianti del recettore del retinoide X (RXR).

Al momento, sono state riconosciute cinque distinte famiglie di OR: 1) liver X receptor (recettore X epatico) – LXR, 2) pregnane X receptor (recettore X del pregnano) PXR, 3) constitutive androstane receptor (recettore costitutivo dell'androstano) – CAR, 4) farnesoid X receptor (recettore X del farnesoide) FXR and 5) peroxisome proliferator activated receptors – PPARs.

I recettori attivati dai proliferatori perossisomiali (PPARs) sono stati clonati per la prima volta dal fegato di ratti nel 1990 come recettori nucleari che mediano gli effetti di molti composti sintetici (industriali e farmaceutici) chiamati **proliferatori perossisomiali** (PPs) (12). I PPs influenzano sia le dimensioni sia il numero dei perossisomi, che svolgono varie funzioni metaboliche (respirazione dei derivati perossidi, beta-ossidazione degli acidi grassi, metabolismo del colesterolo, etc.) all'interno della cellula.

In modo simile ad altri recettori nucleari, dopo l'attivazione da parte di ligandi, i PPARs si legano ad un specifico elemento nella regione promotrice di geni bersaglio. L'etero-dimerizzazione dei **PPAR** con **RXR** e la presenza di co-attivatori sono necessari per l'attività trascrizionale dell'elemento responsivo dei PPARs, la cui attività è compromessa nell'obeso, dislipidico, diabetico, arteriosclerotico, a partire dagli stadi iniziali pre-clinici.

La sequenza di eventi sopra descritta, ammessa da tutti gli autori, non può assolutamente spiegare la simultaneità dell'attivazione microcircolatoria osservata nei tessuti stimolati mediante i loro *trigger-points* sia nel fegato sia nel tessuto adiposo. Solo considerando la presenza di una realtà non-locale, a fianco di quella locale, nei sistemi biologici si offrono soddisfacenti spiegazioni di questi affascinanti fenomeni biologici, descritti per la prima volta con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica (17-19).

La teoria del DNA Antenna (21) di Paolo Manzelli offre una soddisfacente spiegazione dei dati raccolti clinicamente e che costituiscono l'argomento dell'articolo che segue, pubblicato per la prima volta nel sito www.ilpungolo.com.

Bibliografia.

- 1) Edelman SV. The role of the thiazolidinediones in the practical management of patients with type 2 diabetes and cardiovascular risk factors. *Rev Cardiovasc Med.* 2003;4(suppl 6):S29 –S37.
- 2) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. [http://www.travelfactory.it/semeiotica Biofisica Quantistica.htm](http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm)
- 3) Diep QN, Benkirane K, Amiri F, Cohn JS, Endemann D, Schiffrin EL. PPAR alpha activator fenofibrate inhibits myocardial inflammation and fibrosis in angiotensin II-infused rats. *J Mol Cell Cardiol.* 2004;36:295–304.

4. Iglarz M, Touyz RM, Viel EC, Paradis P, Amiri F, Diep QN, Schiffrin EL. Peroxisome proliferator-activated receptor-alpha and receptor-gamma activators prevent cardiac fibrosis in mineralocorticoid-dependent hypertension. *Hypertension*. 2003;42:737–743.
- 5) Zafari AM, Ushio-Fukai M, Akers M, Yin Q, Shah A, Harrison DG, Taylor WR, Griendling KK. Role of NADH/NADPH oxidase-derived H₂O₂ in angiotensin II-induced vascular hypertrophy. *Hypertension*. 1998;32:488–495.
- 6) Vidotti DB, Casarini DE, Cristovam PC, Leite CA, Schor N, Boim MA. High glucose concentration stimulates intracellular renin activity and angiotensin II generation in rat mesangial cells. *Am J Physiol Renal Physiol*. 2004;286:F1039–F1045.
- 7) Villarreal F J., Asbun J. Peroxisome Proliferator-Activated Receptors Ligands, Oxidative Stress, and Cardiac Fibroblast Extracellular Matrix Turnover 622 *Hypertension* November 2004.
- 8) Johnson EF, Palmer CN, Griffin KJ, Hsu MH. Role of the peroxisome proliferator-activated receptor in cytochrome P450 4A gene regulation. *FASEB J*. 1996 Sep;10(11):1241-8.
- 9) Erhmann J. Jr, Vavrusova N., Collan Y., Kohlar Z Ppars in health and diseases. Biomed Paper 146, (2) 11-14, (2002).
- 10) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno oncologico”. Travel Factory SRL., Roma, 2004.
http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm
- 11) Kliewer SA, Lehmann JM, Wilson TM Orphan nuclear receptors: shifting endocrinology into reverse. *Science* 284, 757–760. 1999.
- 12) Isseman I, Green S Activation of a member of the steroid hormone receptor superfamily by peroxisome proliferators. *Nature* 347, 645–650, 1990.
- 13) Stagnaro Sergio. Biophysical-Semeiotic Bed-Side Evaluating PPARs Activity in Metabolic Syndrome. *Cardiovascular Diabetology*. (19 September 2005)
<http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488>
- 14) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*. 2005, 4:13 doi:10.1186/1475-2840-4-13 2005.
- 15) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20.
<http://www.annfamned.org/cgi/eletters/5/1/14> 2007
- 16) 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/>
- 17) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia . Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
- 18) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
- 19) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 20) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d’Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45.
- (21) P.Manzelli-DNA-Antenna: http://www.edscuola.it/archivio/lre/dna_come_antenna_biologica.htm

Da www.ilpungolo.com, Scienza, URL

Semeiotica Biofisica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale.

(Sergio Stagnaro* in collaborazione con Paolo Manzelli**)

"An important scientific innovation rarely makes its way by gradually winning over and converting its opponents. What does happen is that its opponents gradually die out and that the growing generation is familiar with the idea from the beginning."

-Max Planck-

I complessi meccanismi della secrezione ormonale.

All'inizio del terzo millennio, i medici continuano a credere che la secrezione ormonale, generalmente di tipo pulsato, sia regolata da meccanismi completamente spiegabili con le tradizionali conoscenze chimico-fisiche, fondate su meccanismi di controllo a *feed-back*, condizionati da "un paradigma meccanico di fatto rappresentante un modello riduttivo di intendere la realtà" (Paolo Manzelli). Inoltre, essi sono convinti che tutto avvenga in una unica matrice di spazio/tempo a quattro dimensioni, 3D. S e 1D. T, in cui la trasmissione di informazione (I) avviene con dispendio energetico, tipico della realtà locale.

In nostri precedenti articoli, messi in rete nel sito www.ilpungolo.com, Scienza, e www.fce.it, abbiamo fornito solide prove contro questa riduttiva e fuorviante interpretazione della dinamica biologica, in realtà molto più complessa di quanto ammesso fino ad oggi.

Per quanto possa apparire strano, c'è un generale accordo tra gli addetti ai lavori sul fatto che la chiusura degli occhi, attraverso l'interruzione della stimolazione retinica da parte dei fotoni, ponga fine all'inibizione della secrezione epifisaria di melatonina, che - a sua volta - promuove la sintesi anticorpale, una delle sue molteplici azioni, per esempio, a livello del BALT (Tessuto Linfatico Associato ai Bronchi), valutata per la prima volta *bedside* con la Semeiotica Biofisica Quantistica: Sindrome della Sintesi Acuta Anticorpale (V. [www.semeioticaBiofisica Quantistica.it](http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it)) (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/>).

Secondo i tradizionali meccanismi d'azione, accettati acriticamente dalla Medicina Ufficiale, alla base delle reazioni fisico-chimiche-biochimiche di questo evento paradigmatico, la stimolazione "simultanea" della sintesi anticorpale, osservata in questa condizione, non è affatto spiegabile. Detto con altre parole, le attuali conoscenze della Medicina Occidentale, a causa di una carenza desolante nella comprensione dei problemi relativi alla conoscenza, non ci permettono di fare luce sui complessi ed articolati eventi alla base della secrezione ormonale.

Infatti, l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, nel centro del BALT (per esempio, del BALT dell'apice polmonare; la cosiddetta "congestione", cioè l'aumento significativo dei suoi diametri), "simultanea" alla chiusura degli occhi, rappresenta un fatto inspiegabile con le attuali conoscenze epistemologiche e medico-scientifiche.

A quanto mi risulta, nessun autore in materia endocrinologica ha sentito la necessità di rivisitare vecchi e superati concetti relativi alla secrezione ormonale, forse a causa di metodiche solo paradossalmente inadeguate a far luce su questi meccanismi d'azione, considerando che la civiltà della tecnologia in Medicina è al suo vertice.

Riflettiamo sulla seguente esemplare evidenza clinica sperimentale, finora in attesa di una verosimile interpretazione: la stimolazione di "media" intensità mediante pressione digitale applicata sopra i *trigger-points* del centro neuronale per l'ACTH-RH (V. [www.semeioticaBiofisica Quantistica.it](http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it), Terreno Oncologico; Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004),

“simultaneamente” provoca l’attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, dei surreni, per cui il valore dei suoi diametri aumenta significativamente (ibidem; Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99, 1997).

Ruolo della Realtà non locale nella Secrezione Ormonale.

Come illustrato nei lavori citati, la Semeiotica Biofisica Quantistica ha permesso di corroborare l’esistenza di una realtà, o campo, non locale in biologia, accanto a quello locale. Come dice P. Manzelli, un campo “LOCALE” è quello nel quale non è possibile misurare contemporaneamente “posizione e velocità” della particella quantistica. Mentre un campo “NON LOCALE” è quello in cui si mantiene simultaneamente la medesima informazione in tutto il campo, senza che essa abbia bisogno di essere trasferita da un luogo ad un altro del campo di Energia di Informazione (Bibliografia ON LINE: La Scienza della Qualità: www.edscuola.it/LRE.html).

Ritorniamo all’esperimento sopra ricordato: nel sano a riposo, il surrenogramma (= diagramma delle fluttuazioni della ghiandola surrenalica) mostra 6 fluttuazioni al minuto con un periodo variabile da 9 sec. a 12 sec. (media 10,5, numero frattale). Inoltre, il comportamento di queste dinamiche – fatto auspicabilmente noto – è tipicamente caotico-deterministico: l’intensità delle fluttuazioni dei diametri surrenalici oscilla tra 0,5 cm. a 1,5 cm. (misura convenzionale), con durata dei massimi valori di 6 sec (AL + PL = 6 sec.). “Simultaneamente” alla stimolazione del centro neuronale per l’ACTH-RH, l’oscillazione del surrene diventa massima (= *Highest Spike*) con una durata di 9 sec., che nelle successive fluttuazioni si riduce gradatamente di 1 sec. per stabilizzarsi su AL + PL di 7 sec. Questi dati suggeriscono chiaramente la esistenza della bifasicità nella secrezione ormonale: la prima fase, “simultanea” all’inizio della stimolazione, è di breve durata ma intensa; la fase successiva, meno intensa della precedente, persiste per tutta la durata della stimolazione dei *trigger-points* dell’ACTH-RH e cessa con l’interruzione della stimolazione stessa, in pochi secondi, ma non simultaneamente.

E’ interessante il fatto che la secrezione surrenalica, espressione di una situazione di *stress acuto*, è transitoriamente presente e “simultanea” a qualsiasi provocazioni di riflessi semeiotico-biofisici, per esempio, riflesso cutaneo-colecistico. Tuttavia, in queste condizioni la durata della reazione surrenalica è brevissima, mostrando il comportamento sopra descritto relativo alla sola prima fase, verosimilmente perché la stimolazione è correttamente interpretata dall’attività cerebrale.

Il comportamento della secrezione degli altri ormoni è perfettamente identico a quello descritto a proposito dell’attivazione surrenalica, rivelando una comune bifasicità alla base della secrezione ormonale: la prima fase, “simultanea” alla stimolazione, intensa e di breve durata, è comprensibile soltanto alla luce della presenza di una realtà non locale accanto alla locale in biologia, da noi dimostrata per la prima volta clinicamente (ibidem); la seconda fase, meno intensa della prima, prolungata per tutta la durata della stimolazione, è in funzione della trasmissione di informazione secondo il classico concetto. Tuttavia, anche durante questa successiva fase, a livello del parenchima neuronale (= nervi e centri neuronali) e dei relativi microvasi, l’informazione è “simultanea”, cioè di tipo non locale.

Per tentare di falsificare questa teoria ho impiegato come *stressor* la luce vicina all’infrarosso dei NIR-LED, applicata in un primo tempo sopra la proiezione cutanea del plesso mesenterico superiore, e successivamente, dopo un intervallo di due minuti, sopra una cresta iliaca. Esclusivamente nel primo caso il surrenogramma mostrava un comportamento identico a quello sopra illustrato, mentre nella seconda applicazione (= zona inerte di differente embriogenesi), le fluttuazioni caotico-deterministiche surrenaliche persistevano immutate, non riconoscendo l’organismo alcuna azione stressante in atto.

Per concludere, i dati raccolti depongono per un meccanismo bifasico della secrezione ormonale in relazione a due diversi meccanismi di regolazione. La prima fase è simultanea alla stimolazione recettoriale, intensa e di breve durata, e si svolge in una realtà non locale, mentre la seconda fase, meno intensa ma prolungata per tutta la durata della stimolazione, avviene in una realtà locale a livello dei recettori e della successiva trasmissione di energia di informazione.

Alla luce dei risultati di questa ricerca clinica si comprende meglio il senso e significato del detto popolare “La digestione inizia in bocca”! In realtà, il primo boccone è simultaneo all’attivazione microcircolatoria tipo I, associato, espressione di aumentata attività biologica, secondo la Angiobiopatia (ibidem), per esempio, a livello epatico e pancreatico, mostrando il caratteristico meccanismo d’azione della secrezione del picco acuto insulinico, finora sconosciuto.

***Dott. Sergio STAGNARO**

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Riva Trigoso (Genova)

www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

***Paolo MANZELLI**

Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa

c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze

www.edscuola.it/LRE.html

Cap. 8

Valutazione dell'attivazione surrenalica spontanea: strumento diagnostico essenziale.

La Semeiotica Biofisica Quantistica ha conseguito, in appena due mesi di vita, notevoli risultati sia teorici sia pratici, in parte illustrati nei precedenti capitoli, nella diagnostica, nel monitoraggio terapeutico e nella ricerca. In una sicura esperienza al letto del malato, tra questi traguardi uno dei più interessanti si è rivelata l'attivazione surrenalica, segno aspecifico di reumopatia, malattia infettiva e cancro, riconoscibile clinicamente, rapidamente e quantitativamente, aspetto quest'ultimo indispensabile per il monitoraggio terapeutico della sottostante malattia (1-3).

Infatti, la possibilità di quantizzare l'attivazione surrenalica, valutata dal punto di vista macro- e micro-scopico, cioè come modificazione del surrenoγραμμα e, rispettivamente, come attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, della ghiandola, rende agevole l'indagine anche in caso di surrene già iperfunzionante di base, a causa di una malattia in atto.

Inoltre, fatto di estremo interesse pratico, ripetendo nel tempo - secondo il bisogno - la valutazione dell'attività surrenalica il medico è in grado di effettuare un affidabile monitoraggio terapeutico, espressione dell'efficacia della terapia attuata.

Gli aspetti teorici di questa valutazione clinica sono stati dettagliatamente illustrati nei precedenti capitoli, sottolineando la sicura ermeneutica della fisiopatologia di molti segni troppo a lungo in attesa di una chiarificazione per quanto riguarda i loro meccanismi fisiologici e patologici, per decenni privi di soddisfacente spiegazione sulla base di una sterile meccanica deterministica propria della realtà quadrimensionale con 3 DS ed 1 DT, tipica della realtà locale, dove la trasmissione dell'informazione richiede energia e tempo.

Questo capitolo è dedicato alla discussione delle positive ripercussioni cliniche-diagnostiche della valutazione dell'attivazione surrenalica, sia spontanea sia jatrogenetica, riassunte nell'articolo che ripropongo di seguito.

Infine, sono presentate le implicazioni teoriche dell'attivazione surrenalica in forma auspicabilmente chiara, che permettono di comprendere perfettamente senso e significato degli aspetti pratici di questo strumento utile al medico al letto del malato.

L'importanza di quanto sopra è dimostrato dalla tragica morte di una bambina di 10 anni, riportato dai mezzi di informazione, a causa di un tumore cerebrale non diagnosticato nel corso di tre anni da vari specialisti consultati, pediatra, otorinolaringoiatra, neurologo, neurochirurgo, psicologo.

A parte la diagnosi clinica facilmente eseguibile con la sola Percussione Ascolatata, da me descritta nel 1985 (18), avrebbero facilitato il corretto riconoscimento del tumore cerebrale il Terreno Oncologico ed il suo Reale Rischio CONGENITO, rivelato in pochi secondi dalla Semeiotica Biofisica Quantistica, dove il Segno di Dellepiane svolge un ruolo primario.

Inoltre, sicuramente non poteva non essere presente l'attivazione spontanea surrenalica, che avrebbe attirato subito l'attenzione dei medici sulla vera natura "organica" della malattia della povera piccola paziente, indipendentemente dai possibili risultati terapeutici raggiungibili, se, riconosciuto il Reale Rischio Congenito, fosse stata introdotta tempestivamente, auspicabilmente fin dalla nascita la terapia dietetica, etimologicamente intesa, Melatonina-Coniugata, LLLT a dosi personalizzate, come in caso di ogni Reale Rischio Oncologico Congenito, localizzato negli altri sistemi biologici. (www.semeioticabiofisica.it, Pratiche Applicazioni. Diagnosi di tumore cerebrale: Segno di Dellepiane).

Notoriamente, in tutte le situazioni di *stress*, il surrene mostra attivazione microcircolatoria tipo I, associato, di differente intensità in diretta relazione all'entità della causa che l'ha provocata, espressione di una incrementata attività della ghiandola, secondo l'Angiobiopatia (10). Per esempio,

l'attivazione surrenalica, assente prima della comune vaccinazione antinfluenzale, compare immediatamente dopo l'inoculazione del vaccino.

In pratica, il surrene aumenta statisticamente il suo volume. Come la prolattina, anche gli ormoni surrenalici fanno parte del sistema di allarme attivato nelle condizioni patologiche, indipendentemente dalla loro natura, per cui riconoscere *bedside* e quantizzare questa situazione particolare della ghiandola rappresenta un momento importante per la Medicina in generale e soprattutto per la Semeiotica fisica.

In realtà, uno stato di iperfunzione del surrene, rivelato dall'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato (= sia la *vasomotility* sia la *vasomotion* della ghiandola presentano un incremento dell'intensità delle fluttuazioni e della durata di AL + PL), riconosciuto in modo quantitativo sulla base dell'intensità delle dinamiche microvascolari locali e, in modo molto pratico, dalla durata delle Fasi Al + PL (NN a riposo = 6 sec.), è espressione di una condizione di allarme, secondaria ad una patologia che il medico subito dopo precisa sulla base dei numerosi ed affidabili segni specifici ed aspecifici rilevati, consegnati ormai ad una vasta letteratura (4, 5, 18)

Interessante, da questo punto di vista, la seguente esperienza sperimentale: la pressione digitale applicata sopra la proiezione cutanea dell'epifisi simultaneamente provoca incremento significativo della sintesi anticorpale (1) (= il BALT superiore, per esempio, aumenta i suoi diametri in modo massimale per 30 sec. esatti) e dell'attività surrenalica (= fluttuazioni massime o *Highest Spikes*).

Si tratta chiaramente di un esempio paradigmatico di informazione propria della realtà non-locale, "simultanea" in tessuti della stessa origine embrionaria (= neuroni), riprodotte gli eventi biologici di difesa organismica tipici di una infezione acuta, come una **banale influenza**.

Infatti, ancora a modo di esempio, in caso di **cistite acuta** le varie sedi della sintesi anticorpale sono iperfunzionanti e il surrenogramma presenta le massime oscillazioni (1, 17).

E' noto che, in caso di **cistite da Gram-negativi**, la SISRI è di tipo "intermedio": la milza mostra fluttuazioni meno intense di quelle delle altre sedi anticorpopoietiche (= il tempo di latenza della SISRI è identico anche se ricercato stimolando i *trigger-points* splenici, ma l'intensità del riflesso gastrico-ascpecifico è statisticamente minore di quella del riflesso midollo-gastrico aspecifico), mentre la sintesi anticorpale è assente nella vescica urinaria sede di malattia (11-14).

Da quanto sopra riferito si comprende perchè l'osservazione di fluttuazioni surrenaliche con normale comportamento caotico-deterministico consente al medico di escludere rapidamente la presenza di un processo infettivo, reumatico, neoplastico in atto. Più precisamente si deve dire che l'eccezione a questa regola sono eventuali processi patologici non accompagnati – situazioni in verità rare – da quelle reazioni locali flogistiche che sono all'origine della reazione di allarme di Selye, rivelandosi favorevoli alle difese organismiche.

Procediamo con un altro esempio di facile riscontro nella quotidiana attività del medico: in caso di **CAD**, ancorchè silente, a partire dal suo stadio iniziale di Reale Rischio Congenito (5), la stimolazione dei *trigger-points* coronarici (= pressione digitale applicata sopra la proiezione cutanea del cuore) provoca simultaneamente l'attivazione microcircolatoria surrenalica, la cui intensità risulta correlata alla gravità della sottostante coronaropatia.

Interessante il fatto che in presenza di esiti di IMA, dove è presente il **Segno di Curri** (= fluttuazioni spontanee del terzo superiore dell'uretere) (6), l'attivazione surrenalica nelle condizioni descritte di stimolazione selettiva causa attivazione microcircolatoria surrenalica di tipo I, associato, ma di minima intensità.

Al contrario, in caso di **CAD** ancorchè silente, o accompagnata da sintomatologia lieve e atipica, quindi fuorviante, l'intensità dell'attivazione surrenalica risulta accentuata in rapporto diretto alla gravità della sottostante patologia, raggiungendo i massimi valori nell'infarto miocardico acuto, dove sono presenti altri numerosi ed affidabili segni semeiotico-biofisici (15, 16).

L'utilizzazione di questa manovra nella pratica quotidiana accresce enormemente l'armamentario diagnostico e diagnosi differenziale del medico; un esempio paradigmatico in presenza ci è offerto dal **dolore colico**, non sempre di facile attribuzione. Ogni medico ha esperienza di coliche renali, epatiche o di appendiciti acute accompagnate da una sintomatologia clinica sfumata o decisamente

atipica, che può indurre il medico a porre diagnosi errate (1, 7-9). Una volta riconosciuta rapidamente la precisa sede della lesione, il medico corrobora la diagnosi clinica con gli altri numerosi segni sia specifici sia aspecifici della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Prima di concludere è necessario riferire che la pressione medio-intensa (non lieve) applicata sopra un segmento osseo, per esempio, il terzo inferiore del radio, causa la simultanea attivazione microcircolatoria di tutto il sistema, permettendo la valutazione “generale” del sistema stesso, assai utile in caso di osteoporosi e di metastasi ossee, osservando il comportamento del riflesso osteo-gastrico-aspecifico: nel sano, dopo un tempo di latenza di 3 sec., compare un primo riflesso di intensità inferiore ad 1 cm., a cui segue il secondo riflesso dopo altri 7 sec. (tl. = 10 sec.).

Al contrario, in presenza di **osteoporosi** il primo riflesso è 1 cm. o più mentre il tl. scende sotto i 10 sec. in relazione inversa alla gravità della sottostante osteoporosi.

Infine, in caso di metastasi ossee, alla fine del riflesso osteo-gastrico aspecifico patologico (tl < 10 sec.) segue la caratteristica Contrazione Gastrica tonica. Nella ricerca della sede della metastasi la pressione deve essere lieve.

Ai fini della prevenzione primaria della **CAD** ma anche nella diagnosi clinica di qualsiasi patologia cardiaca, valvolare, dilatativa, ecc., si è rivelato di primaria importanza il ruolo svolto dall’attivazione surrenalica a seguito della pressione manuale “medio-intensa applicata sopra il precordio, sempre assente nel sano (19).

Bibliografia

- 1) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 2) Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV, 1978
- 3) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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. Acta Med. Medit. 13, 99, 1997.
- 4) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. Acta Med. Medit. 4, 91, 1988.
- 5) 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> 2007
- 6) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. Acta Med. Medit. 5, 141, 1989
- 7) Stagnaro S., Il Ruolo della Percussione Ascoltata nella “difficile Diagnosi” di Appendicite. Biol. Med. 8, 71, 1986.
- 8) Stagnaro S. Bed-side diagnosing acute appendicitis and gastrointestinal diseases. Gut.j.on line: <http://gut.bmjournals.com/cgi/eletters/52/5/770-a#100>. 2003
- 9) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Appendicite. Min. Med. 87, 183, 1996 [Medline]
- 10) Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006.
- 11) Stagnaro S., Sindrome percusso-ascoltatoria di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario. Min. Med. 74, 479, 1983 [Medline]
- 12) Stagnaro S., Il Ruolo della Percussione Ascoltata nella “difficile Diagnosi” di Appendicite. Biol. Med. 8, 71, 1986
- 13) Stagnaro S., Polimialgia Reumatica Acuta Benigna Variante. Clin. Ter. 118, 193, 1986 [Medline]
- 14) Stagnaro S. Bed-side diagnosing acute appendicitis and gastrointestinal diseases. Gut.j.on line: <http://gut.bmjournals.com/cgi/eletters/52/5/770-a#100>. 2003

- 15) 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.
- 16) 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> 2007
- 17) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopoiesi acuta e cronica. *Acta Med. Medit.* 13, 25, 1997
- 18) Stagnaro S., Auscultatory percussion of the cerebral tumour: Diagnostic importance of the evoked potentials, *Biol. Med.*, 7, 171-175, 1985.
- 19) 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. www.athero.org, 29 April, 2009
<http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>

L'articolo che segue, pubblicato nel sito www.FCE.com in data 09-01-2008 alla URL http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63, mette in evidenza nel modo migliore il valore diagnostico dell'attivazione surrenalica, utile anche nel monitoraggio terapeutico.

Semeiotica Biofisica Quantistica: Ruolo diagnostico della Manovra di Attivazione Surrenalica Jatrogenetica.

(Sergio Stagnaro*, in collaborazione con Paolo Manzelli**)

“La rivoluzione, dal significato recente di massima levatrice del nuovo, assunto nell'età della soddisfazione per il movimento, sembra tornare all'antico significato del suo etimo: rivoluzione da ri-volgere, volgere il cammino indietro”.
(S. Cotta. L'uomo tolemaico.)

Introduzione.

"Lo stress è una risposta essenziale per la vita, la completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si possa pensare, non dobbiamo e non possiamo evitare lo stress, ma possiamo andargli incontro in modo efficace traendone vantaggio, imparando di più sui suoi meccanismi, ed adattando ad esso la nostra filosofia dell'esistenza". (Hans Selye) .

Con l'intuito proprio dei geni, H. Selye aveva osservato che lo stress è l'essenza della vita stessa. Infatti, l'attivazione dei sistemi biologici finalizzati alla difesa organismica, in conseguenza dell'esposizione ai vari agenti stressanti ambientali, e non, migliora l'efficacia funzionale dei sistemi biologici, con conseguente riduzione del rischio di malattia.

In realtà, il normale ciclo di attivazione/disattivazione dello *stress* provoca l'inattivazione dello stimolo, come avviene negli animali, ed è alla base dei cicli di *stress* destinati alla difesa, all'attacco, all'alimentazione e alla riproduzione.

A dimostrazione della felice intuizione di H. Selye, questo articolo illustra per la prima volta un metodo semeiotico-biofisico che utilizza l'attivazione jatrogenetica microcircolatoria di tipo I, associato, del surrene nella diagnostica delle patologie ancorchè silenti di tutti i sistemi biologici, indipendentemente dalla loro natura.

La manovra è fondata sul fatto che ogni episodio morboso, di qualsiasi origine esso sia, rappresenta un evento innervato dal simpatico (1, 2), con conseguente interessamento dei locali microvasi e della relativa *flow-motion*, in accordo alla teoria dell'Angiobiopatia (1, 12), immersi in una realtà locale ma anche non-locale (3, 4, 6, 13).

Attivazione jatrogenetica surrenalica in fisiologia e patologia.

Dal punto di vista tecnico, la percussione ascoltata del surrene è altrove ampiamente descritta (1, 2, 5). Nel sito www.semeioticaBiofisica_Quantistica.it, Pagina Tecnica N° 5, è illustrata la delimitazione clinica delle proiezioni cutanee del rene, la cui conoscenza è utile anche per la valutazione del surrene, illustrata dettagliatamente nella *Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica* (1).

Come tutti i sistemi biologici, anche il surrene oscilla fisiologicamente in modo caotico deterministico, mostrando significative variazioni dei suoi diametri (6).

Nel sano a riposo, il surrenoγραμμα (= diagramma delle fluttuazioni della ghiandola surrenalica) mostra 6 fluttuazioni al minuto con un periodo variabile da 9 sec. a 12 sec. (media 10,5: numero

frattale). L'intensità delle fluttuazioni dei diametri surrenalici oscilla tra 0,5 cm. a 1,5 cm. (misura convenzionale), con una durata dei massimi valori di 6 sec (AL + PL = 6 sec.).

"Simultaneamente" alla stimolazione del centro neuronale dell'ACTH-RH, l'oscillazione del surrene diventa massima (= *Highest Spike*) con una durata di 9 sec., che nelle successive fluttuazioni si riduce gradatamente di 1 sec. per stabilizzarsi su AL + PL di 7 sec. Questi dati corroborano chiaramente l'esistenza della bifasicità nella secrezione ormonale da noi dimostrata per la prima volta clinicamente (6): la prima fase, "simultanea" all'inizio della stimolazione, è di breve durata ma intensa, mentre la fase successiva, meno intensa della precedente, persiste per tutta la durata della stimolazione dei *trigger-points* dell'ACTH-RH e cessa con l'interruzione della stimolazione, dopo un tempo di latenza pochi secondi, ma "non" simultaneamente.

E' interessante il fatto che la stimolazione dell'attività surrenalica, espressione di una situazione di *stress acuto*, è transitoriamente presente e "simultanea" a qualsiasi provocazioni di "riflessi" semeiotico-biofisici, per esempio, al "riflesso" cutaneo-colecistico. Inoltre, appare importante il fatto che identici risultati si osservano quando un individuo, che tiene chiusi gli occhi, è invitato ad aprirli: simultaneamente alla stimolazione fotonica della retina si osserva l'aumento massimo dei diametri surrenalici.

Tuttavia, in queste condizioni la durata della risposta surrenalica è brevissima, mostrando il comportamento sopra descritto, riferito alla sola prima fase, verosimilmente perché la stimolazione è correttamente interpretata ed elaborata a livello cerebrale in modo rapidissimo. Questi fatti meritano una attenta riflessione ai fini della precisa comprensione dell'argomento trattato.

Nel sano, lontano dal pasto, per esempio, durante il riflesso cutaneo-pancreatico, l'attivazione surrenalica si osserva, dopo 12 sec. esatti di attivazione microcircolatoria pancreatica (= aumento significativo dei diametri pancreatici, che coincide ancora una volta con l'inizio della stimolazione), "simultaneamente" alla comparsa del riflesso gastrico aspecifico, che indica acidosi critica nel pancreas, secondaria all'ipertono simpatico, che trasforma la ghiandola in un sistema termodinamicamente isolato (1, 2). In altre parole, fisiologicamente il pizzicotto cutaneo del VI dermatomero toracico è simultaneo alle modificazioni volumetriche del pancreas, indotte dall'ipertono simpatico, che lentamente provocano aumento locale di idrogenioni: il pH si abbassa (V. avanti).

In queste condizioni, le fluttuazioni surrenaliche si susseguono normalmente. Solo dopo 12 sec. esatti, simultaneamente appaiono sia il "riflesso" gastrico aspecifico che l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, del surrene, i cui diametri aumentano in modo netto, statisticamente significativo (6).

In tutti i riflessi semeiotico-biofisici di primaria importanza è la perfetta identità, sopra riferita, tra tempo di latenza dell'abbassamento critico del pH istagico (= riflesso gastrico aspecifico) e l'insorgenza dell'incremento dei diametri del surrene: i due eventi sono "simultanei".

Attivazione Surrenalica Jatrogenetica nella Diagnostica Clinica.

Nella mia recente *Lecture* al V International Congress of Cardiology per internet ho illustrato il Reale Rischio Congenito di CAD, diagnosticato in modo quantitativo con la Semeiotica Biofisica Quantistica, caratterizzato dal rimodellamento microvascolare, in cui recitano un ruolo centrale i Dispositivi Endoarteriolarali di Blocco neoformati-patologici, tipo I, sotto-tipo b) aspecifici (7) Il sottotipo a), è tipico del solo oncologico. Dovrebbe spingere ad una meritata considerazione il fatto che la diagnosi clinica e tempestiva del reale rischio congenito di cardiopatia ischemica acuta, eseguibile su vasta scala senza spesa per il SSN, riduce le morti per causa cardiaca (8-11).

La procedura per la valutazione di questo particolare reale rischio congenito è identica a quella utilizzata nell'accertamento di tutti gli altri rischi, indipendentemente dalla loro specifica natura e sede. Inoltre, bisogna sottolineare che i cosiddetti fattori di rischio (almeno 300 per quanto riguarda la CAD!) possono agire esclusivamente in presenza delle malformazioni microvasali, da me

ampiamente descritte, correlate con quelle dei relativi parenchimi, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (12, 14).

Nel sano, supino, psico-fisicamente rilassato e con gli occhi aperti (= inibizione "parziale" della secrezione melatoninica), valutando continuamente le fluttuazioni surrenaliche, il medico esercita la pressione manuale di "media" intensità (= in grado di provocare il riflesso ureterale medio tipico dei DEB fisiologici di tipo II) sopra la proiezione cutanea del cuore "in toto", sopra la proiezione dell'anello valvolare, oppure selettivamente su una singola camera, atriale o ventricolare: dopo 8 sec. esatti dall'inizio della stimolazione pressoria, si osserva l'incremento significativo dei diametri surrenalici della durata di 9 sec., riducendosi di 1 sec. per volta nelle successive fluttuazioni, per ritornare al valore basale di 6 sec. L'attivazione è simultanea al riflesso cardio-gastrico aspecifico: tl. Di 8 sec.

Al contrario, nel paziente con coronaropatia, immediatamente (1-2 sec.) in caso di IMA, ancorchè pregresso, oppure dopo un tempo di latenza in secondi, variabile da 3 sec. a 7 sec., in rapporto alla gravità della CAD, compare l'attivazione microcircolatoria surrenalica di tipo I, associato, ancora una volta "simultanea" al riflesso gastrico aspecifico, come riferito sopra.

(www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/microangiologia).

I cosiddetti Riflessi nervosi alla Luce della Manovra di Attivazione surrenalica jatrogenetica.

Una lettura semeiotico-Biofisica Quantistica-quantistica dei meccanismi d'azione dei cosiddetti riflessi nervosi, basata sull'attivazione surrenalica jatrogenetica, corrobora la nostra interpretazione nettamente differente da quella della Medicina tradizionale, non aggiornata e assai carente di spiagazioni di fronte ai numerosi dati della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica (3, 4, 6, 13).

Nel sano, dopo esattamente 8 sec. dall'inizio della pressione digitale "media" (= la intensità è media quando provoca la comparsa del riflesso ureterale medio, tipico dei DEB tipo II, fisiologici), applicata sopra i *trigger-points* del centro neuronale diencefalico per il SST-RH (1), "simultaneamente" compare l'attivazione surrenalica e dopo 8 sec. il riflesso pancreatico, espressione di acidosi critica nel tessuto esaminato.

Detto altrimenti, nel sano, la stimolazione – in un primo tempo – causa "simultaneamente" attivazione microcircolatoria tipo I, associato, nei tessuti correlati, finalizzata a compensare la riduzione dell'apporto di materia-energia-informazione (= parziale ischemia) del relativo parenchima. Infatti, è sufficientemente noto che le amine simpaticomimetiche a bassi aumenti del livello tissutale agiscono esclusivamente sui recettori dei vasi efferenti, ma non afferenti, con conseguente aumento de diametri del sistema biologico, come dimostra la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Successivamente, in conseguenza dell'aumento critico degli idrogenioni, si osserva "simultaneamente" sia l'attivazione jatrogenetica surrenalica sia il riflesso gastrico aspecifico, indipendentemente dai *trigger-points* stimolati.

La simultaneità tra attività complementari, come lo sono le sinestesi, e' pertanto quanto è necessario in primo luogo comprendere per iniziare a capire il funzionamento parallelo degli organi nei sistemi viventi (14).

Le attuali conoscenze di neurofisiologia, carenti e limitate alla sola realtà locale, non sono affatto in grado di spiegare questi eventi correlandoli riduttivamente, perseguendo una logica di causa ed effetto lineare rispetto al tempo basata su una sequenza meccanica di depolarizzazioni-ripolarizzazioni neuronali che risulterebbe di estrema "lentezza", troppo lenta infatti diverrebbe la liberazione di vescicole endoneuronali, contenenti amine simpatico-mimetiche, che prima si fondono con la parte interna della membrana cellulare, per aprirsi poi negli spazi interstiziali versandovi il prodotto della loro secrezione, che infine entra nel circolo sanguigno.

Questi obsoleti "meccanismi" d'azione possono soltanto rendere ragione della seconda fase della stimolazione, cronica, lenta e meno intensa. Nella fase acuta, i cosiddetti riflessi nervosi, intesi

come la trasmissione, o trasporto, di un segnale lungo il nervo con dispendio energetico, caratteristico della realtà locale, "non" riescono a dare risposte convincenti sui fenomeni osservati, espressione della "simultaneità – sinergica" di eventi complementari che rispondono ad una realtà di comunicazione non locale, da noi palesata come funzionalità interattiva fondamentale nei sistemi biologici. (3, 4, 6).

Bibliografia.

- 1) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 2) Stagnaro S. , Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV,1978
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre,2007, www.ilpungolo.com, http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?INVIA_NEWS_MITT=Sergio+Stagnaro&INVIA_NEWS_EMITT=dottsergio%40semeioticaBiofisicaQuantistica.it&INVIA_NEWS_DEST=redazione%40numedionline.it&IDS=13&NWS=NEWS5217&INVIA_NEWS=Invia
- 4) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 5) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. , Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99, 1997.
- 6) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale. www.ilpungolo.com, Dicembre 2007.
- 7) 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_2007
- 8) Stagnaro Sergio. New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann. Int. Med.* <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 9) Stagnaro Sergio. Il "Reale Rischio" Semeiotico-Biofisico. <http://piazzetta.sfera.net/>. URL: <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm> . 2006
- 10) Stagnaro Sergio. Bedside diagnosing diabetic and dyslipidaemic constitutions and diabetes real risk. 2 October2006 http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/175/7/733_2006
- 11) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico-Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolari di Blocco tipo I, sottotipo a) oncologici e b) aspecifici. Ed. Travel Factory, Roma, in stampa. <http://www.travelfactory.it>
- 12) Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
- 13) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia . Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
- 14)- P.Manzelli. Apprendere-il-Mondo: <http://www.edscuola.it>
http://www.edscuola.it/archivio/lre/apprendere_il_mondo.htm

***Dott. Sergio STAGNARO**

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica.
Riva Trigoso (Genova)
www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

*** Prof. Paolo MANZELLI**

Coordinatore del Laboratorio di Ricerca Educativa
c/o Dipartimento di Chimica –Università di Firenze
www.edscuola.it/LRE.html

Cap. 9

La Evidenza sperimentale Semeiotico- Biofisico-Quantistica corrobora l'Ipotesi del DNA-Antenna proposta da Paolo Manzelli.

"Quot sit hora petis, dum petis hora fugit"
(Ti chiedi che ora sia, ma mentre fai ciò, perdi tempo).

All'inizio del terzo millennio, è giunta infatti "l'ora dell'ombra più corta, la fine di un lungo errore" focalizzato sulle concezioni del tempo misurate dall'orologio.

In perfetto accordo con Paolo Manzelli, con questa monografia intendo dimostrare, in modo difficilmente confutabile, che solo chi sa pensare libero dai condizionamenti, in gran parte economici, che frenano il progresso scientifico, sebbene senza poterlo arrestare, può pensare creativamente e coscienziosamente, nel senso etimologico di "Con-Scire", cioè di un comune sentire, all'unisono con le esigenze di sviluppo della scienza e della società contemporanee, che ormai hanno fatto la loro epoca.

Un aspetto principale dello sviluppo scientifico è il coraggio di pensare ciò che nessuno prima ha osato neppure immaginare temendo il giudizio negativo dei suoi contemporanei. Questo atteggiamento di chiusura su l'Ego e di rifiuto quindi di stare in contatto con l'Essere (la Intenzione di Wayne Dyer, Autore di *The Power of Intentino*) è stato condannato dai migliori uomini del passato: ricordo soltanto Eraclito.

Il modello meccanico della attuale scienza e' di fatto quello che dovrà necessariamente essere sostituito creativamente proprio perchè, mantenendo il quadro cognitivo delle conoscenze della meccanica classica e della quanto-meccanica inclusi i loro derivati, ci troviamo di fronte a problemi scientifici e problematiche socio-economiche irrisolvibili (Paolo Manzelli, comunicazione personale).

E' evidente, ad esempio, che il DNA non può solo produrre a dismisura proteine mediante sistemi che presuppongono il contatto locale per trasmettere informazione, senza poi poterne controllare interattivamente l'evolversi mediante un coordinamento con la catalisi enzimatica, al fine di collimare con la dinamica di apoptosi programmata della cellula. Il sistema di vita e morte programmata di una cellula vivente e' infatti attuato tramite una collaborazione co-evolutiva di informazione "non locale", favorendo un sistema di informazione "simultanea" con gli organi corporei e con l'ambiente, corroborato dalla Diagnostica Psicocinetica.

E' bene seguire il ragionamento teorico di Manzelli per poi fornire una prima prova semeiotico-biofisico-quantistica a suo sostegno: il fatto che il DNA sia da considerarsi in guisa di una "antenna rice-trasmittente", è logicamente impensabile e quindi non proponibile solo rimanendo coinvolti in una logica meccanica il cui riduzionismo ha ormai raggiunto i limiti possibili di una valida spiegazione basata su una concezione "locale" di Energia, Materia ed Informazione, che permangono localizzate dello Spazio-Tempo Cartesiano con coordinate XYZ, T.

Nella strutturazione cartesiana dello Spazio-Tempo le tre coordinate spaziali sono quelle necessarie alla misurazione ed alla definizione della località delle particelle o di qualsiasi altra cosa nel macro- e nel micro-cosmo. Pertanto rimane disponibile per il parametro tempo soltanto una univoca dimensione, vale a dire una unica coordinata lineare.

Con tale modello cognitivo dello Spazio/Tempo, sicuramente si interpretano compiutamente solo fenomeni reversibili, le cui dinamiche sono assimilate a un continuo spostamento di situazioni di equilibrio e che richiedono tempo di trasferimento di informazione per realizzarsi.

Pensiamo ai cosiddetti "riflessi" della Semeiotica Biofisica Quantistica: per esempio, la stimolazione di media intensità dei *trigger-points* pancreatici (= V-VI dermatomero toracico, di destra o di sinistra) modifica i locali pressocettori.

Ne consegue la trasmissione neuronale afferente, in-input nervoso, al midollo spinale, con successiva stimolazione neuronale (depolarizzazione-ripolarizzazione), in un primo momento delle cellule gangliari para-vertebrali e poi midollari, che iniziano la trasmissione lungo le vie neuronali efferenti al plesso solare e da qui ai plessi nervosi pancreatici. Finalmente si osserva l'attivazione microcircolatoria pancreatica, tipo I, associato, ma dopo un certo numero di secondi (tempo di latenza 11 sec. che precede di un secondo l'aumento di volume della ghiandola) sulla base dei fenomeni descritti, su cui tutti gli autori sono d'accordo, utilizzando la meccanica deterministica cartesiana.

Per illustrare nei dettagli questo esempio, ricordo che, nel sano, dopo 11 sec. dall'inizio della stimolazione di media intensità dei *trigger points* del pancreas, compaiono le tipiche oscillazioni del riflesso ureterale superiore, espressione della *vasomotilità* pancreatica, precedendo di un solo secondo il riflesso pancreatico-gastrico specifico.

Si tratta di un evento microcircolatorio di bellezza ineffabile perché dimostra la perfezione della correlazione presente tra attività parenchimale e microcircolatoria locale, secondo lo spirito dell'Angiobiopatia.

In realtà, nelle condizioni sperimentali sopra indicate, se la stimolazione utilizzata è "intensa", l'aumento dei diametri pancreatici appare "simultanea" all'inizio della stimolazione stessa dei *trigger-points* pancreatici!

I fatti, sopra riferiti, sono esaurientemente spiegati ricorrendo alla informazione propria della realtà "non locale", dove esiste l'informazione simultanea, catalitica. (1-6).

Infatti, tutte le situazioni effettivamente irreversibili sfuggono ad una definizione della organizzazione dinamica co-operativa come ad esempio è la vita ed i sistemi auto-catalitici che ne permettono la evoluzione.

Come afferma Manzelli, tutto ciò che assume un carattere "non locale" sia nel macro- che nel micro-cosmo non può essere ragionevolmente coscientizzato (da CON-SCIRE = Conoscere assieme), mantenendo la struttura Cartesiana dello Spazio-Tempo come struttura univoca di riferimento.

I fenomeni osservati con la Semeiotica Biofisica Quantistica, analogamente agli eventi microcircolatori-parenchimali nel fegato, secondo l'Angiobiopatia, a seguito della stimolazione dei PPARs-alfa epatici mediante stimolazione, ancorché istantanea, del centro neuronale dell TSH-RH (7-10), riferiti anche nel Cap. 5, non sono affatto passibili di spiegazione con le conoscenze limitate fornite dal determinismo meccanicistico, impotente anche ad offrirci chiarimenti sui fatti legati al fisiologico caos deterministico dei sistemi biologici (11-14).

A questo punto ricordo che la valutazione clinica dei PPARs epatici rappresenta il metodo migliore in assoluto, oggi disponibile, per il controllo del metabolismo glico-lipidico, da me illustrati in siti di famose *peer-reviews* (7-10,15-18).

Per comprendere la teoria del DNA-Antenna rice-trasmittente di Manzelli, è opportuno riflettere brevemente sul fatto che, come il mondo oggettivo, il corpo umano è fatto di atomi, elettroni, quanti (fotoni, fononi ecc.), quark, e altre particelle subatomiche. Da queste poche considerazioni si comprende come un serio dubbio cala sul concetto di "oggettività" e "soggettività" nel processo noetico, proprio perché esso è il frutto di informazioni elaborate dal cervello sulla base determinante delle informazioni interiorizzate dal DNA, mitocondriale e nucleare. Lo scenario che comunemente vediamo è come un film che ci è utile per anticiparci un quadro macroscopico nel quale possiamo muoverci, come dice Manzelli.

Detto altrimenti, senza pre-appercezione (pre-visione) non può esserci percezione, secondo l'insegnamento dei filosofi antichi.

Dal punto di vista fisico il problema di fondo risiede nel fatto che le particelle quantistiche non sono palline, ma si comportano alla misura strumentale sia come onde (non localizzate) che come particelle (localizzate). Pertanto se le fermiamo per misurarle non sappiamo più nulla della direzione e della velocità del loro movimento, e quindi nasce l'indeterminazione del sistema.

Il mondo micro- e macro-scopico, come ha permesso di dimostrare anche la Semeiotica Biofisica Quantistica si strutturano l'uno sull'altro, nel senso che il primo influenza il secondo e viceversa, in accordo ai concetti di implicito ed esplicito di D. Bohm (1-6).

Il problema del microcosmo, inoltre, non sarebbe così importante se per vedere sentire e percepire il mondo non utilizzassimo come informazione esterna proprio dei quanti (fotoni per vedere, fononi per udire, e di vibrazioni quantistiche per ricevere informazioni tattili).

Ma ascoltiamo Paolo Manzelli per avviarci alla comprensione della sua affascinante teoria:

“Quindi è solo la ricomposizione tra soggetto ed oggetto che ci può far capire chi siamo e come vediamo e percepiamo il mondo e ciò non è possibile capirlo in una vecchia concezione meccanica della vita. Il futuro delle conoscenze dovrà quindi passare attraverso una revisione non più così riduttiva del sapere come lo è stata nel quadro del paradigma meccanico, che è stato utilizzato nell'era industriale per la produzione di macchine che oggi sta direttamente provocando la distruzione della vita nel nostro pianeta” (19).

Manzelli afferma che il DNA, che replica parti di se stesso riformandosi di volta in volta, mostra l'identico comportamento di un catalizzatore, che alla fine delle trasformazioni in cui interviene accelerandole, non modifica la sua quantità, neppure di un valore minimo.

L'analogia meccanica non serve quindi più per tentare di delineare le frontiere della ricerca nella Fisica Bio-Quantistica, dove naturalmente i problemi da risolvere sono molti.

L'Autore correttamente non trova affatto scientifico considerare molecole proteiche altamente evolute che si formano casualmente per distacco di un segmento di DNA, formazione di RNA, assemblaggio sequenziale di amino-acidi, e ristrutturazione finale del DNA con *restitutio ad integrum*. Non si può infatti non accettare che la vita sia fondata su una ben articolata informazione, anziché essere basata su frammenti di materia inerte “dead molecule”, quando in realtà sono l'essenza organizzativa della vita stessa.

E' inevitabile pensare al DNA come molto di più dell'accumulo di informazioni. Bisogna pensare al sistema dinamico DNA/RNA come ad un catalizzatore di Energia-Informazione, capace di ricevere e trasmettere segnali quantici bio-fisici (fotoni, fononi, etc.) interattivamente scambiati dalle e alle proteine nelle e tra le cellule viventi (18, 19). La comprensione di questi eventi, corroborati dalla Semeiotica Biofisica Quantistica che trova i suoi fondamenti nelle teorie di Manzelli, richiede certamente un mutamento epocale nella comprensione del processo noetico, al momento sclerotizzato a causa del riduttivismo cartesiano espresso nei concetti di *res cogitans* e *res cogitata*.



Bibliografia.

1. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
2. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
3. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
4. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
5. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Limiti della Medicina Ufficiale. L'Esperimento di Lory.
 - a. 03 Gennaio 2008, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5267>
6. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica

- http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
7. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
 8. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del “Reale Rischio” Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004.
 9. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ed. Travel Factory, Roma, 2004.
 10. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Ed. Travel Factory, Roma, 2005.
 11. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Moscatelli G., Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. *Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med.* 155, 125, 1996
 12. 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
 13. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. *Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med.* 153, 99, 1994
 14. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1988
 15. Stagnaro Sergio Biophysical-Semeiotic Bed-Side Evaluating PPARs Activity in Metabolic Syndrome. *Cardiovascular Diabetology*. (19 September 2005) <http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488>
 16. Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*. 2005, 4:13 doi:10.1186/1475-2840-4-13 2005
 17. Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14> 2007
 18. Stagnaro Sergio. Pivotal Role of Liver PPARs Activity Bed-side Evaluation in Monitoring glucidic and lipidic Metabolism. *Lipids in Health and Disease*. 02 June 2007, <http://www.lipidworld.com/content/6/1/12/comments#284542>
 19. Manzelli Paolo. Bio-Quantum Physics: DNA/RNA as an Information Energy Catalyst in Life System. *The General Science Journal*. <http://www.wbabin.net/science/manzelli.pdf>
 20. Manzelli Paolo. Prioni e Memorie. *Neuroingegneria.com* <http://www.neuroingegneria.com/proniememorie/>

Appendice.

Valutazione Clinica della Secrezione di Aldosterone con la Semeiotica Biofisica Quantistica

Questo articolo, pubblicato nel settembre 2008 nel sito www.fce.it, dimostra chiaramente l'esistenza della realtà non locale in biologia e corrobora la teoria del DNA Antenna, secondo Paolo Manzelli.

(Sergio Stagnaro)*

Riassunto.

Per la prima volta clinicamente, nell'articolo è descritta una manovra semeiotico-biofisico-quantistica affidabile nella rapida valutazione della secrezione di Aldosterone. Dopo aver illustrato le basi fisiopatologiche del metodo, l'Autore sottolinea il ruolo centrale svolto nella diagnostica, nel monitoraggio terapeutico e nella ricerca clinica. In circa l'80% dei soggetti visitati, positivi per la costituzione ipertensiva, e nei pazienti ipertesi la secrezione di Aldosterone è risultata significativamente aumentata, in relazione alla sottostante patologia.

Introdurre.

L'aldosterone, ormone steroideo prodotto dalle ghiandole surrenali, svolge un ruolo centrale nella regolazione dei livelli di sodio, di potassio e del volume dei liquidi extracellulari. Esso agisce regolando l'attività renale aumentando il riassorbimento del sodio nel tubulo distale e nel dotto collettore ed incrementando l'eliminazione di potassio e di idrogenioni (1, 2).

L'aldosterone è secreto per riequilibrare la situazione idro-elettrolitica in condizioni di iperpotassemia (elevata concentrazione di potassio nel sangue) o di iponatremia (ridotta concentrazione plasmatica di sodio), mentre il suo rilascio verrà inibito nelle condizioni opposte.

Dal momento che la ritenzione di sodio aumenta il volume di sangue circolante e con esso la pressione arteriosa e la ritenzione di liquidi, anche l'ipovolemia, l'ipotensione e la vasocostrizione dell'arteria renale afferente, rappresentano uno stimolo positivo per la secrezione di aldosterone, come dimostra l'evidenza sperimentale con la Semeiotica Biofisica Quantistica (2, 3).

Il secondo meccanismo di azione nella regolazione idro-salina è mediato dal sistema renina-angiotensina: quando le suddette condizioni vengono rilevate a livello del glomerulo, alcune cellule renali producono renina che, agendo a livello dell'angiotensinogeno epatico, promuove la sintesi di Angiotensina I, a sua volta convertita nei polmoni e nell'endotelio vasale ad Angiotensina II. Questo potente vasocostrittore arteriolare quindi stimola la produzione di aldosterone nei surreni, con conseguente risparmio di acqua e sodio (3, 4).

Un terzo sistema regolatorio è mediato da vari ormoni, tra cui l'ACTH, le catecolamine e il peptide natriuretico atriale.

Le azioni dell'aldosterone si estendono a tutte le cellule dell'organismo, dove agisce facilitando l'ingresso del sodio e promuovendo la perdita di potassio: ghiandole sudoripare, intestino e ghiandole lacrimali. Il principale sito d'azione è comunque quello renale: nel citoplasma delle cellule che costituiscono l'ultimo terzo del tubulo distale e il tratto del dotto collettore che decorre nella zona corticale del rene, sono presenti specifici recettori per l'aldosterone che, una volta stimolati secondo due differenti vie (V. avanti), esprimono proteine in grado di aumentare il riassorbimento del sodio a livello tubulare e favorire invece la secrezione di potassio.

Iperaldosteronismo

Si tratta di una eccessiva produzione primitiva di aldosterone, che può contribuire all'insorgenza dell'ipertensione arteriosa in individui con questa singolare costituzione (2, 4-6), dal momento che il rene trattiene notevoli quantità di sodio ed acqua con conseguente aumento dei liquidi circolanti. Eccessivi livelli di aldosterone si accompagnano anche ad ipopotassemia, con conseguente comparsa di gradi crescenti di debolezza muscolare fino alla paralisi e sofferenze cardiache in soggetti ovviamente colpiti dalla nascita da Reale Rischio di CAD (8-14).

L'iperaldosteronismo può essere causato da un adenoma o da un'iperplasia bilaterale della zona corticale del surrene, condizioni patologiche oggi riconosciute clinicamente con la Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica (2-4).

A questo proposito, ricordo la sindrome di Conn, una patologia uni- o bi-laterale delle ghiandole surrenali caratterizzata da un eccesso di produzione di aldosterone. Tale patologia, nota anche come iperaldosteronismo primario, può essere secondaria all'assunzione di alcuni farmaci, per es., diuretici, alla stenosi di un'arteria renale e ad altre condizioni di reninismo (aumento della liberazione di renina primario o secondario), alla gravidanza o ad un'alterata ripartizione dei fluidi nel compartimento extracellulare, come in presenza nel corso di cirrosi epatica o sindrome nefrosica. In tutti questi casi, riconosciuti oggi clinicamente a partire dai loro stadi iniziali, si registra una diminuzione della volemia che rappresenta uno stimolo per il sistema renina-angiotensina e la conseguente produzione di aldosterone, i cui livelli plasmatici salgono fino ad assumere connotati patologici, diagnosticati mediante le modificazioni del surrenogramma (2, 3)

Valutazione clinica della secrezione di Aldosterone.

La valutazione clinica dell'Aldosterone, descritta per la prima volta in questo articolo, è stata resa possibile dalla Semeiotica Biofisica Quantistica, che consente al medico di diagnosticare l'attivazione del surrene, come riferito in un precedente articolo (3).

Questa indagine può essere condotta secondo due metodiche di attivazione del surrene, produttore di Aldosterone, ormone che agisce sul rene trattenendo acqua e sodio.

A questo punto è opportuno sottolineare il valore diagnostico della manovra anche per valutare la secrezione surrenalica di steroidi; essa si è dimostrata affidabile e quindi utile per quantizzare clinicamente l'intensità della secrezione cortisonica mediante la valutazione delle modificazioni indotte nella vasomotilità dell'osso, aumentata nella costituzione osteoporotica.

La valutazione della secrezione aldosteronica è diretta ed indiretta:

A) la prima, basata sulla stimolazione "rapida, intensa ed istantanea" del *trigger-point* del surrene (= in pratica, la cute lungo l'ascellare media subito sopra l'arcata costale);

B) la seconda metodica, più raffinata, consiste nella stimolazione surrenalica mediante l'ACTH-RH endogeno: il medico applica rapidamente la pressione digitale "medio-intensa", di durata ISTANTANEA, sopra la proiezione cutanea del centro neuronale per l'ACTH-RH (*trigger-point*) (Fig. 1)

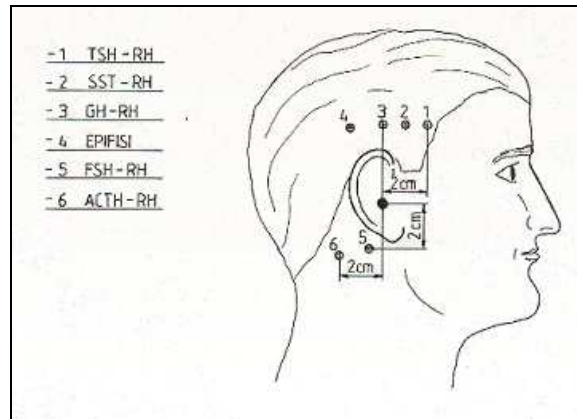


Fig. 1

Nella Fig. sono indicate le sedi dei trigger-points dell' epifisi e dei diversi centri neuronali per li vari realising hormones.

Simultaneamente alla rapidissima e brevissima stimolazione, anche il surrene appare attivato (= incremento **simultaneo** dell'intensità delle sue oscillazioni), ed il RENE modifica, sempre *simultaneamente*, i valori parametrici delle sue fisiologiche fluttuazioni (= renogramma nel mio sito www.semeioticaBiofisica.Quantistica.it, Pagina Tecnica N° 5) (Fig. 2).

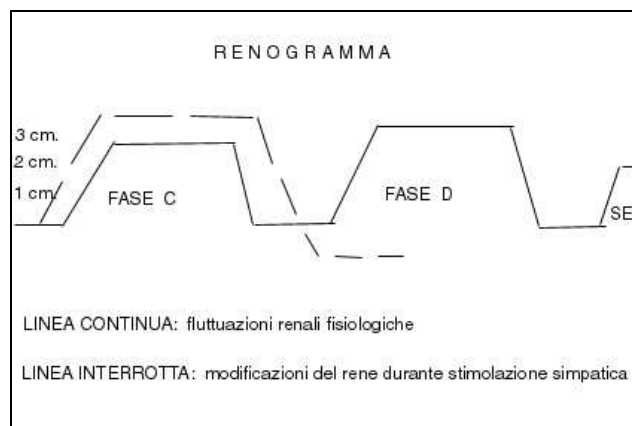


Fig. 2

Nel sano, la durata delle oscillazioni renali sale da 6 sec. a 8 sec. nella prima fluttuazione, scendendo a 7 sec. nella seconda, per ritornare alla durata fisiologica di 6 sec. alla terza oscillazione.

Al contrario, nei soggetti con costituzione ipertensiva, e/o ipertesi, con iper-aldosteronismo (80% circa nella personale esperienza), magari lieve, la prima durata è maggiore di 8 sec. e tale rimane per altre successive fluttuazioni, tanto più numerose in rapporto alla gravità della sottostante disfunzione ormonale.

Da quanto sopra riferito appare evidente che gli ormoni, come le citochine ed altre sostanze considerate finora attive esclusivamente mediante il legame con i rispettivi recettori, mostrano un ben più complesso meccanismo d'azione, bifasico (9), comprensibile solo considerando che nei sistemi biologici, accanto alla realtà locale, esiste la realtà non locale, dimostrata da chi scrive (10, 11), ed accettata ormai da numerosi lungimiranti Editori (12). Per ulteriori informazioni su questi argomenti, leggere anche i miei commenti in www.nature.com alle URLs:

http://blogs.nature.com/nature/journalclub/2008/06/seth_lloyd.html#comments

http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2008/06/weekly_round_up_39.html#comments

<http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html?q=2#last-comment>

<http://network.nature.com/forums/harvardpublishingforum/1832?page=1#reply-4955>

www.nature.com , <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>

<http://www.nature.com/news/2008/080515/full/news.2008.829.html>

http://blogs.nature.com/nature/journalclub/2008/07/peter_csermely.html#comments

Conclusioni.

Per la prima volta, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica è possibile valutare quantitativamente la secrezione di aldosterone mediante l'incremento della sua attività stimolante il riassorbimento idro-salino a livello renale. Non tutti gli individui con costituzione ipertensiva e reale rischio congenito di ipertensione (8, 9, 10) mostrano una aumentata attività surrenalica con conseguente maggiore secrezione aldosteronica. Interessante infine è il complesso meccanismo bifasico dell'attivazione dei recettori, ormonali e non: la simultanea stimolazione, di natura catalica, che ricorda la risonanza degli eventi chimici, dovuta alle vibrazioni dell'ormone appena secreto, è intensa e di breve durata; la seconda fase, ormai ben nota, conseguente al legame dell'ormone col suo recettore specifico, è più lenta nell'insorgenza e meno intensa, ma più prolungata, in relazione diretta alla quantità dell'ormone secreto.

Bibliografia

1. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Stadio pre-ipertensivo e monitoraggio terapeutico della ipertensione arteriosa. *Omnia Medica Therapeutica*. Archivio, 1-13, 1989-90.
2. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
3. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica
4. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
5. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 tissutale – *Acta Med. Medit.* 13, 99, 1997.
6. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 tissutale – *Acta Med. Medit.* 13, 99, 1997
7. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
8. 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>
9. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Travel Factory, Roma, 2005. <http://www.travelfactory.it>
10. Stagnaro Sergio. Hypertensive Constitution accounts for the existence of diabetics with and without Hypertension. *Cardiovascular Diabetology* 2006, 5:19 doi:10.1186/1475-2840-5-19 2006
11. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45

12. 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>
13. Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it, 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
14. Stagnaro Sergio. Non Local Realm. Response to Selection for Social Signalling Drives the Evolution of Chameleon Colour Change. (01 February 2008). www.plos.com, <http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pbio.0060025>
13. 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> 2007

Cap. 10

Medicina Predittiva.

Il fondamentale errore della Medicina odierna.

Esiste un generale accordo che la migliore terapia è la prevenzione primaria, oggi realizzabile su vasta scala arruolando razionalmente “tutti” gli individui a reale rischio congenito, grazie alla Semeiotica Biofisica ed ai suoi progressi di questo ultimo decennio.

Infatti, è impensabile attuare con successo una prevenzione primaria su vasta popolazione, condotta sulle indicazioni dei soli dati costosi della genomica in una popolazione scelta casualmente o, peggio che mai, arruolando individui i cui padri sono colpiti dalla malattia oggetto di prevenzione primaria! Le principali malattie insorgono notoriamente in individui positivi per l'Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica, una citopatia mitocondriale funzionale, trasmessa dalla madre nella quasi totalità dei casi.

Per poter avere successo, la prevenzione primaria delle attuali epidemie in continuo, allarmante aumento, nonostante le campagne costose instaurate col clamore dei *mass-media* e costantemente rivelatesi inutili, devono essere precedute dal riconoscimento di “tutti” i soggetti portatori di una ben definita predisposizione alla patologia da combattere, iniziando la prevenzione preferibilmente a partire dalla nascita dei singoli, impresa realizzabile a condizione che i Medici di Medicina Generale, principali attori della campagna di prevenzione, conoscano perfettamente e sappiano diagnosticare *bedside* sia le numerose Costituzioni Semeiotico-Biofisiche sia i correlati Reali Rischi Congeniti, valutati in modo quantitativo nella loro esatta sede (1-6).

Procedere nella prevenzione primaria con qualsiasi altro metodo, come è avvenuto finora nel mondo occidentale, può soddisfare soltanto la “cattiva coscienza” dello scienziato!

Purtroppo oggi esiste, sia tra i profani sia tra gli addetti ai lavori, una grande confusione, in verità alquanto sospetta, sul concetto di prevenzione, regolarmente confusa con lo *screening*, da parte di Medici che, prediligendo la Medicina di Marte, cioè la terapia, l'attacco e l'aggressione cruenta dei sistemi biologici, hanno mandato in soffitta la Medicina di Venere, basata sull'ascolto, il contatto, la corretta informazione.

Fino a quando cinsidereremo la popolazione divisa in modo manicheo, irrazionale, privo di ogni base logica, in due parti dai confini in realtà incerti, cioè Sani e Malati, dimostrando inoltre di conoscere una sola fisica, quella classica, della causa-effetto, dalla matrice quadimensionale con 3 D/S ed 1 D/T, è certo che le più gravi patologie umane, per esempio il diabete, l'arteriosclerosi, l'osteoporosi e il cancro, continueranno ad essere le epidemie in inarrestabile aumento, che conosciamo da decenni.

Questo è quanto ho denunciato ripetutamente, purtroppo sempre inascoltato, al mondo scientifico e alle competenti Autorità Sanitarie italiane ed europee, con scritti che hanno diffuso la mia definizione della Medicina come ancella dell'Economia (Chiedere a Google.com o ad altro famoso portale). Il mio articolo *Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk*. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>, messo in rete da un sito web raccomandato da *Nature.com*, non è stato criticato da nessuno, evidentemente per mancanza di argomenti, per evitare di esporsi al giudizio negativo dei posteri, e, a mio parere, per evitare di accelerare una rivoluzione nella Medicina, in particolare quella Preventiva e Predittiva, che avverrà sicuramente in un futuro che mi auguro non lontano.

Veritas Filia Temporis, scrive Aulo Gello in *Noctes Atticae*, II secolo dopo Cristo.

Se vogliamo veramente porre fine al presente Medio Evo della Medicina, dobbiamo incominciare a dividere razionalmente gli individui, suddividendoli in tre zone, Zona Bianca (Salute), Grigia (Lento passaggio dai Reali Rischi Congeniti alle relative malattie) e NERA (Patologia in atto), sulla

base dei dati della Semeiotica Biofisica Quantistica, che ci permette rapidamente di riconoscere, in “tutta” la popolazione a partire dalla nascita, le varie costituzioni e i relativi reali rischi congeniti (1-6). Solo adottando questa nuova politica sanitaria noi saremo in grado di realizzare la Medicina Predittiva, *conditio sine qua non* della Prevenzione Primaria, mai seriamente ed efficacemente arruata finora nel mondo occidentale (1-6).

Il concetto di salute proposto nel 1948 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, cioè stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale e non solo di assenza di malattia, sta diventando un riferimento per lo sviluppo di un nuovo modello di medicina (V. il sito http://www.semeioticaBiofisica_Quantistica.it), centrato finalmente non solo sulla malattia, ma anche e soprattutto, sulla salute. In altre parole, il ruolo principale dell’assistenza sanitaria, rivolto a conservare la sanità, considera la salute del singolo nel contesto della popolazione di riferimento, cercando di preservare la salute e non solo di occuparsi delle le variazioni fisiopatologiche alla base dalle malattie, orientato com’è al valore degli interventi sanitari e pertanto al miglior risultato ottenibile ad un costo sostenibile, tendendo a riconoscere al medico il ruolo di promotore della salute e non solo di risolutore di malattie (7).

Questo cambiamento di paradigmi è certamente la diretta conseguenza delle ricerche di natura genetica e di farmacogenomica, dalle quali i medici si attendono ancora “enormi progressi nella capacità di diagnosticare le malattie sulla base del genotipo, di identificare condizioni di maggior rischio correlate alla presenza di geni di suscettibilità e di identificare la migliore terapia per lo specifico problema di salute di un determinato paziente” (7).

In realtà, questi risultati non si potranno mai ottenere senza una preventiva “razionale selezione”, su vastissima scala, degli individui a “reale rischio congenito” delle patologie umane più frequenti e gravi, ricordato sopra, traguardo raggiungibile soltanto utilizzando un metodo “clinico” efficace, attendibile ed ovviamente non dispendioso, applicabile senza spesa su tutti gli individui, com’è appunto la Semeiotica Biofisica Quantistica, che ha permesso di scoprire le numerose costituzioni e i relativi reali rischi congeniti (1-6), su cui è fondata la *Single Patient Based Medicine*, che svolge un ruolo essenziale nella Medicina Predittiva (3-4, 8).

La Medicina odierna è basata sulla diagnostica, possibile naturalmente solo in presenza di fenomenologia clinica, ed è intesa come strumento o servizio in grado di fornire specifiche informazioni sullo stato di salute attuale di un soggetto.

Infatti, in individui apparentemente sani, ma in cui il processo morboso è già iniziato magari da anni o decenni senza alcuna sintomatologia clinica, secondo la semeiotica fisica tradizionale, il processo morboso sfugge all’esame obiettivo e la patologia in alcuni casi è riconosciuta casualmente. Questi fatti in piccola parte spiegano l’abuso, in realtà irrazionale, delle indagini di laboratorio e della semeiotica sofisticata, che caratterizzano la Medicina di Marte, pubblicizzata dai compiacenti mezzi di informazione.

Il lettore deve ricordare che l’insorgenza di un processo morboso, come il diabete mellito tipo 2, è preceduto per anni o decenni dall’inizio delle note “complicazioni”, come dovrebbe ormai essere noto ai medici di tutto il mondo. In realtà, nessun medico intellettualmente onesto è autorizzato oggi a parlare di “complicazioni” diabetiche, ipertensive, dislipidemiche, ecc. per il fatto che ipertensione, diabete, dislipidemie varie, e gli altri 300 fattori ambientali di rischio possono aggravare, ma certamente non causare, le cosiddette complicazioni, che insorgono esclusivamente se esistono dalla nascita i reali rischi delle relative malattie (1-6).

La Medicina predittiva, ampiamente giustificata e resa più efficace e di larga applicazione dalla *Single Patient Based Medicine*, consente di predire cambiamenti nello stato di salute di un soggetto, studiato sia dal punto di vista della semplice predisposizione alla malattia (costituzioni semeiotico-biofisiche) sia da quello dell’obiettivo monitoraggio della sua lenta evoluzione patologica, dalla durata di anni o decenni, a partire dalle fasi veramente iniziali della malattia, caratterizzanti la Sindrome Pre-Metabolica, seguita dalla Sindrome Metabolica che caratterizza la Medicina di Venere (10, 11).

Queste caratteristiche contraddistinguono un nuovo modello di Medicina, a cui la Semeiotica Biofisica Quantistica offre un notevole contributo, la Medicina predittiva appunto, oggetto del presente capitolo.

Il Progetto Genoma Umano, grazie alla attività di mappatura e sequenziamento del genoma umano, è finalizzato a mettere a disposizione dei medici una banca dati in grado di facilitare la individuazione e lo studio dei geni coinvolti nello sviluppo e nella manifestazione dei caratteri dell'organismo umano, sia di quelli normali (fisiologici) sia di quelli rari (varianti) o anomali (patologici). In parte, ma solo in parte, queste informazioni sono già state acquisite, avviando "una nuova fase nella ricerca biomedica ed i risultati sia a livello medico che sanitario sono ad oggi solo in parte prevedibili".

Secondo il personale parere, in questo caso più che di speranza possiamo parlare di utopia, incoraggiata da interessi economici nella diffusione ed utilizzazione delle semeiotiche ultrasofisticate. La verità è che finora sono stati identificati pochi geni responsabili di alcune rare malattie monogeniche, quali la fibrosi cistica e la malattia di Huntington. Mutazioni di questi geni determinano con alta, ma imprecisabile, probabilità la malattia.

Tuttavia sappiamo ormai fondatamente che vi sono altri numerosi geni, denominati geni di suscettibilità, che possono aumentare il rischio di sviluppare malattia, ma non presentano lo stesso grado di probabilità di produrre patologie, secondo il tipico comportamento dei disturbi mendeliani. In altre parole, si tratta di geni di suscettibilità essenzialmente con significato di fattori di rischio, contro cui intervenire modificando stili di vita in modo assai più appropriato ed efficace, realizzando una reale prevenzione primaria della malattia.

A questo punto desidero fare una osservazione: in una donna con BRCA1 e BRCA2 mutati, la genomica non permette di conoscere, per esempio, la reale sede di rischio di cancro mammario e neppure lo consente l'accertamento della Proteina EMSY, che contrasta l'azione dei citati geni anche se normali. Detto altrimenti, in presenza di geni mutati, rimane da sapere se è iniziata la malattia e la precisa sede della sua insorgenza. Ad una grande parte di questi problemi riguardanti le più comuni e gravi malattie umane la Semeiotica Biofisica Quantistica offre precise ed affidabili risposte, utili nella realizzazione della prevenzione primaria "su vasta scala", come dirò tra poco.

La medicina attuale classifica le malattie sulla base delle loro manifestazioni cliniche: un dolore localizzato alla testa, con una certa durata (4 e 72 ore), di tipo pulsante o trafittivo, accompagnato da nausea, fonofobia o fotofobia, permette di porre la diagnosi di emicrania, una malattia frequente nella pratica clinica.

Ricordo che malattie diverse in rapporto alla causa e patogenesi possono presentarsi con segni e sintomi simili. Pertanto, classificare le malattie sulla base dei sintomi e dei segni (quindi delle caratteristiche del fenotipo) ha un certo significato quando la terapia è esclusivamente sintomatica, ma diventa un limite quando la terapia agisce sulle cause e sulla patogenesi delle malattie. Con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica il medico è innanzitutto in grado, nella completa assenza di fenomenologia clinica tradizionale, di porre la corretta diagnosi.

Per esempio, si calcola che circa un terzo dei diabetici ignori di esserlo, in conseguenza della mancata sintomatologia clinica. In questi casi, è facile riconoscere il diabete sulla base dei numerosi e attendibili segni semeiotico-biofisici, ovviamente in presenza delle costituzioni dislipidemiche "e" diabetica, senza le quali non è possibile l'insorgenza del diabete (V. www.semeioticabiofisica.it: Diabete, 6 articoli, e Bibliografia).

A questo punto è necessario affermare con forza che l'eventuale terapia può essere prescritta in relazione alla reale situazione attuale dei vari sistemi biologici del paziente (= prevalenza del tono simpatico nel SNV localizzato in un determinato apparato; elevata attività del Sistema Renina-Angiotensina, magari in un sistema biologico, ecc.).

Lo studio assai dispendioso dei geni mutati, necessariamente condotto casualmente ignorando le costituzioni semeiotico-biofisiche e i reali rischi da esse dipendenti, è ostacolato in modo difficile da superare nel raggiungere i suoi obiettivi dal fatto che solo una piccola parte di malattie è monogenetica e, inoltre, l'attività dei prodotti di geni normali è impedita da proteine patologiche.

Al contrario, la Semeiotica Biofisica Quantistica, per quanto riguarda oggi la prevenzione primaria delle malattie più frequenti e gravi, invalidanti e/o mortali, in modo non dispendioso, raggiunge ottimi obiettivi di prevenzione seguendo un differente approccio alla risoluzione dello stesso problema.

Infatti, nella totale impossibilità di investigare i geni mutati, la Semeiotica Biofisica Quantistica, studia il modo di essere e funzionare dei sistemi biologici a partire dalla nascita del “singolo” individuo, permettendone di riconoscere le numerose costituzioni (dislipidemia, diabetica, arteriosclerotica, ipertensiva, gottosa, glaucomatosa, osteoporotica, litiasica, tumorale, etc.) e di monitorarne la possibile, lenta evoluzione patologica nel tempo a partire dai reali rischi congeniti, intervenendo, quando necessario, in modo tempestivo con la terapia e la dieta, etimologicamente intesa (3).

Questa originale *Weltanschauung* in Medicina, resa possibile dalla nuova semeiotica fisica, ha portato fortunatamente alla fondazione della *Single Patient Based Medicine* (4).

Negli ultimi decenni, gli stessi progressi e successi della medicina, almeno in parte, hanno contribuito paradossalmente alla sua crisi, come ho dimostrato in precedenti lavori (1-6). A partire dagli anni '70 del secolo scorso, le migliorate condizioni tecnologiche, hanno portato ad un inevitabile progresso lineare, costante, nella diagnostica di laboratorio e delle semeiotiche per immagini, che ha profondamente mutato scenari e aspettative generali nei confronti della salute e della malattia, producendo contemporaneamente grandi delusioni. Molte malattie possono essere combattute senza però giungere ad una guarigione completa con “*restitutio ad integrum*”. Accanto a ciò, i successi terapeutici, anche quelli non completi, sono insostenibili in termini economici quando si vogliono estendere, soprattutto per motivi etici, a “tutti” gli individui, applicandoli, cioè, su vasta scala.

In realtà, l'erogazione dell'assistenza sanitaria, come attualmente concepita, è sempre più onerosa, creando notoriamente in tutti i paesi del mondo, sviluppati e non, situazioni non più gestibili. Come logica conseguenza, si trovano a confronto due prospettive differenti di assistenza, la pubblica e la privata, da cui deriva poi la possibilità di un sistema economico misto pubblico-privato, senza tuttavia uscire da un contesto essenzialmente tecnico-economico di razionalizzazione e miglioramento dell'efficienza assai problematico. Un fatto certo, ormai da tutti condiviso, è che anche questo schema non funziona più e ad esso si aggiunge un'altra urgente questione che capovolge gli schemi generali presenti finora circa l'assistenza sanitaria. Noi dobbiamo, non soltanto ricercare i mezzi per realizzare un sistema sanitario sufficientemente efficace, ma soprattutto riconoscere che gli scopi della medicina, attualmente del tutto incerti, hanno bisogno di una pronta e approfondita re-interpretazione.

Secondo il personale parere, qualsiasi sforzo economico che miri a risolvere il problema dei finanziamenti dei vari sistemi sanitari nazionali, secondo gli attuali schemi, in assenza di una analisi etica accurata e senza preconcetti (9), cioè senza mutamento dei paradigmi in medicina, esiterà inevitabilmente nel totale fallimento.

In altre parole, non è possibile o economicamente sostenibile una politica sanitaria in cui, per esempio, la prevenzione del diabete mellito tipo 2 o del tumore viene instaurata in “tutti” gli individui, quindi anche in coloro privi della necessaria predisposizione, per tacere del fatto che in realtà non si tratta di “prevenzione primaria”, ma di semplice *screening*, impresa del tutto differente.

Per riassumere quanto sopra, la Medicina ortodossa, tradizionale, accademica non può diventare predittiva, *conditio sine qua non* della Prevenzione Primaria. E' inconfutabile che l'attuale Medicina non è in grado di consentire al Medico di Medicina Generale, attore principale di un simile epocale evento, di arruolare razionalmente “tutti” gli individui realmente a rischio di determinate patologie a partire dalla nascita dei singoli soggetti, utilizzando metodi di indagine adeguati e soprattutto non dispendiosi.

A mio parere, questo insormontabile ostacolo rappresenta la causa principale del desolante insuccesso della Medicina tradizionale riportato costantemente nella lotta alle comuni e gravi

epidemie, che dimostrano di essere in continuo ed inarrestabile aumento, come il diabete, la CVD, l'osteoporosi e il cancro.

In numerose Lettere Aperte, inviate ai Ministri della Salute italiani degli ultimi dieci anni, ho sottolineato inutilmente la necessità urgente di modificare radicalmente lo strumento di lotta sempre adottato contro malattie gravemente morbigena e mortali, da tutti gli Autori considerate vere epidemie. Sottolineo come paradigmatica la Lettera Aperta indirizzata all'allora Ministro della Salute Gerolamo Sirchia sulla Prevenzione Primaria del cancro del seno, in rete su numerosi siti italiani e stranieri (Chiedere a Google.com o altri portali).

Come riferito sopra, la Medicina è ancella dell'Economia e tra i Medici e le Autorità Sanitarie mondiali è latitante la volontà di cambiare radicalmente la sua presente gestione fallimentare nell'interesse esclusivo dell'Umanità. Corroborano questa mia affermazione le notizie riportate "ogni giorno" dai mezzi di informazione, relative alla Mala Sanità, nel totale disinteresse informativo della Buona Sanità, che pure esiste.

Da quanto precede, si comprende come gli sforzi di risolvere il problema del finanziamento dei sistemi sanitari, impostati secondo lo schema tradizionale a cui siamo ormai abituati, sono assolutamente condannati in partenza al fallimento, per cui, molto stranamente nei paesi a sistema sanitario pubblico si invoca la privatizzazione e l'ingresso nel mercato, mentre nei paesi dove il sistema sanitario è già quasi completamente affidato alla legge della domanda e dell'offerta si chiede l'introduzione di una qualche forma di intervento pubblico. Una possibile via di uscita da questa deprimente e scoraggiante situazione è offerta dalla Semeiotica Biofisica Quantistica attraverso la *Single Patient Based Medicine*, basata sulle differenti costituzioni semeiotico-biofisiche e i relativi Reali Rischi Conegeniti, la quale esita nella efficace Medicina Predittiva.

In conclusione, la Medicina Predittiva, nella forma sopra riferita, ci permetterà di ottenere i risultati migliori con una spesa contenuta e, quindi, sostenibile dal SSN solo se, riconosciuto alla nascita dal punto di vista "biologico" il genotipo di tutti gli individui, verranno messe in atto in soggetti razionalmente selezionati, misure dietetiche, etimologicamente intese, eventualmente farmacologiche e di terapia fisica (LLLT), finalmente efficaci nel prevenire, in una alta percentuale dei casi, le più comuni e gravi malattie umane: diabete mellito, dislipidemie, ipertensione arteriosa, glaucoma, gotta, osteoporosi, litiasi, tumori maligni. Questo futuro, fortunatamente, è già cominciato (20, 11).

Bibliografia.

- 1) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004.
- 2) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del "Reale Rischio" Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004.
- 3) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ed. Travel Factory, Roma, 2004.
- 4) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Ed. Travel Factory, Roma, 2005.
- 5) Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
- 6) Stagnaro Sergio. Il Reale Rischio Semeiotico-Biofisico, I Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco neofornati-patologici, tipo I, sottotipo a) oncologici, e b) aspecifici. Ed. Travel Factory, Luglio, Roma. 2009.
- 7) Recchia G. Farmacogenomica, medicina predittiva, terapia personalizzata <http://www.qlmed.org/>
- 8) Stagnaro Sergio. Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response> 2005

- 9) Stagnaro S. Is the Silence of “all” National Health Service Authorities on Biophysical Semeiotics ethical? <http://bmj.bmjournals.com>
- 10) 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. www.athero.org, 29 April, 2009
<http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 11) Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009.
<http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>

Cap. 11

Il Test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina endogena nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito.

Oggi nel mondo sono circa 250 milioni le persone colpite da diabete. In Italia, si calcola che il 5-6% della popolazione è diabetica, senza al momento poter riconoscere tutti gli individui a reale rischio diabetico o con una lenta evoluzione verso il diabete, possibile da eseguire soltanto dal medico che conosce la Semeiotica Biofisica Quantistica.

In conseguenza delle presenti condizioni diagnostiche, “tutti” gli individui sono consigliati di sottoporsi alla prevenzione diabetica, o meglio allo *screening* da tenersi ben separato dalla prevenzione primaria, a causa della volontà di ignorare gli sviluppi della semeiotica fisica.

Ne consegue che il diabete è una epidemia in continuo, inarrestabile aumento, nonostante le tanto costose quanto inutili misure adottate dalle cosiddette Competenti Autorità mondiali, che continuano ad affidarsi allo *screening* e alla terapia, piuttosto che prendere in seria considerazione la vera, efficace Prevenzione Primaria, condotta in individui realmente predisposti alla patologia, selezionati razionalmente con metodi clinici, preferibilmente a partire dalla nascita dei singoli arruolati.

A questo punto, per chiarire il concetto sopra riferito, suggerisco al lettore un mio commento critico, accettato e messo in rete nel famoso sito della *Public Librery of Science*: Stagnaro Sergio. Insulin, Adipogenesis, Cancer: an intriguing relation! <http://www.plosone.org>, July 13, 2009. <http://www.plosone.org/article/comments/info:doi/10.1371/journal.pone.0006189>

Evidentemente qualcosa non funziona nella presente lotta al diabete, a causa di un errore di fondo dell'attuale politica sanitaria, da me denunciato insistentemente, ma purtroppo senza successo. Alla base di questa tragica situazione, analoga a quella delle altre epidemie, come CVD, cancro, osteoporosi, è la preferenza sospetta per la diagnostica strumentale e la terapia, mentre la prevenzione primaria, attuata con i metodi clinici da me suggeriti, è desolantemente trascurata, coperta da silenzio sospetto e sostituita dallo *screening*, politicamente corretto: continuo affinamento e capillare diffusione sul territorio della costosa semeiotica strumentale, il cui impiego, sebbene rivelatosi inutile, è conservato ed incrementato.

Infatti, al momento non esiste la possibilità di riconoscere le varie costituzioni semeiotico-biofisico-quantistiche e i relativi Reali Rischi Congeniti utilizzando il laboratorio e la dispendiosa semeiotica sofisticata per immagini, che, da'altra parte, non potrà mai essere utilizzata in tutti gli individui, quando sono ancora apparentemente risparmiati dalla malattia.

Per questi motivi, ai fini della prevenzione primaria su vasta scala, realizzata in individui razionalmente selezionati, arruolati e facilmente monitorati dal punto di vista terapeutico, anche nei Paesi sottosviluppati o in via di sviluppo, utilizzando la via dei Blogs di famose riviste, che talvolta accettano le mie *Letters*, pubblicate gratuitamente (per non parlare degli articoli per me insopportabilmente “costosi”!), ho illustrato ripetutamente la via nuova di lotta alle più gravi malattie epidemiche del nostro tempo.

Come esemplare dimostrazione di quanto sopra riferito, invito il Lettore a riflettere sul seguente commento, accettato dagli Editori di *Nature News* e messo in rete nel loro sito il 16 Settembre 2008:

<http://www.nature.com/news/2008/080915/full/455274b.html?q=2#last-comment>

As I wrote previously on Nature.com various blogs, whatever gene mutation brings about biological system functional modification. On the basis of 52-year-long clinical experience, part of it with the aid of Biophysical Semeiotics, I'd like to state that common human disorders may occur exclusively

in individuals with “related constitution” and Inherited Real Risk, bedside recognized with a simple stethoscope (1-9). In addition, heart coronary disorders may occur only in subjects showing since birth CAD “inherited real risk”, characterized by local microcirculatory remodelling, based on newborn-pathological, type I, subtype a) ONCOLOGICAL, and/or b) aspecific, Endoarteriolar Blocking Devices (1-4) See my web site. In fact, nowadays clinicians should evaluate and treat first of all such as individuals, recognized bedside, and enrolled in primary prevention on very large scale. A lot of other constitutions may be clinically diagnosed in a quantitative way (1-3). Furthermore, at the base of these alterations there are both parenchymal and microvascular inherited alterations (n-DNA and mit-DNA), the later parallel the former, according to my theory of Angiobiopathy, which completes Tischendorf’s Angiobiotopy theory (1-6).

As a matter of fact, alterations of microvascular tissue units, and particularly newborn-pathological, type I, sub-type b), Endoarterial Blocking Devices (EBD) in small arterioles, according to Hammersen, account for the reason that great arterial vessels and particularly microvessels show an impaired motility, i.e., vasomotility and vasomotion, and than tissue acidosis. (1-6). Indeed, neither all dyslipidaemics nor diabetics present metabolic syndrome, both classic and “variant”, I described formerly (1- 6) Certainly, early interventions against these inherited alterations represent the efficacious primary prevention, reducing the risk rheumatic diseases. However, in my long clinical experience, we must go beyond the known risk factors. In fact, Primary Prevention of the most common and dangerous human pathologies, depends clearly by easy and quick bed-side detecting individuals at “real risk” since birth, i.e. involved by well-defined biophysical-semeiotic constitution, assessed clinically in a quantitative way (5). In order to define clinically a particular constitution and related real risk, which does not exclude the presence of a lot of other constitutions, of course, it is necessary to think over the current possibility of gathering at the bed-side biophysical-semeiotic data, rich of biological and molecular- biological information on the various human organs, tissues and biological systems, so that doctor can describe numerous types of biophysical- semeiotic constitutions, even from the quantitative point of view. Without any doubt, these data can not be observed at all by the aid of neither traditional physical semeiotics nor sophisticated semeiotics, the later on very large scale, of course, unable of carrying molecular-biological events to clinical dimension, which really represents the most original and fertile aspect of Biophysical Semeiotics, which really allows doctor to make correctly early diagnosis.

References.

- 1) 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
- 2) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm 2004
- 3) 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 2005
- 4) Stagnaro S., Auscultatory Percussion of Rheumatic Diseases. X European Congress of Rheumatology. Moscow. 26 June-July, 1983, Proceedings, pg 175
- 5) 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.
- 6) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Diagnosi Clinica Precoce dell’Osteoporosi con la Percussione Ascoltata. Clin.Ter. 137, 21-27, 1991 [MEDLINE] .
- 7) Stagnaro S., Polimialgia Reumatica Acuta Benigna Variante. Clin. Ter. 118, 193, 1986 [MEDLINE].

8) Stagnaro Sergio. Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. The Lancet. March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalcomments=1>; (Temporary obscured due technical reasons! As a consequence, See http://www.fceonline.it/index.php?option=com_content&task=view&id=3736&Itemid=47

9) Stagnaro Sergio. Biological System Functional Modification parallels Gene Mutation. www.Nature.com, March 13, 2008, http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/03/gout_gene.html

E' notizia dell'inizio di luglio 2009, ripresa servilmente dai mass-media del nostro Paese, la proposta di un Sottosegretario alla Salute del presente Governo di dotare i Medici di Medicina Generale di un Ecografo "tascabile", per ridurre la lunghezza delle liste di attesa di prestazioni specialistiche, l'afflusso ai PS e migliorare la qualità dell'assistenza ai malati!

Proposta neppure originale, fatta da un precedente Ministro della Salute fortunatamente rimasto senza seguito, e indefinibile da un punto di vista critico, razionale, logico, che esclude a priori qualsiasi discorso di reale rinnovamento in Medicina da parte di Autorità Sanitarie che conoscono solo la Medicina Tecnologizzata, che, bisogna riconoscerlo, offre eccezionali opportunità, di natura economico-industriale.

In una situazione tanto desolante della gestione della salute pubblica, appare impensabile che le proposte di una prevenzione primaria su solide basi cliniche, frutto di una esperienza al letto del malato iniziata mezzo secolo fa, non costosa ed efficace su tutta la popolazione a rischio, possano essere almeno discusse da parte delle Autorità competenti italiane.

In realtà, sono numerosi i redattori di riviste mediche e i membri di comitati di controllo della Scienza (CICAP), i quali affermano che la Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica non è stata ancora "validata" dalle Autorità, senza però giustificare il fatto sospetto che finora nessuna Autorità si è decisa ancora ad esprimere giudizi, forse perchè prima di giudicare la nuova semeiotica fisica è necessario conoscerla!

Per questi motivi, inascoltato dall'*establishment* italiano, rivolgo le mie proposte e invio i miei commenti critico-costruttivi a famosi Editori stranieri, utilizzando le vie a me accessibili, soprattutto per motivi economici:

Per quanto riguarda la prevenzione primaria del diabete mellito, condotta in modo nuovo ed efficace, impiegando metodi clinici, non costosi ed utilizzabili su tutta la popolazione a rischio, riconosciuta tale dai Medici di Medicina Generale con l'aiuto di un semplice fonendoscopio, è ovvio che le Autorità Sanitarie e gli Ordini dei Medici dovrebbero affermare, prima di tutto, che la Semeiotica Biofisica Quantistica esiste ed è Scienza.

Il passo successivo sarà quello di "consigliare" ai Medici di studiare questa nuova disciplina medica e i suoi notevoli sviluppi, oggetto del presente volume, come dimostra l'articolo pubblicato su www.fce.it, il 22-01-2008

http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47

Una nuova via di lotta al diabete: il test dell'osteocalcina endogena.

All'inizio del terzo millennio si parla di prevenzione primaria del diabete, riferendosi, in realtà, allo "screening" costoso, sempre tardivo, di limitata applicazione, rivelatosi desolantemente inefficace nella lotta delle più comuni e grave patologie, a causa dell'attuale assoluta incapacità dei medici di riconoscere dalla nascita "clinicamente" tutti i soggetti positivi per le costituzioni dislipidemia "e" diabetica, associate al Reale Rischio diabetico congenito, *conditio sine qua* non di una patologia considerata giustamente dagli autori di tutto il mondo una tra le più gravi epidemie del nostro tempo.

I pazienti affetti dal diabete di tipo I, malattia autoimmune dovuta alla parziale distruzione delle beta-cellule pancreatiche ad opera di linfociti T attivati, in Italia sono circa 150 mila individui, un numero destinato a crescere se il problema continuerà ad essere affrontato secondo la politica finora seguita dai (poco) responsabili della salute pubblica.

A questo proposito bisogna sottolineare il ruolo centrale della diagnosi semeiotico-Biofisica Quantistica-quantistica del Reale Rischio Congenito Autoimmune in individui positivi per questa costituzione. Questa situazione potenzialmente dannosa è caratterizzata dal "rimodellamento microvascolare" con i tipici Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati-patologici, tipo I, sottotipo b), nel sistema immunocompetente, rapidamente riconoscibili con un fonendoscopio.

Il diabete mellito di tipo II, senza dubbio il tipo più comune, è caratterizzato da un duplice difetto metabolico, responsabile dell'aumento della glicemia nel sangue provocato, da una parte, dall'insulino-resistenza e, dall'altra, dal "deficit" di secrezione insulinica. Si tratta di due condizioni patologiche diagnosticate oggi - clinicamente e quantitativamente - anche se i medici non sono informati su questi progressi della Semeiotica Biofisica Quantistica (1-6).

Come riferito nel precedente capitolo, nel mondo circa 2 milioni e mezzo di persone soffrono di diabete. Sono più gli uomini (53.1% della popolazione italiana) approssimativamente con 1 milione e 403 mila unità i soggetti più colpiti, contro le donne (46.9 %) 1 milione e 239 mila circa. Questa disparità, secondo gli esperti, sarebbe dovuta alla composizione ormonale differente, che favorirebbe solo nel sesso maschile la formazione di adipi addominali, direttamente collegato all'insorgenza del diabete, mentre l'obesità femminile è generalmente del tipo "a pera".

I dati riferiti, forniti dall'Istat nel 2005, per quanto riguarda le fasce d'età, confermano quanto sostengono gli addetti ai lavori, e cioè che il diabete è collegato all'incremento dell'età ed aumenta in modo lineare fino alla settima decade di vita, età in cui fisiologicamente la malattia imbocca una curva decrescente.

A mio parere, in modo apparentemente sospetto, sono ignorati l'esistenza della Costituzione Semeiotico-Biofisica Diabetica, del Congenito Reale Rischio Diabetico, della Sindrome Pre-Metabolica e di quella Metabolica in evoluzione diabetica (V. www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it: Pratiche Applicazioni, Diabete e in Bibliografia) (7-15).

In realtà, sulla base della personale lunga e sicura esperienza clinica, la lotta al diabete mellito dispone di una nuova via, illustrata in molti siti italiani e stranieri, compreso il principale sito indiano di Medicina, dove sono in rete due mie 'Lectures' (www.indmedica.com). In miei precedenti articoli ho illustrato numerosi metodi originali che rappresentano la futura prevenzione primaria clinica semeiotico-Biofisica Quantistica del il diabete e delle altre epidemie del nostro tempo, insorte tutte sulla base di una comune patologia mitocondriale, trasmessa dalla madre, denominata Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. Recentemente, oltre a questi numerosi metodi clinici affidabili nel riconoscere quantitativamente, rapidamente in un minuto, e su vasta scala, la costituzione diabetica, il reale rischio diabetico congenito e naturalmente il diabete mellito nelle sue varie fasi evolutive, ho utilizzato con successo anche un'altra originale indagine, basata sulla valutazione della stimolazione della secrezione insulinica indotta dalla osteocalcina endogena. Si tratta di un test attendibile, impiegato negli ultimi due decenni nella diagnosi clinica della costituzione osteoporotica e della osteoporosi anche se in fase iniziale e/o asintomatica (12). Ai fini soprattutto preventivi, il diabete deve essere diagnosticato a partire dagli stadi veramente iniziali, potenziali, sopra ricordati, riconosciuti oggi con un fonendoscopio, prima dell'insorgenza delle note "complicazioni", gravemente morbigeno e/o mortali, che iniziano notoriamente decenni prima della comparsa della fenomenologia clinico-laboratoristica della patologia (ibidem). Riconoscere e quantificare 'bedside' dalla nascita tutti i soggetti con costituzione diabetica "e" dislipidemica, con reale rischio diabetico congenito, rappresenta la necessaria condizione iniziale per la riduzione sia delle "complicazioni" diabetiche, sia dei casi di malattia. Le recenti ricerche semeiotico-biofisiche-quantistiche sono state rivolte alla utilizzazione diagnostica dell'azione dell'osteocalcina (proteina ad attività ormonale prodotta specialmente nell'osso da parte dell'osteoblasta) e di alcune adipochine (proteine ad attività ormonale secrete dal

tessuto grasso) sia sull'ossificazione sia sulla secrezione e sensibilità insulinica. In realtà, mediante meccanismi di contro-regolazione, gli osteoblasti a loro volta influenzano positivamente l'attività biologica degli adipociti con produzione di adipochine, come la leptina e l'adiponectina, e delle cellule beta-insulari, produttrici di insulina, mediante la secrezione di osteocalcina, stimolante fisiologico della secrezione di insulina (pancreas endogeno) e di adipochine (tessuto adiposo). Per la prima volta clinicamente, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica il medico è in condizioni di dimostrare che nel sano l'osteocalcina (= pressione intensa sopra un segmento osseo, per esempio, premendo tra le dita il radio e l'ulna al polso) aumenta la sensibilità insulinica nei tessuti (13).

Al contrario di quanto ammesso da tutti gli autori, nel diabetico, specialmente senza la Costituzione Osteoporotica (14) la secrezione di osteocalcina non è ridotta, ma è nulla la sua azione insulinosecernente, verosimilmente per cause recettoriali o post-recettoriali presenti nella cellula beta-insulare in questa condizione patologica.

In pratica, nel sano, la pressione digitale prolungata, applicata, per esempio, sopra i processi spinosi delle ultime vertebre lombari, oppure assai pratico sopra radio e lna al polso, provoca attivazione microcircolatoria, tipo I, associato, sia nell'osso (per esempio, il radio) sia nel pancreas.

Ovviamente nella sede radiale è presente la fase di assorbimento e sintesi, rivelata da un interstizio osseo minimo, valutato mediante il riflesso ureterale "in toto", mentre nelle isole pancreatiche di Langherans, l'ampio interstizio è espressione di intensa secrezione.

Al contrario, in assenza di osteoporosi, ma in caso di costituzione diabetica, rischio diabetico, sindrome Pre-Metabolica e Metabolica in evoluzione diabetica e naturalmente nel diabete conclamato, soltanto la risposta pancreatica all'osteocalcina risulta o notevolmente ridotta (= nella costituzione diabetica), oppure del tutto assente (nelle fasi patologiche successive), contribuendo alla selezione razionale degli individui da arruolare nella prevenzione primaria del diabete mellito.

Nel sano, durante il test dell'Osteocalcina endogena, il pancreas si congestiona per 10 sec., aumentando significativamente i suoi diametri. Dopo tre secondi di decongestione, con ritorno dei diametri ghiandolari ai valori basali, il secondo aumento volumetrico del pancreas dura esattamente 20 sec. Infine, ancora dopo un intervallo di soli 3 sec., la durata del terzo aumento sale a 30 sec.

Al contrario, nella costituzione diabetica, nel Reale Rischio Diabetico e specialmente nel diabete manifesto la durata dell'ingrandimento pancreatico risulta compromessa in rapporto alla gravità della sottostante patologia e la durata dell'intervallo precedente la congestione pancreatica è superiore ai 3 sec. raggiungendo i massimi valori nel diabete conclamato.

Bibliografia

1. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004
2. Stagnaro S. e Manzelli P. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia. Dicembre 2007, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
3. Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007 <http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
4. Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
5. Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale. www.ilpungolo.com, Dicembre 2007

6. Stagnaro S. e Manzelli P. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia . Dicembre 2007, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
7. Stagnaro S. New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. Ann. Int. Med. <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
8. Stagnaro S. Il "Reale Rischio" Semeiotico-Biofisico 2006, <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>
9. Stagnaro S. Bedside diagnosing diabetic and dyslipidaemic constitutions and diabetes real risk. 2 October 2006 <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/175/7/733>
10. Stagnaro S. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma 2006
11. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Diagnosi Clinica Precoce dell'Osteoporosi con la Percussione Ascoltata. Clin.Ter. 137, 21-27, 1991 [MEDLINE]
12. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. Acta Med. Medit. 13, 125, 1997
13. 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
14. 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. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
15. Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009. <http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>

Cap. 12

Nuovi Orizzonti Diagnostici della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Nata nel Novembre del 2007, la Semeiotica Biofisica Quantistica deve la sua denominazione all'amico Paolo Manzelli che mi ha fornito le necessarie conoscenze di Biofisica Quantistica precisandomi le relazioni esistenti, da me in precedenza soltanto intuite, tra le tre diverse forme di energia: EM, EV, EI (V. Bibliografia in www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it) (1-14).

Nel primo lavoro, scritto con la sua preziosa collaborazione, ho illustrato i fondamenti teorici di questo originale strumento clinico, affidabile nella diagnosi, monitoraggio terapeutico e nella ricerca, sottolineandone gli aspetti pratici rivoluzionari in Medicina (1). I dodici lavori pubblicati nei tre mesi successivi alla sua definizione dimostrano che erano state poste le basi di una nuova disciplina medica veramente rivoluzionaria negli aspetti pratici e teorici, in particolare per la notevole utilità nella attività quotidiana del medico (2-12).

A tale riguardo, è sufficiente pensare alla trasformazione da essa apportata nell'*iter* diagnostico clinico, già illustrato e su cui ritornerò dettagliatamente nei Cap. 14, 15 e 16 dove sono descritte le basi e l'applicazione della **Diagnostica Psicocinetica**.

In realtà, l'originale semeiotica fisica ha reso possibile la nascita della **Diagnostica Psicocinetica**, che consente al medico di fare diagnosi precise in un individuo lontano chilometri utilizzando un semplice fonendoscopio, a condizione che sia l'esaminando sia l'esaminatore dispongano di un telefono per la trasmissione delle necessarie manovre da eseguire, impartite dal medico.

Alla URL <http://www.wbabin.net/comments/stagnaro.htm> sono stati brevemente descritti alcuni casi patologici veramente interessanti di questa originale diagnosi clinica a distanza, destinata ad evolvere quasi spontaneamente nella Biofisica Quantistica Psicocinetica e nella Diagnostica Semeiotica-Biofisica Quantistica-Psicocinetica (Cap. 13 e 14).

Il presente capitolo è dedicato alla illustrazione dei nuovi orizzonti diagnostici aperti dalla Semeiotica Biofisica Quantistica.

Informazione nella Realtà non locale in Biologia.

Nella realtà locale, caratterizzata dalla matrice spazio/temporale quadrimensionale (3 D/S e 1 D/T), l'EI (energia-informazione) è notoriamente "trasmessa" con consumo di tempo e dispendio energetico. Pensiamo al consumo di energia che avviene a causa della "forza" impiegata nel trainare un carretto, durante il lavoro eseguito da un operaio che ha prima afferrato con le sue mani il veicolo.

Al contrario, nella realtà non locale, presente nei sistemi biologici accanto alla precedente (1-7), l'informazione è caratterizzata dalla "simultaneità" nello spazio e dalla "sincronicità" nel tempo, conseguenza del fatto che soltanto la materia (particella) è localizzata, ma non l'onda, che ne rappresenta il vettore, quando è soggetta all'*entanglement*.

Pensiamo ora all'informazione inviata dal direttore d'orchestra ai suonatori, che trasformano in musica lo spartito con minor dispendio energetico di quando ognuno suonasse per conto proprio, pareggiando certamente il lavoro muscolare del Maestro d'Orchestra.

Nel libro "La realtà quantistica", Nick Herbert afferma che la non-localizzazione delle particelle spiegherebbe questa loro "simultanea" comunicazione non mediata né da campi né da nessun altro fenomeno sperimentato in riferimento alla struttura spazio temporale Euclidea, proprio perchè in un mondo tri-dimensionale nello spazio e mono-dimensionale nel tempo, si ammette che la Informazione, così come la Energia e la Materia, debba essere trasferita tra due posizioni localizzabili in termini di coordinate Cartesiane. Pertanto la "simultaneità" degli eventi è considerata del tutto fortuita e fenomeni di simultaneità di informazione quali la telepatia, o l'empatia, sono considerati privi di ogni possibile spiegazione scientifica.

Ne consegue che i nostri concetti tradizionali di spazio e tempo vengono messi nuovamente in discussione, come d'altra parte era già accaduto rispettivamente con la teoria della relatività e la meccanica quantistica (1-14).

Il modello non-locale della realtà può addirittura condurre la fisica teorica ad includere molti eventi osservati in Biologia con la Semeiotica Biofisica Quantistica, finora rimasti senza spiegazione alcuna, ignorando il fenomeno dell'*entanglement* quantistico, che rende possibile la simultanea trasmissione nelle due direzioni.

Nel 1964 il fisico irlandese John Stewart Bell, dimostrò l'effettiva esistenza di un mondo non localizzato. In realtà, il "Teorema di Bell" permette di confutare l'ipotesi secondo cui il mondo è intrinsecamente localizzato, una teoria, quella esclusivamente "locale", che risulta fortemente limitativa e riduttiva della possibilità umana di conoscenza.

Fin dai tempi antichi, se non antichissimi, la Teoria della NON Località è considerata complementare a quella Locale, per lo meno in ambito esoterico; ai giorni nostri i fenomeni osservabili che necessitano la ammissione di una teoria dello spazio tempo non locale, sono veramente tanti, e aumentano a vista d'occhio. Infatti, dalle teorie del Fisico David Bohm, si evince che le energie elettromagnetiche e l'intera realtà fisica, sono create dalla prodigiosa e "magica" natura delle particelle subatomiche, le quali, incredibilmente, si presentano sotto il duplice aspetto, o la duplice natura, di particelle e di onde.

In sostanza, secondo Bohm, contro ogni apparenza legata al "tradizionale" modo di conoscere la realtà, riduttivamente considerata solo materia (Energia-Materia) ed energia (Energia Vibratoria, cioè l'onda vettoriale), e non anche informazione (Energia-Informazione, pura, catalitica), come insegna Paolo Manzelli con esemplare chiarezza ermeneutica, le particelle non sono entità individuali, ma estensioni di uno stesso organismo, e il fatto che appaiano separate, deriva dalla nostra incapacità di vedere la realtà nella sua interezza, conoscendola solo per immagini, forme e non anche come equazioni, solo per fare un esempio.

Con l'Esperimento di Lory (9, 10), per la prima volta clinicamente, cioè in modo facilmente riproducibile da chiunque nelle condizioni sperimentali descritte, è stato correttamente evidenziato che "... il rapporto esistente tra il mondo macroscopico e la realtà locale, e il mondo microscopico e la realtà non locale in Biologia, dal punto di vista della fisica quantistica. Tale primo (e non ultimo) esperimento dimostra gli stretti legami tra l'IMPLICITO e l'ESPLICITO di D. Bohm" (10).

I nuovi orizzonti diagnostici della Semeiotica Biofisica Quantistica sono stati realizzati sulla base teorica della realtà non locale in Biologia (8, 9)

Nuovi paradigmi diagnostico-clinici.

Il Segno di Pollio (V. Appendice) rappresenta il primo esempio paradigmatico del mutamento epocale introdotto nella diagnostica clinica dalla Semeiotica Biofisica Quantistica (10, 16). Esso, infatti, permette, "simultaneamente" all'inizio della manovra, di riconoscere come indenni da patologie e di Reali Rischi Congeniti i reni, gli ureteri, la vescica urinaria, l'uretra e, nell'uomo, anche la prostata.

Nel sano, il pizzicotto cutaneo "intenso" di un singolo *trigger point* dell'apparato urinario (in pratica, il pizzicotto intenso della cute della regione latero-addominale corrispondente al VII-VIII dermatomero toracico) provoca per risonanza la simultanea stimolazione (informazione) di tutta la trafila urinaria (10, 16): il riflesso gastrico aspecifico è assente e compare dopo esattamente 16 sec., come accade nel preconditionamento dell'apparato urinario. Infatti è noto che la stimolazione intensa dei *trigger-points* causa l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, del relativo visceromero, per cui il tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico risulta raddoppiato nei confronti del valore basale.

Ne consegue che l'assenza "simultanea" di modificazioni della forma e del volume dello stomaco, cioè l'assenza del riflesso gastrico aspecifico, cioè "simultaneamente" all'inizio della manovra, consente al medico di escludere rapidamente una patologia di questo sistema biologico ancorché potenziale o Reale Rischio Congenito. Questa valutazione, naturalmente, si applica con analoghi risultati a tutti gli altri apparati all'inizio dell'esame obiettivo.

Una positiva conseguenza è che in questi casi l'esame obiettivo è rapidamente indirizzato verso un altro percorso, finalizzato alla ricerca del sistema biologico colpito, per precisarne successivamente la natura della riconosciuta patologia.

Al contrario, in caso di malattia urinaria non neoplastica, “simultaneamente” all'inizio della “intensa” stimolazione di un sistema biologico, mediante pizzicotto cutaneo di un singolo relativo *trigger point*, compare il riflesso gastrico aspecifico. Interessante il fatto che con la sola eccezione per le malattie reumatiche, esclusivamente in caso di tumore o di suo reale rischio congenito in un tratto dell'apparato urinario, dopo pochi secondi il riflesso gastrico aspecifico è seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica.

A questo punto, sulla base dei numerosi segni, manovre e *test* semeiotico-biofisici, il medico è in grado di precisare prontamente la sede e la natura della lesione tumorale, magari nello stadio iniziale di Reale Rischio Congenito: **Segno di Pollio** (15).

Con analogo procedimento, si ottengono interessanti informazioni nella patologia di una ghiandola, ad come il pancreas endocrino (V. l'interessante caso descritto nel Cap. 15), la tiroide, le paratiroidi.

E' ben nota la difficoltà di diagnosticare clinicamente con la semeiotica fisica tradizionale la **pancreatite acuta edematosa interstiziale**, dove la stimolazione intensa di un *trigger-point* del pancreas (V-VI dermatomero toracico = la cute dell'epigastrio, sotto l'emiarcata costale di destra o sinistra) è “simultanea” alla comparsa del riflesso gastrico aspecifico (Fig 1).

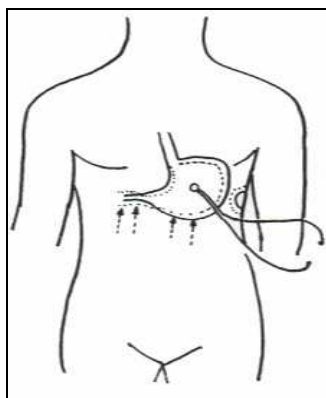


Fig.1

Riflesso gastrico aspecifico: nello stomaco, il fondo ed il corpo sono dilatati, mentre il giunto antro-pilorico è contratto.

In caso poi di **tumore pancreatico**, o del suo reale rischio congenito, si osserva la caratteristica Contrazione Gastrica tonica, che rapidamente sostituisce il riflesso descritto.

Naturalmente la diagnosi differenziale tra le due condizioni patologiche, una potenziale e l'altra in atto, è resa agevole dai differenti valori parametrici: tempo di latenza, durata del riflesso, intensità della Contrazione Gastrica aspecifica (15).

Nel sano, la pressione digitale intensa, applicata sopra “uno” dei centri diencefalo-ipofisari per il *realising hormone* di SST, TSH, GH, oppure sulla proiezione cutanea dell'epifisi, non è “simultaneamente” associata ad alcuna modificazione dei diametri gastrici: il riflesso gastrico aspecifico è assente in questo momento, mentre compare notoriamente dopo 16 sec. per i motivi sopra illustrati.

Al contrario, nel soggetto con **Terreno Oncologico**, il riflesso gastrico aspecifico risulta “simultaneo” all'inizio della stimolazione del *trigger-point* cerebrale.

Si tratta di un segno diagnostico non specifico di una definita patologia, ma assai utile nella pratica quotidiana ed affidabile nell'attirare correttamente l'attenzione del medico sulla presenza nel cervello – in questa condizione – di una lesione la cui natura è poi rapidamente accertata sulla base dei numerosi segni semeiotico-biofisici specifici: **cisti, angioma, aneurisma, focus epilettico**, ecc.

Un articolo, riportato nella Monografia è stato dedicato alla esclusione del **melanoma** e degli altri tumori cutanei, in un secondo, utilizzando l'assenza del riflesso gastrico aspecifico "simultaneo" alla applicazione di un pizzicotto cutaneo "intenso" a livello della cute di un arto dell'esaminando (12). E' nota la difficoltà diagnostica di riconoscere tempestivamente il **tumore cutaneo, epitelioma, melanoma, basalioma**, in genere riconosciuti tardivamente quando la patologia è ormai in atto.

Per quanto riguarda l'apparato digerente è interessante sottolineare i notevoli risultati raggiunti sul piano diagnostico dall'utilizzazione della manovra descritta.

Nel sano, la stimolazione intensa dell'esofago a livello di "un solo" *trigger-point* cutaneo relativo a questo viscere (in pratica, la cute del collo subito sopra del manubrio sternale), non è associata al simultaneo riflesso gastrico aspecifico.

Al contrario, nell'**esofagite da reflusso**, o di altra **patologia esofagea**, nella **gastro-duodenite**, nella **diverticolosi del colon-sigma** e in "tutte" le malattie dell'apparato digerente, si osserva il simultaneo riflesso gastrico aspecifico.

Assai interessante è il fatto che in caso di **appendicite, diverticolite** e di **cancro**, il riflesso è seguito dalla Contrazione Gastrica tonica, come nel Segno di Berti-Riboli e in quello di Bella (16).

A questo punto è opportuno sottolineare l'importanza dell'assenza del riflesso gastrico aspecifico "sincronicamente" e "simultaneamente" all'intensa pressione digitale applicata sopra il corpo sternale o le creste iliache.

Infatti, la mancata modificazione del volume dello stomaco esclude la SISRI e qualsiasi alterazione funzionale o strutturale del midollo, inclusa l'**anemia** e il **Reale Rischio Congenito di leucemia midollare**, precisata eventualmente *bedside* con i noti segni specifici della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Il lettore certamente comprende che gli esempi potrebbero continuare, secondo un comportamento fondamentalmente identico: l'intensa stimolazione dei *trigger-point*, aumentando l'energia libera istangica locale ed attivando la microcircolazione secondo il tipo I, associato, incrementa la produzione di Energia-Vibratoria (ATP) e quindi accentua la componente vettoriale della coppia particella-onda provocando il fenomeno dell'*entanglement* (EI), per cui la realtà nel sistema biologico è intensamente non locale (ibidem).

Oggi, all'inizio del terzo millennio, nessuna semeiotica sofisticata, inclusa quella per immagini, può reggere il confronto con la Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica Psicocinetica per quanto riguarda valore e rapidità diagnostica, affidabilità e ricchezza di informazioni, indispensabili alla prevenzione primaria dei soggetti a reale ischio congenito(14). Illuminante a questo proposito è il caso descritto nel Cap.15.

Consideriamo a modo di esempio il *test* di valutazione della funzione delle cellule beta-insulari mediante secrezione di osteocalcina endogena (6, 7): nel sano, è sufficiente l'istantanea ed "intensa" pressione sopra un osso (in pratica, radio-ulna) perché compaia il riflesso gastrico aspecifico per una durata caratteristica di 10 sec., seguita dopo una scomparsa di 3 sec. esatti, da un secondo riflesso che dura 20 sec., seguito dopo la scomparsa fisiologica di altri 3 sec, da un terzo riflesso che persiste per 30 sec.

Al contrario, il diverso comportamento, caratterizzato dalla riduzione significativa delle tre durate successive e all'allungamento di differente intensità della durata degli intervalli (NN = 3 sec.), in presenza di costituzione diabetica, reale rischio congenito diabetico e diabete in atto, permette al medico di fare diagnosi finora impossibili, anche disponendo di tutte le semeiotiche sofisticate disponibili oggi, per quanto riguarda la sola predisposizione al diabete. La fisiopatologia della

manovra sfugge alla soddisfacente spiegazione offerta da una dinamica lineare, che da tempo ha raggiunto i confini del proprio dominio!



Bibliografia.

- 1) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. 15 Dicembre 2007 <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
- 2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45.
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
- 4) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 5) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica, 09-1-2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
- 6) Stagnaro Sergio. Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. The Lancet, January 28, 2008. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608601014/comments?action=view&totalComments=2>
- 7) Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47
- 8) Stagnaro Sergio. Esperimento di Lory e Crisi dei Fondamenti della Medicina Occidentale. www.ilpungolo.com. 17 Febbraio 2008 <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5387&IDS=13>
- 9) 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>; articolo in rete anche su Spazio-Mente, http://www.spaziomente.com/ARTICOLI/L'esperimento%20di%20Lory_S.Stagnaro%20e%20P.Manzelli.pdf
- 10) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Congenito di Cancro Renale Diagnosticato con la Semeiotica Biofisica Quantistica: il Segno di Pollio. www.ilpungolo.com, 25 Marzo 2008, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5480&IDS=13>
- 11) Stagnaro Sergio. Biological System Functional Modification parallels Gene Mutation. www.Nature.com, March 13, 2008, http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/03/gout_gene.html
- 12) Stagnaro Sergio. Melanoma? Escluso in 1 Secondo con La Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. Il Reale Rischio Congenito di Melanoma. www.ilpungolo.com, 9 Aprile 2008, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5524>
- 13) Stagnaro Sergio. Diagnosi clinica di cuore sano in un secondo! 7 Aprile 2008. www.fce.it http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1218&Itemid=47
- 14) Stagnaro Sergio. Also Family Physicians are able of greatest clinical Discoveries! *Annals Family Medicine*, (16 April 2008), <http://www.annfam.org/cgi/eletters/6/2/175>
- 15) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 16) 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, Roma, 2009.

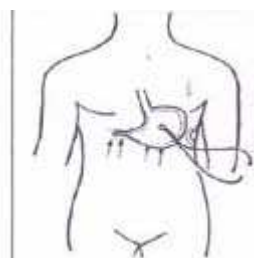
Appendice

25 Marzo 2008

(Questo articolo è stato pubblicato su www.ilpungolo.com alla URL <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5480&IDS=13> e successivamente anche in altri siti, tra cui: <http://www.mednat.org/curriculum.htm> alla URL http://www.mednat.org/cancro/cancro_reni_congenito.htm)

REALE RISCHIO CONGENITO DI CANCRO RENALE : il Segno di Pollio*

di Sergio Stagnaro



"Lentamente muore chi abbandona un progetto prima di iniziarlo, chi non fa domande sugli argomenti che non conosce, chi non risponde quando gli si chiede qualcosa che conosce".
(Martha Medeiros, Ode alla vita)

Quello che gli Urologi sanno.

I tumori renali (CR) rappresentano circa il 3 per cento delle neoplasie maligne e sono in continuo aumento: si calcola che ogni anno 4.000 persone in Italia sono colpite da CR, sui 27.000 nuovi casi diagnosticati in Europa. Il carcinoma renale è il terzo tumore urologico più frequente dopo quello prostatico e della vescica. Tutti i medici, inclusi gli urologi, sono d'accordo sul fatto che la sua guarigione si ottiene con la diagnosi precoce, 'conditio sine qua non' del tempestivo intervento terapeutico, oggi arricchito dalla laser-terapia applicata per via laparoscopica direttamente sopra il cancro, se di dimensione inferiore a 4 cm.

Purtroppo, oggi la diagnosi del CR è posta quasi sempre tardivamente in presenza della fenomenologia clinica: dolore al fianco, massa addominale palpabile, colore scuro delle urine da ematuria macroscopica, dimagrimento, metastasi a distanza, varicocele più spesso a sinistra, come conseguenza della stasi ematica nella vena testicolare da parte della invasione neoplastica della vena renale (la vena renale di destra drena direttamente nella vena cava inferiore). Altri segni clinici d'esordio, sempre tardivi, sono: turbe della visione, pallore, stipsi, ipertensione arteriosa, ipercalcemia.

In realtà, nella maggior parte dei casi di CR, per anni e decenni (V. Avanti!) non c'è alcuna sintomatologia clinica e questo fatto spiega il ritardo nel riconoscere la lesione renale neoplastica, con negative conseguenze sui risultati terapeutici.

Quello che gli Urologi non sanno.

Nel mondo della comunicazione al suo vertice è paradossale e desolante per un ricercatore la difficoltà di comunicare i progressi scientifici originali, innovativi, significativi, anche se in rete in celebri siti, come www.ilpungolo.com (V. i miei numerosi articoli in Scienza), 'The Lancet', Ann. Int. Med.', 'Nature e Science' (Bibliografia in www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it). A mia conoscenza, non esiste urologo ed oncologo al mondo che, ignorando la Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica, sia in grado di riconoscere il Terreno Oncologico ed il Congenito Reale Rischio Oncologico di CR!

A questo proposito, ho chiesto via e-mail a stimati oncologi italiani e stranieri, tra cui l'American Cancer Society e il 'British Journal Cancer' Editorial Office, se conoscono questi nuovi progressi dell'oncologia, su cui è fondata la futura prevenzione primaria del cancro, solido e liquido, su vastissima scala e in individui razionalmente selezionati (V. anche in questo sito: Lettera Aperta al

Ministro G. Sirchia). La mia ben motivata convinzione non è mai stata falsificata da numerosi urologi italiani e stranieri.

Purtroppo, i medici credono erroneamente che tutti gli individui nel corso della loro vita possano essere colpiti dal tumore maligno, solido o liquido, magari con differente probabilità. Tra le conseguenze nefaste di questa presupposizione, da me più volte denunciata, sono gli infiniti esami inutili e costosi, l'evitabile terrorismo psicologico ed il crescente numero di tumori maligni. Una ormai lunga e sicura esperienza clinica mi permette di affermare che il paziente predisposto al CR, analogamente a quanto avviene in tutti gli altri tumori maligni, solidi e liquidi (ibidem), a partire dalla nascita è positivo per il Terreno Oncologico ed è colpito dal Reale Rischio Oncologico Congenito in una precisa area renale. Personalmente non ho mai visto più rischi di CR nello stesso individuo, il che non esclude ovviamente questa possibilità.

La diagnosi clinica, quantitativa, di queste alterazioni del sistema psico-neuro-endocrino-metabolico e del secondario rimodellamento microvascolare nell'area istangica sede del Reale Rischio Congenito richiede pochi secondi al medico esperto in Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica.

Interessante il fatto che l'assenza del Terreno Oncologico, escludendo senza dubbio alcuno la possibilità di oncogenesi, indirizza in modo razionale l'esame obiettivo sulla base delle eventuali costituzioni semeiotico-biofisiche del paziente: non ha alcun senso, per esempio, perdere tempo nel ricercare il diabete mellito nell'individuo privo della Costituzione Semeiotico-Biofisica Quantistica Diabetica (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]).

Il lettore comprende facilmente che quanto riferito a proposito del CR vale anche per i tumori in altre sedi dell'apparato urinario (V. di seguito).

Il Segno di Pollio: Diagnosi del Reale Rischio Congenito di Cancro Renale.

Per riconoscere nel modo più semplice possibile, ma anche affidabile, il Reale Rischio Congenito del CR, o di altre sedi della trafila urinaria, naturalmente, è indispensabile la conoscenza della semplice Percussione Ascoltata dello stomaco, che consente di valutare i diversi valori parametrici del riflesso gastrico aspecifico (= nello stomaco, il fondo ed il corpo sono dilatati, mentre il giunto antro-pilorico è contratto) (Fig.1) (V. www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it, Pagina Tecnica N° 1; Bibliografia N° 15 e 97).

L'esatta comprensione, invece, di quanto segue è correlata alla conoscenza sicura di Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica, riferite in una ormai vasta letteratura (ibidem, N° 169 – 179). Infatti, in numerosi articoli, in gran parte scritti in collaborazione con l'amico Paolo Manzelli, ho dimostrato l'esistenza della realtà non-locale, accanto a quella locale, nei sistemi biologici (ibidem). La stimolazione "lieve-moderata" mediante pizzicotto cutaneo persistente dei trigger-points renali (in pratica, i dermatomeri toracici VIII-X, regioni latero-addominali) è sufficiente per studiare il modo di essere e di funzionare a riposo del "relativo" segmento, superiore, medio ed inferiore, del rene omolaterale, mediante la valutazione del riflesso gastrico aspecifico. Nel sano, supino e psicofisicamente rilassato, con gli occhi aperti (= ridotta secrezione di melatonina), dopo un tempo di latenza di 8 sec. esatti dall'inizio della stimolazione "lieve-moderata", compare il riflesso gastrico aspecifico con durata inferiore a 4 sec. Si tratta di un valore diagnostico essenziale, correlato con la fisiologica attivazione della locale Riserva Funzionale Microcircolatoria, a sua volta in relazione con l'anatomia e la funzione del locale parenchima, secondo la teoria dell'Angiobiopatia, cioè del solo distretto istangico relativo. Infatti, l'indagine clinica del microcircolo fornisce preziose informazioni sull'attività biologica del parenchima corrispondente (ibidem: 125. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma).

Al contrario, nel Reale Rischio Congenito di CR, stimolando in modo "lieve-moderato" i relativi 'trigger-points', il tempo di latenza nella fase iniziale può essere ancora di 8 sec, ma la durata risulta

sempre patologica, cioè di 4 sec. Infatti, i due valori parametrici si modificano, in modo indiretto e rispettivamente diretto, con le varie fasi evolutive dell'oncogenesi. Fatto importante dal punto di vista diagnostico e diagnostico-differenziale, il riflesso è seguito dalla tipica Contrazione Gastrica tonica (= contrazione dello stomaco "in toto"), espressione della natura oncologica della lesione: SEGNO di POLLIO. Nel sano, se la stimolazione dei 'trigger-points' cutanei reanali è "medio-intensa" (= aumento della vasomozione nel parenchima renale corrispondente, e, in successione, della Energia Vibratoria e della Energia-Informazione, pura, catalitica), in conseguenza della realtà non locale nei sistemi biologici, il tempo di latenza del riflesso fisiologicamente sale da 8 sec. a 16 sec., mentre la durata rimane identica, cioè inferiore a 4 sec., informando però sulla situazione anatomo-funzionale di "tutto" il tessuto renale, sia di destra che di sinistra, così come delle restanti componenti delle vie urinarie, in accordo con il tipo di informazione "simultanea", tipica della realtà non-locale (ibidem). Nell'individuo con Terreno Oncologico e colpito da Reale Rischio Congenito di CR (o in altra parte del sistema urinario), il pizzicotto persistente, "medio-intenso", a livello di un singolo trigger-point renale, stimolando "simultaneamente" entrambi i reni (in realtà, come sopra riferito, la stimolazione "intensa" interessa anche gli ureteri, la vescica urinaria e nell'uomo la prostata), provoca "simultaneamente" il riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è correlata alla gravità della patologia sottostante. La durata del riflesso è 4 sec. o più, espressione del locale rimodellamento microcircolatorio, secondario all'alterata attività delle cellule parenchimali dipendente da mutazioni geniche del mit-DNA e n-DNA. (Per approfondire l'argomento V. nella citata Bibliografia gli articoli N° 169 – 179).

Come scritto sopra, in presenza di lesione neoplastica, il riflesso gastrico è rapidamente seguito dalla caratteristica Contrazione Gastrica tonica, assente nel sano e in tutte le altre patologie, con la sola esclusione di Appendicite, Diverticolite e Connettiviti, dove intensa è l'acidosi istangica (= i differenti i 'trigger-points' specifici facilitano la diagnosi differenziale!): SEGNO di POLLIO. Riconosciuto questo tipico segno di lesione neoplastica potenziale, il medico procede immediatamente alla localizzazione della sede esatta del reale rischio, utilizzando la stimolazione selettiva e "lieve-moderata" dei 'trigger-points' cutanei dei reni, di destra e sinistra (Da quanto riferito in parentesi, è necessaria ed utile l'analoga valutazione sia della vescica urinaria che della prostata) (ibidem, Pratiche Applicazioni).

Infine, ricordo l'importanza diagnostica delle prove dinamiche, come il Precondizionamento Renale, altrove ampiamente illustrate (Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Ed. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>) (V. nel sito citato).

Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica del Cancro Renale, ancorché iniziale.

In presenza di un CR (o di altro tumore urologico), indipendentemente dallo stadio evolutivo e quindi dalle sue dimensioni, la stimolazione "intensa" mediante pizzicotto cutaneo persistente anche di un solo 'trigger-point' renale – uno dei dermatomeri toracici VIII-X di entrambi i lati – provoca "simultaneamente" un intenso riflesso gastrico aspecifico, seguito dopo circa 2 secondi da rapida ed intensa Contrazione Gastrica tonica, espressione della malattia neoplastica: Segno di Pollio. Pertanto, in 5 secondi è possibile riconoscere il CR o una neoplasia in altro tratto delle vie urinarie, la cui sede precisa verrà rapidamente identificata mediante stimolazione "lieve-moderata" dei relativi 'trigger-points'. In modo analogo, il Segno di Pollio permette la diagnosi delle neoplasie prostatiche e/o vescicali.

Subito dopo il riconoscimento della lesione tumorale, il medico corrobora la diagnosi sulla base dei numerosi segni specifici ed aspecifici della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Sintesi Anticorpale Acuta, SISRI completa, aumentata produzione delle Proteine della Fase Acuta, diagramma neoplastico dell'unità microvascolotessutale del polpastrello digitale, Sindrome

Autoimmune Locale, cioè a livello del rene colpito (della vescica oppure della prostata), attivazione surrenalica, aumentata produzione prolattinica, caratteristiche modificazioni della microcircolazione nella sede tumorale (= Attivazione Microcircolatoria tipo III, dissociato, con DEB neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a) neoplastici), etc. (ibidem)

Da quanto precede risulta la possibilità di ottenere 'bedside' dati veramente utili nella lotta ai tumori maligni del rene e delle vie urinarie, con un metodo clinico originale, applicabile su vasta scala. Per quanto riguarda la terapia del Reale Rischio Congenito Oncologico, indipendentemente dalla sua sede, si sono dimostrati efficaci in una lunga esperienza cicli personalizzati di NIR-LED, associati alla terapia con Melatonina-Coniugata, secondo Di Bella-Ferrari, ed appropriata dieta, intesa in senso etimologico. Il monitoraggio della lesione, inizialmente bisettimanale, quindi mensile, infine semestrale, permette di modificare eventualmente sia la posologia che la condotta terapeutica. Questa terapia trasforma la maggior parte dei casi di Reale Rischio, oncologico e non, in Reale Rischio Residuo, innocuo, perchè la locale ossigenazione è superiore a quella fisiologica, a seguito del favorevole rimodellamento microcircolatorio (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>).

***SEGNO DI POLLIO.** In memoria del caro amico dott. Fabrizio Pollio, Chirurgo-Ginecologo, giovane e brillante studioso stroncato a 34 anni da rara forma di CA renale..

Nella figura: Riflesso gastrico aspecifico

****Dott. Sergio STAGNARO**

Fondatore della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica.

www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it

Cap.13.

Semeiotica Biofisica Quantistica del Reale Rischio Congenito.

"Ti basta la mia grazia;
nella debolezza, infatti, si manifesta pienamente la forza".
(Seconda Lettera ai Corinzi;12, 7-10.
San Paolo.)

Con il termine di **Biofisica Quantistica Psicocinetica** intendo lo studio del modo di essere e di funzionare dei sistemi biologici secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica, arricchita dall'originale contributo dottrinale della Psicocinetica, rivelatosi affidabile ed utile nella pratica attività quotidiana del Medico.

A questo argomento sono dedicati i prossimi capitoli, che non sono certamente in grado di illustrare esaurientemente l'argomento concernente la nuova disciplina, ma rappresentano una efficace introduzione alla **Biofisica Quantistica Psicocinetica**, auspicabilmente apprezzata dal lettore almeno dal punto di vista ermeneutico.

La maggior parte dello spazio delle più famose riviste mondiali di Medicina è riservato oggi ad articoli di biologia molecolare e genetica, i cui risultati sono stati raccolti con un singolare tipo di ricerca svolta in laboratori specializzati, utilizzando costosi metodi tanto sofisticati quanto di limitata riproducibilità.

Ne consegue che la stragrande maggioranza dei di coloro che leggono questi lavori, non soltanto i Medici di Medicina Generale, si trova nell'impossibilità di corroborare o falsificare i risultati di questi studi, a causa della mancanza della necessaria tecnologia, indispensabile per riprodurre gli stessi esperimenti, al contrario di quanto accade invece nel caso di articoli di natura clinica semeiotico-biofisico-quantistica (1-30).

Procediamo con un esempio per chiarire meglio la valenza astratta del concetto. In un articolo pubblicato su Nature sono riferiti dati di una ricerca che dimostrerebbe come l'associazione di ben 5 mutazioni genetiche favorisce il diabete mellito, mentre le singole mutazioni, presenti isolatamente, non provocano alcun dismetabolismo glicidico. Ripresa dai mass-media di tutto il mondo con i soliti toni sensazionali, come facilmente previsto da chi scrive, la notizia si è rivelata insignificante e quindi di breve durata, perché priva di valore epistemologico e pratica utilità (31).

Non è possibile non riconoscere l'impresa ardua sia della Genetica sia della Biologia Molecolare, finalizzata ad individuare i geni mutati alla base delle più gravi patologie, come il diabete ed il cancro, oggi vere epidemie in continuo ed inarrestabile aumento. Tuttavia, la difficoltà prometeica, incontrata nel portare a termine questo tipo di indagine è alla base della scarsa efficacia delle numerose e costose campagne di prevenzione attuate contro il diabete ed altre malattie assai diffuse, cancro, CVD, osteoporosi, ecc., fondate sul tipo di ricerche sofisticate sopra riferito, organizzate dalle competenti Autorità Politico-Sanitarie.

In realtà, la maggior parte delle malattie riconosce alla sua origine diverse mutazioni genetiche, solo in parte conosciute, associate e interagenti in modo assai complesso, sia tra loro sia con l'ambiente, da rendere vana la prevenzione primaria condotta su una vasta popolazione, oltretutto apparentemente sana. Infatti, nonostante la quantità di danaro impiegata nella costruzione e nella gestione dei numerosi Istituti mondiali di Genetica e Biologia Molecolare, bisogna ammettere che l'incidenza del Diabete, della CVD, dell'Osteoporosi e dei Tumori Maligni è in continuo, progressivo, inarrestabile, allarmante aumento.

Pertanto, qualcosa non ha funzionato finora in questa prevenzione contro le malattie umane più frequenti e gravi, basata principalmente sull'indagine genetica e biologico-molecolare, come vado

inutilmente denunciando da decenni alle Competenti Autorità Politiche e Sanitarie, Editori di *peer-reviews*, ed Autori italiani e stranieri!

E' necessario ed urgente, dunque, percorrere altre strade per combattere, le attuali epidemie, come il tumore maligno, solido e liquido (31-34), ed il diabete mellito con le note cosiddette "complicazioni diabetiche", che tali non sono perchè insorte molto tempo prima della malattia che dovrebbe causarle (35).

La Semeiotica Biofisica Quantistica ha permesso al medico di valutare in modo clinico, per la prima volta, l'attività biologica di tutti gli organi ed apparati, grazie alla teoria dell'Angiobiopatia, secondo cui le mutazioni genetiche (n-DNA, ma anche mit-DNA) interessano tutte le cellule parenchimali e microvasali, di un determinato distretto (1-4, 41). Secondo questa teoria, che completa quella tischendorfiana di Angiobiotopia, il danno parenchimale, comprese le mutazioni genetiche, è correlato con le locali alterazioni microcircolatorie, caratterizzate dal rimodellamento microcircolatorio, dove il ruolo centrale è svolto dai Dispositivi Endoarteriolarli di Blocco neofornati-patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico (V. www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/Microangiologia e Bibliografia).

Nel secondo caso, appare di notevole interesse il fatto che il rimodellamento dei microvasi e della microcircolazione, sebbene il sottotipo b) sia aspecifico, diventa in realtà altamente indicativo per una precisa patologia, in rapporto alla sua sede (1-6, 35,36). Per esempio, nella predisposizione al diabete e nel conseguente reale rischio congenito diabetico, risultano alterati in modo caratteristico i microvasi delle isole di Langerhans, rapidamente valutabili con un fonendoscopio a partire dalla nascita (36, 42).

L'Esame obiettivo nella Medicina del terzo Millennio.

Nella "civiltà dell'atomo al suo vertice", tipica del mondo occidentale all'inizio del terzo millennio, l'esame obiettivo è praticamente ridotto alla sola anamnesi, che certamente rimane un prezioso strumento diagnostico a cui i medici rivolgono ancora una certa attenzione, purtroppo inferiore a quella riservata alla raccolta dei dati anamnestici nell'era "pre-tecnologica".

Detto altrimenti, oggi la visita medica è tanto superficiale e rapida, quanto scarsamente utile e povera di informazioni a causa anche, ma non soltanto, del limitato valore diagnostico della semeiotica fisica tradizionale ed accademica, da me più volte sottolineato (1, 2, 3). In realtà, tra i numerosi motivi di questa desolante trasformazione del processo diagnostico, troviamo la preoccupazione per la responsabilità, soprattutto di natura legale-assicurativa, a cui il medico è continuamente esposto nel suo difficile lavoro.

Il ricorso oltre misura al laboratorio ed alla semeiotica sofisticata per immagini pone il medico al riparo dalle note accuse e dalle richieste di risarcimento dei danni materiale e morali, di chiara origine statunitense, di cui quotidianamente riferiscono i mass-media. Certamente, grazie al ricorso al laboratorio ed al dipartimento delle immagini, la diagnosi "appare" raffinata e precisa nella maggior parte dei casi, anche se aumentano a dismisura le ansie dei pazienti, familiari ed amici, – frequentemente evitabili ai nostri giorni (pensiamo, per esempio, alla inutile ricerca del tumore in individui senza il terreno oncologico (1) – per tacere degli errori diagnostici a seguito della errata interpretazione di dati non univoci della semeiotica strumentale, eseguita senza tenere in debito conto l'efficace semeiotica fisica: VES normale in casi di cancro metastatizzato, ECO addominale negativo in pazienti colelitiasici o colpiti da sabbia biliare (l'ecografia addominale alta evidenzia due colelitiasi su tre nell'esperienza personale!), diagnosi di cancro fatta con la TAC in individui perfettamente sani, e viceversa, ecc., come ho scritto nella Lettera Aperta al Presidente del Consiglio On Silvio Berlusconi - a cui ha fatto seguito la mia intervista rilasciata a Stefano Lorenzetto per *Il Giornale* - in rete alle URLs:

http://www.fceonline.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2348&Itemid=45
http://www.mednat.org/curriculum_stagnaro.htm
<http://quantico-appunti.blogspot.com/2009/01/la-semeiotica-Biofisica-Quantistica-quantistica.html>.

A questo punto è opportuno sottolineare un comune denominatore alla base delle attuali indagini di laboratorio e della semeiotica per immagini più frequentemente utilizzate su vasta scala, per comprendere poi la novità, concettuale ed operativa, caratterizzante la valutazione clinica dell' "attività biologica" semeiotico-biofisico-quantistica, recentemente arricchita dalle informazioni offerte dalla **Biofisica Quantistica Psicocinetica**, di seguito illustrata, implicita in un grande numero di miei lavori messi in rete recentemente solo dopo aver acquistato una sicura esperienza al letto del malato: vedere i siti <http://www.semeioticaBiofisica-Quantistica.it>, <http://www.semeioticaBiofisica-Quantistica.it/microangiologia>, e gli articoli e volumi riportati nella Bibliografia del primo sito.

Per comprendere la possibilità attuale di valutare clinicamente le mutazioni genetiche, per quanto numerose e complesse esse siano, mediante le alterazioni tessutali rivelate dal locale rimodellamento microvascolare, è necessario familiarizzare con il concetto medico nuovo, di seguito illustrato nel modo più semplice possibile, relativo alla valutazione semeiotico-biofisico-quantistica dell'attività biologica nei vari apparati e tessuti, dove al dosaggio ematico di noti substrati ed alle anomalie morfo-strutturali è affiancata l'indagine "biologica", funzionale, resa possibile *bedside* dalla teoria dell'Angiobiopatia, che completa la tischendorfiana Angiobiotopia (1-6).

Valutazione clinica di alcune interessanti Attività Biologiche.

Qualsiasi importante mutazione genetica si ripercuote necessariamente e negativamente sulle funzioni dei sistemi coinvolti (31). E' possibile pertanto risalire alle alterazioni genetiche, indipendentemente dalla loro complessità partendo dalla accurata valutazione della compromissione del relativo apparato, ghiandola, tessuto.

Per la prima volta, la valutazione clinica delle varie attività biologiche, per esempio, dei PPARs, BNP, Adiponectina, Leptina, Insulina, Adrenalina, Eritropoietina, Renina-Angiotensina, etc., (V. nel mio sito, Pratiche Applicazioni) nei differenti sistemi biologici è condotta al letto del malato grazie all'impiego della Semeiotica Biofisica Quantistica (1), che consente al medico di effettuare quantitativamente sia lo studio del caos deterministico nei vari apparati, sistemi e tessuti, sia l'indagine sul modo di essere e funzionare del microcircolo regionale, a riposo e nelle prove dinamiche (7-14). A questo riguardo si è rivelata essenziale la possibilità di studiare l'interstizio dei vari parenchimi (ghiandolari, epatici, del tessuto adiposo, muscolari, etc) (Per ulteriori approfondimenti su questo tema, V. i lavori nel secondo sito sopra citato, Microangiologia, in particolare l'URL

<http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/microangiologia/Documenti/Ita/ABC%20ISTANGIO%20Sito.dc>.

Nell'*absorptive state*, fegato, tessuto adiposo, muscolo scheletrico, ecc., si trovano in fase di assorbimento, e quindi necessariamente il volume dell'interstizio è minimo (= riflesso ureterale "in toto" $\leq 0,5$ cm.), mentre la fase di secrezione (= il pancreas endocrino è naturalmente in una persistente condizione di secrezione "pulsata", anche se variabile per intensità) è caratterizzata da ampio interstizio: $> 0,5$ cm.

Non solo per motivo di spazio, al momento evito di discutere la fisiopatologia di questi interessanti comportamenti, altrove illustrati nei dettagli (1). Le numerosissime metodiche semeiotico-biofisico-quantistiche da impiegare nella pratica applicazione, sia di base sia dinamiche, sono descritte dettagliatamente nella letteratura riferita e nel "Glossario" (1). Tuttavia, a modo di esempio, di seguito sono brevemente illustrati alcuni importanti procedimenti, di frequente e relativamente facile applicazione, utili al medico nella sua attività quotidiana.

La valutazione dell'attività biologica è resa possibile dalla stretta correlazione morfo-funzionale esistente tra il parenchima e i relativi microvasi, secondo il concetto di Angiobiopatia, sopra riferito (1, 4, 5, 6). La Semeiotica Biofisica Quantistica, infatti, consente al medico di riconoscere in un secondo (meglio dire "simultaneamente") la presenza di alterazioni strutturali e funzionali in qualsiasi sistema biologico e quindi di studiare accuratamente il locale microcircolo e microcircolazione (rimodellamene microvascolare), di conseguenza permettendo di ottenere una indagine, "indiretta" ma "quantitativa", affidabile e ricca di informazioni sull'attività parenchimale correlata.

Ne deriva che, accanto ai dati dell'esame obiettivo tradizionale, del laboratorio e della semeiotica per immagini, a disposizione del medico oggi vi è una ulteriore possibilità di porre tempestivamente la corretta diagnosi, ricca di futuri sviluppi, cioè l'indagine semeiotico-biofisico-quantistica, la sola che permette al medico di valutare *bedside* le modificazioni genetiche a partire dalla nascita del singolo soggetto.

Nelle attuali indagini di laboratorio, certamente di valore notevole, le carenze sono altrettanto rilevanti, come dimostrano i casi di malattie infettive, degenerative, tumorali, anche metastatizzati con dati di laboratorio perfettamente normali, e come accade in modo esemplare nel corso della comune influenza.

Per quanto concerne la semeiotica per immagini, in genere di grande aiuto per il medico, vale la pena di ricordare il frequente e necessario ricorso ad un ulteriore approfondimento diagnostico, che chiaramente tradisce la "incertezza" diagnostica dello strumento di volta in volta impiegato.

Solo un esempio: di fronte ad un nodo mammario "sospetto", dopo l'esame obiettivo e le comuni indagini laboratoristiche inclusa la ricerca dei bio-marcatori tumorali, sia il medico sia il senologo consultato devono ricorrere nella quasi totalità dei casi alla mammografia, all'ecografia, alla TAC (normale, spirale, ottica, digitale, etc.), alla RNM, alla SPECT ed infine alla biopsia che "non" sempre consente di sciogliere i dubbi diagnostici che precedono l'intervento chirurgico (esperienze personali!) (16,37,38, 47).

La logica conseguenza di quanto sopra è che associare a queste metodiche anche l'apporto della Semeiotica Biofisica Quantistica, inclusa la valutazione dell'attività biologica, dovrebbe essere un evento accolto favorevolmente dai medici.

Per restare al nostro esempio, ricordo che un tessuto, normalmente sede di fisiologica anticorpopsiosi (= mammella, vescica urinaria, prostata, appendice, meningi cerebrali, ecc.), in caso di locale patologia sospende temporaneamente la sua attività anticorpale (1, 15, 16)! Nella recente letteratura è ampiamente documentata l'importanza diagnostica nella cardiopatia ischemica (CAD) dei livelli ematici dei peptidi natriuretici (NP), che risultano aumentati. Il miglioramento della CAD, ottenuto mediante terapia medica e/o chirurgica, è seguito dalla riduzione fino alla norma della concentrazione nel sangue dei NP. Tuttavia, nelle condizioni patologiche in cui il livello ematico di queste sostanze è aumentato, i NP sono "biologicamente" meno attivi a livello renale ed arterioso, a seguito anche della receptor down-regulation. E' necessario tenere presente che i NP agiscono anche sulla parete vasale, provocando vasodilatazione ed aumentando la permeabilità capillaro-venulare, con riduzione dei valori pressori nel sano ma non nell'iperteso e nell'individuo a "reale rischio" di IA, come ho evidenziato per la prima volta clinicamente con la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Infatti, oggi è possibile valutare l'interessante attività biologica dei peptidi natriuretici, sia di base sia durante la prova dinamica mediante *stretch test*, ricca di informazioni utili per la diagnosi, il monitoraggio terapeutico e la ricerca clinica, di base (V. nel sito citato, Pratiche Applicazioni, all'URL

<http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Documenti/Ita/BNP.doc>;

<http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Documenti/Ita/BNP%20endog%20Stretch->

Nell'originale valutazione clinica dell'attività biologica, affidabile, di facile e rapida esecuzione, quindi ripetibile secondo il bisogno, svolge un ruolo essenziale la situazione biologica e biologico-molecolare attuale a livello di un determinato sistema biologico, attivato da differenti substrati

“endogeni”, prescelti dal medico che ne incrementa la secrezione da parte delle numerose sedi di sintesi.

In una ormai lunga esperienza clinica, la Semeiotica Biofisica Quantistica si è rivelata di notevole aiuto per il medico nel riconoscere tempestivamente ed in modo quantitativo la carenza marziale, con o senza anemia (1-17). Tra i numerosissimi segni semeiotico-biofisici esaminiamo il “Segno di Baserga” ed il “Segno di Baserga modificato” (37-38). In breve, il medico valuta di base il tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico durante pressione digitale “medio-intensa” esercitata sopra la linea mediale del corpo sternale o sopra le creste iliache: Sindrome di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario (SISRI): NN = 10 sec. (23) . Successivamente, si provoca decongestione renale per circa 20 sec. mediante stimolazione “intensa” dei trigger-points renali bilateralmente (= pizzicotto intenso e prolungato appunto per 20 sec. della cute latero-addominale bilateralmente).

In questa condizione sperimentale, dai reni decongestionati è secreta anche eritropoietina che stimola il midollo osseo fisiologicamente soltanto in presenza di un normale livello tissutale, midollare, di ferro.

Nel sano, il tempo di latenza della SISRI (di base = 10 sec.) scende a 6 sec. evidenziando la normale attività midollare dell'eritropoietina e, quindi, un fisiologico contenuto marziale del midollo.

Al contrario, in caso di sindrome ferro-carenziale il tempo di latenza della SISRI o non si riduce o diminuisce in modo non significativo, in rapporto alla gravità della carenza di ferro (1, 17). Interessante notare, a questo punto, che parliamo di carenza di ferro oppure di magnesio (18), di Co Q10 (19, 20, 21, 22), ecc., nei tessuti e non nel sangue: non sempre, in realtà, i livelli ematici dei vari substrati corrispondono a quelli tissutali (1).

Il “Segno di Baserga modificato” (= valutazione della SISRI prima e subito dopo pressione digitale sulle varie proiezioni cutanee dei lobi polmonari) è utile nel riconoscere sia il “reale rischio” del cancro polmonare sia la sua malattia in atto (37, 38).

Presente e Futuro della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Il progresso scientifico nel campo sia della diagnosi strumentale (TAC tradizionale, spirale, ottica, digitale, multistrato, RNM, ecc.) e di laboratorio, sia della semeiotica fisica, mostra una continua evoluzione, giustificata “anche” dallo sforzo comune di rendere i mezzi diagnostici sempre più affidabili ed attendibili.

Tuttavia, attraverso i mass-media sono diffusi soltanto i progressi della semeiotica laboratoristica e della semeiotica per immagini con clamore sospetto, in genere dalla effimera durata sia a causa degli elevati costi delle sofisticate metodiche diagnostiche, sia per la effettiva scarsa applicabilità dovuta al numero limitatissimo dei necessari strumenti.

I progressi invece della Semeiotica Biofisica Quantistica, da cui è nata la Diagnostica Psicocinetica, sono tenuti sospettosamente sotto silenzio dai giornali di ogni tendenza politica, salvo l'eccezione lodevole de Il Giornale che ha pubblicato l'8 marzo 2009 una intervista da me rilasciata al giornalista Stefano Lorenzetto per *Il Giornale* e messa in rete da numerosi siti

<http://www.google.it/search?q=%22stefano+lorenzetto%22%2B%22sergio+stagnaro%22&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:it:official&client=firefox-a>.

Medicina Ancella dell'Economia! (48).

A questo punto, è interessante sottolineare che la disponibilità dell'originale semeiotica fisica è a disposizione di “tutti” i medici, per poterla poi applicare, senza spesa alcuna per il SSN e per i

pazienti, ai fini diagnostici, di monitoraggio terapeutico e ricerca, come è illustrato in questo e nei prossimi capitoli.

Un aspetto rilevante ed originale della Semeiotica Biofisica Quantistica, e dell'utilizzo della Psicocinetica, nata successivamente, nella indagine dei sistemi biologici, è rappresentato dalla valutazione biologica di numerosissime attività parenchimali, a riposo e durante prove dinamiche, che informa sulla situazione del locale n-DNA e mit-DNA parenchimale, come vedremo in seguito. E' ormai noto al lettore che una simile indagine veramente rivoluzionaria è stata resa possibile dalla Teoria dell'Angiobiopatia, che completa la tischendorfiana Teoria dell'Angiobiotopia.

L'intervento della Psicocinetica in biologia, a seguito della valorizzazione nel campo semeiotico medico della Energia Informazione (EI), secondo Paolo Manzelli, basata sull'*entanglement* quantistico, come dirò più avanti nei dettagli, ha ampliato significativamente i confini già vastissimi della originale semeiotica fisica, trasformando completamente il processo diagnostico eseguibile anche in "assenza" del malato – a certe condizioni, ovviamente – ridimensionando il termine *bedside*, cioè, al letto del malato.

Infatti, vedremo come il medico che conosce fisicamente il paziente, magari visto solo in fotografia o in un film, può portare a termine con successo l'esame obiettivo anche se l'esaminando(a) si trova centinaia o migliaia di chilometri distante, a parte che siano rispettate certe condizioni opportunamente riferite in seguito. In pratica, è inevitabile creare le condizioni che rendono possibile l'instaurarsi dell'*entanglement* tra onde dell'esaminando e dell'esaminato (a); bisogna accendere la radio, prima, e sintonizzarla, poi, sulla desiderata lunghezza d'onda se si vuole ascoltare il messaggio proveniente da una lontana emittente.

A questo punto, è interessante innanzitutto esaminare una serie di fatti, meritevoli di attenta considerazione, ma purtroppo poco noti ai medici:

A) nell'atleta in allenamento il livello tissutale di Co Q10 è elevato, mentre quello ematico è basso. Il comportamento del coenzima Q 10 risulta, cioè, diametralmente opposto nell'atleta in allenamento e durante il periodo di riposo (1);

B) nell'attacco acuto di gotta, l'acido urico tissutale è elevato, mentre nel sangue è normale o basso. Il contrario avviene nel corso della risoluzione dell'episodio morboso (4, 24, 25);

C) nella carenza di magnesio, il livello tissutale è basso mentre nel sangue la quantità di questo ione appare molto frequentemente nella norma, perché ceduto dalla parenchima (18).

Gli esempi potrebbero ovviamente continuare.

Da quanto sopra riferito risulta ben evidente il valore limitato del dosaggio ematico di sostanze metaboliche, elettroliti, ecc., che non sempre può dare informazioni sul relativo livello tissutale. Per restare agli esempi appena citati, è illuminante per la comprensione del concetto semeiotico-biofisico-quantistico di "attività biologica" ricordare che il livello tissutale di Co Q10 è valutata, per esempio, attraverso i Potenziali Neuronal e Cerebrali Evocati (= attività biologica dei SN centrale e periferico); la valutazione della concentrazione istologica di magnesio è studiata, per esempio, mediante il Segno di Plummer-Wilson (= la durata della dilatazione esofagea durante stimolazione dei relativi trigger-points mediante pizzicotto cutaneo persistente è 10 sec.) (1, 18) ed infine il livello tissutale dell'acido urico (per esempio, ac. urico depositato nella elice) mediante il caratteristico riflesso (1).

A dimostrazione del valore e dell'originalità della valutazione semeiotico-biofisico-quantistica delle attività biologiche si pensi alla possibilità di riconoscere clinicamente le numerose costituzioni e i relativi reali rischi congeniti, in modo "quantitativo" (1-4, 42), di monitorarne l'eventuale evoluzione prima verso la Sindrome Pre-Morbosa o Pre-Metabolica (4, 5, 6, 26-28, 42), poi il lento e graduale passaggio nella Sindrome Metabolica (4, 5, 6, 29, 30, 40, 42). Da quanto sopra riferito, appare evidente il ruolo fondamentale svolto dall'indagine semeiotico-

Biofisica Quantistica quantistica nella prevenzione primaria delle più gravi malattie umane, come il DM, dislipidemie, ipertensione arteriosa e cancro (1, 4, 5, 6, 42).

Inoltre, il medico è oggi in grado di valutare clinicamente la funzione tessutale – epatica, muscolare, vaso-parietale, etc. – dei Recettori Nucleari Associati agli Attivatori della Proliferazione Perossisomiale (PPARs), ai quali è riconosciuto da tutti gli autori un ruolo primario nel metabolismo glico-lipidico, ottenendo con metodo clinico informazioni affidabili e precise sul metabolismo locale dei carboidrati e dei lipidi, alterato a partire dalle fasi iniziali del diabete, in assenza della fenomenologia clinica diabetica (29, 30). Questa singolare indagine clinica di attività biologiche, realizzata per la prima volta, ha dimostrato, nella personale sicura esperienza, di essere il metodo migliore per la valutazione ed il monitoraggio sia del diabete sia delle dislipidemie (43-46).

In conclusione, la valutazione semeiotico-biofisico-quantistica dell'attività biologica dei differenti sistemi biologici rappresenta un originale ed efficace strumento per riconoscere clinicamente le più importanti mutazioni genetiche, per quanto complesse siano. Questa indagine clinica si è rivelata preziosa nella diagnosi, nel monitoraggio terapeutico, nella ricerca e nella prevenzione primaria delle più frequenti e gravi malattie umane, come il cancro, finalmente applicabile senza spesa su "tutta" la popolazione a partire dalla nascita del singolo (1, 4, 5, 6).

Bibliografia

- 1) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm
- 2) Stagnaro S., Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma..
- 3) Stagnaro S., La crisi del rapporto medico-paziente: dalla percussione ascoltata alle semeiotica Biofisica Quantistica. [www.clicmedicina.it, http://www.clicmedicina.it/pagine%20n%203/crisi%20medico%20paziente.htm](http://www.clicmedicina.it/pagine%20n%203/crisi%20medico%20paziente.htm)
- 4) 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
- 5) 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/semeiotica_Biofisica_Quantistica_2.htm 2004
- 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 2005
- 7) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Il test della Apnea nella Valutazione della Microcircolazione cerebrale in Cefalalgici. Atti, Congr. Naz. Soc. Ita. Microangiologia e Microcircolazione. A cura di C. Allegra. Pg. 457, Roma 10-13 Settembre 1987. Monduzzi Ed. Bologna.
- 8) Stagnaro S., Valutazione percusso-ascoltatoria della microcircolazione cerebrale globale e regionale. Atti, XII Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. 13-15 Ottobre, Salerno, e Acta Medit. 145, 163, 1986.
- 9) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994.
- 10) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Il contributo della Percussione Ascoltata nella valutazione del microcircolo da stasi. Il comportamento delle anastomosi artero-venose. Atti, 6° Congr. Naz. di Flebologia. Roma 8-11 Novembre 1989. A cura di P. Pola. Monduzzi Ed. Bologna.
- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Radicali liberi e alterazioni del microcircolo nelle flebopatie ipotoniche costituzionali. Min. Angiol. 18, Suppl. 2 al N. 4, 105, 1993.
- 12) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. Acta Med. Medit. 13, 125, 1997.
- 13) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99, 1997.

14) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Valutazione clinica percusso-ascoltatoria del sistema nervoso vegetativo e del sistema renina-angiotensina, circolatorio e tessutale. Arch. Med. Int. XLIV, 173-78.1992.

15) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Cancro della mammella: prevenzione primaria e diagnosi precoce con la percussione ascoltata. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 152, 447 1993

16) Stagnaro S., World Journal of Surgical Oncology. "Genes, Oncological Terrain, and Breast Cancer", 2005, <http://www.wjso.com/content/3/1/45/comments#205475>.

17) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Percussione Ascoltata della Sindrome Ferro-Carenziale. Med. Praxis 17, 4, 1,1986.

18) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Diagnosi percusso-ascoltatoria e monitoraggio terapeutico della sindrome Magnesio-carenziale. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 147, 259 , 1988

19) Stagnaro S., Ipercolesterolemia e Coenzima Q10. The Pract. Ed. It. 133, 5-6, 1990

20) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Acidi grassi W-3, scavengers dei radicali liberi e attivatori del ciclo Q della sintesi del Co Q10. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 151, 341, 1992

21) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Coenzyme Q deficiency Syndrome. VI Int. Symp., Biomedical and clinical aspects of Coenzyme Q. Rome, January 22.24, Chairmen K. Folkers, G.L. Littaru, T. Yamagani, Abs., pg. 105,1990

22) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Sindrome clinica percusso-ascoltatoria da carenza di Co Q10. Medic. Geriatr. XXIV, 239, 1993

23) Stagnaro S., Sindrome percusso-ascoltatoria di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario. Min. Med. 74, 479, 1983 [Medline]

24) Stagnaro S., Auscultatory Percussion of Rheumatic Diseases. X European Congress of Rheumatology. Moscow. 26 June-July, Proceedings, pg 175, 1983.

25) 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, Montecarlo,1986

26) Stagnaro S., Pre-metabolic syndrome: the real initial stage of metabolic-syndrome, type 2 diabetes and arteroscleropathy. Cardiovascular Diabetology 3:1 <http://www.cardiab.com/content/3/1/1/comments> 2004

27) Stagnaro S. Pre-Metabolic Syndrome: Locus primary prevention. NYAS web site. <http://www.memberconnections.com/olc/membersonly/NYAS/mboards.html> 1999

28) Stagnaro S., Biophysical-Semeiotic Bed-Side Detecting CAD, even silent, and Coronary Calcification. 4to Congreso International de Cardiologia por Internet, 2005, <http://www.fac.org.ar/ccvc/marcoesp/marcos.php>

29) Stagnaro S., Valutazione Semeiotico-Biofisica Quantistica dell'Attività dei PPARs. <http://www.semeioticaBiofisica> [Quantistica.it/semeioticaBiofisica](http://www.semeioticaBiofisica) [Quantistica/Documenti/Ita/PPARs%20BS%20Evaluation.doc](http://www.semeioticaBiofisica).

30) Stagnaro S., Sindrome Metabolica, ancorchè iniziale: il Ruolo diagnostico della Valutazione clinica, quantitativa, semeiotico-Biofisica Quantistica dei PPARs con l'Ormone tiroideo e la Melatonina endogeni. <http://www.semeioticaBiofisica> [Quantistica.it/semeioticaBiofisica](http://www.semeioticaBiofisica) [Quantistica/Documenti/Ita/Metabolic%20Syndrome%20PPARS.doc](http://www.semeioticaBiofisica)

31) Stagnaro S., Biological System Functional Modification parallels Gene Mutation. www.Nature.com, March 13, 2008, http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/03/gout_gene.html

32) Stagnaro S., Il Cammino della Medicina : Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. Mutazioni Genetiche E Disfunzioni Dei Sistemi Biologici. www.ilpungolo.com, 30 Aprile 2008, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?NWS=NWS5548&IDS=13>

33) Stagnaro S., Mitochondrial Genome of the Mastodon highlights Human Constitutions. PLOS

- Biology, (01 August 2007) <http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pbio.0050207#r1725>
- 34) Stagnaro S., Mitochondrial Bed-Side Evaluation: a new Way in the War against Cancer (21 December 2005). 'Cancer Cell International'
<http://www.cancerci.com/content/5/1/34/comments#218502>
- 35) Stagnaro S., New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. Ann. Int. Med. 2007. <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 36) Stagnaro S., Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. 'The Lancet'. March 06 2007.
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments>
totalcomments=1
- 37) Stagnaro S., Bedside Detecting Lung Cancer Inherited Real Risk. Variant Baserga's Sign. Medical News Today's, 23 Oct 2008.
<http://www.medicalnewstoday.com/youropinions.php?opinionid=33875>
- 38) Stagnaro S., Segno di Baserga modificato. www.piazzetta.sfera.net,
<http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>
- 39) Stagnaro S., SEGNO DI BASERGA. Diagnosi clinica semeiotico-Biofisica Quantistica della carenza di ferro. www.clicmedicina.it , <http://www.clicmedicina.it/pagine%20n%209/baserga.htm>
- 40) Stagnaro S., Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. Eur J Clin Nutr. 2007 Feb 7; [Medline]
- 41) Stagnaro S., Ruolo Dell'Angiobiopatia Nella Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. www.ilpungolo.com, 29 Maggio 2008. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5609>
- 42) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 43) Stagnaro Sergio Biophysical-Semeiotic Bed-Side Evaluating PPARs Activity in Metabolic Syndrome. *Cardiovascular Diabetology.* (19 September 2005)
<http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488>
- 44) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology.* 2005, **4**:13 doi:10.1186/1475-2840-4-13
- 45) Stagnaro Sergio. Pivotal Role of Liver PPARs Activity Bed-side Evaluation in Monitoring glucidic and lipidic Metabolism. *Lipids in Health and Disease.* 02 June 2007, <http://www.lipidworld.com/content/6/1/12/comments#284542>
- 46) Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009.
<http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 47) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Cancro della mammella: prevenzione primaria e diagnosi precoce con la percussione ascoltata. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 152, 447, 1993.
- 48) Stagnaro Sergio. Medio Evo della Medicina e Terrorismo Psicologico ignorando le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e i Relativi Reali Rischi Congeniti. [http://piazzetta.sfera.net/](http://piazzetta.sfera.net), 25 novembre 2008, http://xoomer.alice.it/piazzetta/professione/medio_evo.htm

Appendice.

La seguente e recente vicenda è l'espressione di un malessere avvertito da tutti gli Autori, Editori Autorità Sanitarie competenti, e dai Medici, ma purtroppo non affrontato mai finora in modo razionale, direi ovvio, facendo sorgere non pochi sospetti.

E' ben noto che in Medicina, ed in particolare in oncologia, sono preferiti gli studi che possono condurre alla scoperta di nuove ed efficaci terapie, piuttosto che gli interventi di Prevenzione Primaria, certamente poco redditizia ai singoli anche se utilissima alla società.

Il mio *J'Accuse* è contenuto in numerosissimi lavori, reperibili attraverso www-google.com: cito solo l'intervista da me rilasciata al giornalista Stefano Lorenzetto, pubblicata su Il Giornale domenica 8 marzo 2009, http://www.ilgiornale.it/lp_n.pic1?PAGE=99388&PDF_NUM=1431

Bedside Recognizing Lung Cancer Inherited Real Risk rather than IL-12 treatment.

Ho scritto il commento critico subito dopo la lettura di un articolo in rete nel famoso sito www.plosone.org, perfetto sotto il profilo formale, statistico e metodologico, ma, a mio parere, desolante dal punto di vista della pratica utilità per il malato: IL-12 Can Target Human Lung Adenocarcinoma Cells and Normal Bronchial Epithelial Cells Surrounding Tumor Lesions, Irma Airoidi, et al..

L'articolo sarà riferito nei giorni successivi dai servili mass media italiani, che "dimenticarono" però di riferire anche la mia critica oggetto di questa Appendice, che avrebbe evitato a molti malati le solite delusioni causate da una tendenziosa informazione pseudo- scientifica.

Nel mio commento critico-costruttivo sottolineavo ancora una volta la superiorità della Prevenzione Primaria del cancro in genere, e di quello polmonare in particolare, finalmente attuata tempestivamente con un nuovo strumento clinico, in pazienti razionalmente arruolati perchè a reale rischio congenito, nei confronti di qualsiasi altra terapia, inclusa l'IL-12, una tra le tante componenti delle numerose famiglie di citochine con possibile azione sul tumore maligno.

Stagnaro Sergio. Bedside Recognizing Lung Cancer Inherited Real Risk rather than IL-12 treatment. www.plosone.org, 2 July, 2009.

<http://www.plosone.org/annotation/listThread.action?inReplyTo=info:doi/10.1371/annotation/019871da-ef04-426b-8071-98e4d6e16c54&root=info:doi/10.1371/annotation/019871da-ef04-426b-8071-98e4d6e16c54>

Sirs,

in my opinion, ascertaining 26 gene mutation aiming to recognize individuals "possibly" at risk of lung cancer is expensive and impossible on vast scale! I am a clinician, therefore I cannot speak of mice lung cancer treatment with IL-12! Our pivotal goal in reducing lung cancer incidence and ... mortality, is bedside Diagnosing in humans Lung Cancer INHERITED Real Risk, from initial Stage. Fortunately, overlooked Baserga's sign, I described in earlier article (1), proved to be useful in bed-side recognizing iron-deficiency syndrome. In fact, due to iron deficiency, erythropoietin can not stimulate bone-marrow, as it happens in healthy subject, originating the "classic" biophysical semeiotic Baserga's sign. In a few words, in health, lying down in supine position, psycho-physically relaxed with open eyes to prevent melatonin secretion, mean-intense digital pressure applied upon middle line of sternal body, brings about gastric aspecific reflex after a latency time of exact 10 sec., indicating that bone-marrow activity is normal, according to my Angiopathy theory (1-4).

On the contrary, after stimulation of renal erythropoietin secretion by pinching lateral abdominal

skin lasting 15-20 sec., the second evaluation shows a statistically significant lowered latency time: 6 sec. precisely, due to bone-marrow increased microcirculatory activity. Notoriously, exclusively in presence of normal iron tissue level, endogenous erythropoietin can act on bone marrow. In fact, in iron deficiency syndrome, the lowering of sternum-gastric aspecific reflex, i.e., Reticulo-Endothelial System Hyperfunction Syndrome (RESH) (2, 3), is clearly compromised, in inverse relation to the seriousness of underlying iron deficiency. Interestingly, in lung cancer (e.g. adenocarcinoma), I observed a “variant” form of the Baserga’s sign. Really, as hypothesis 0, I suspected that stimulating cutaneous pulmonary trigger-points, related to lung cancer even in the initial stage of Cancer, i.e., Inherited Oncological Real Risk (1-6) by digital pressure, could provoke the output of tumour cell products, which in turn stimulate bone-marrow, at the moment partially suppressed in its function. According to Max Born, a new theory must be “mad” enough to be true. In health, mean-intense digital pressure, applied on skin projection area of diverse lung lobes (= stimulation of pulmonary trigger-points), brings about gastric aspecific reflex after exactly 8 sec. latency time (It), and the basal latency time of Reticulo-Endothelial System Hyperfunction Syndrome (2-6) persists identical, under the same condition, when the stimulation of lung trigger-points lasts about 15-20 sec. In fact, the It of sternum-aspecific gastric reflex, i.e., RESH (= mean-intense digital pressure applied upon the middle line of sternal body, and/or iliac crests) persists identical to the basal one: It 10 sec., also after stimulating the trigger-points of healthy lung for about 15-20 sec., indicating absence of erythropoietin-like substance secretion from lung (or every biological system, of course).

On the contrary, in case of lung cancer “inherited real risk” (6, 7) and overt lung cancer, of course, under the same condition (= mean-intense digital pressure, applied precisely on disorder cutaneous projection area, lasting 15-20 sec.), one observes a significant reduction of RESH It, lowering from 10 sec. to 6 sec., in relation to the seriousness of underlying disorder. In addition, in presence of lung cancer “inherited real risk”, characterized by the presence of newborn-pathological, type I, subtype a), oncological, Endoarteriolar Blocking Devices (6, 7), interestingly, basal It. of lung-aspecific gastric reflex may result normal (i.e., 8 sec.), but reflex duration is pathologically more than 4 sec. (NN lower than 4 sec.: parameter value of paramount diagnostic importance, correlated with local Microcirculatory Functional Reserve), and finally follows the pathological tonic Gastric Contraction, absent under physiological conditions, and typical of oncological disease. In presence of overt lung cancer, even in initial stage, latency time of lung-gastric aspecific reflex lowers significantly (NN = 8 sec.), reflex duration is increased (more than 4 sec.), followed, without delay, by “pathological” tonic Gastric Contraction (tGC).

I suggest such as biophysical-sumeiotic signs as worthy of attention, although further investigations are necessary. In fact, what referred represents, so I think, a paramount clinical tool in lung cancer primary prevention as well as in the war against pulmonary malignancy. While lung carcinoma causes patient's death, all authors are agree with, there is well based hope that Inherited Real Risk of lung cancer may be successfully treated, as it happens under similar pathological conditions (e.g., breast cancer, colon cancer, prostate cancer, a.s.o.) treated with proper, mediterranean diet, Coniugated-Melatonin, personalized applications of LLLT. In conclusion, also regarding lung cancer, Primary Prevention is far better than therapy, even with IL-12, as my well established CLINICAL experience demonstrates.

References

- 1) Stagnaro S. Segno di Baserga: diagnosi clinica semeiotico-Biofisica Quantistica della carenza di ferro mediante valutazione dell'attività midollare dell'eritropoietina endogena. www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it URL: <http://www.semeioticabiof...>
- 2) Stagnaro S., *Sindrome percusso-ascoltatoria di Iperfunzione del Sistema Reticolo-Istiocitario*. Min. Med. 74, 479, 1983 (Medline)
- 3) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., *Appendicite*. Min. Med. 87, 183, 1996 (Medline)

- 4) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica Quantistica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopoiesi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25, 1997.
- 5) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory....>
- 6) Stagnaro S. Reale Rischio Semeiotico-Biofisico. Ruolo diagnostico e patogenetico dei Dispositivi Endoarteriolari di Blocco neoformati-patologici tipo I, a) e b). Ed. Travel Factory, Rome, www.travelfactory.it, in press: July 2009

Cap.14.

DIAGNOSTICA PSICOCINETICA, EVOLUZIONE DELLA SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA.

**“Ciò che non mi distrugge, mi rinforza”
Nietzsche.**

A partire dal novembre 2007, in numerosi articoli ho illustrato le basi della Semeiotica Biofisica Quantistica (1-10). Alcuni tra i più famosi siti italiani e stranieri mi hanno aiutato a diffondere questi ultimi sviluppi della Semeiotica Biofisica Quantistica, che rappresentano uno strumento clinico nuovo, che oggi, in una sicura esperienza clinica, si è rivelato affidabile nella diagnostica, nel monitoraggio terapeutico e nella ricerca clinica.

Con l'impiego della Semeiotica Biofisica Quantistica il medico in pochi secondi riconosce le varie costituzioni e quindi i reali rischi congeniti, da esse dipendenti, che predispongono ai rispettivi processi morbosi, accelerati ed aggravati, ma non provocati, da circa 300 fattori ambientali di rischio (11-13, 29,30).

Ad iniziare dal maggio 2009, alcuni *Commentaries*, rischiestimi dalla *International Atherosclerosis Society*, sono stati messi in rete nel suo sito ufficiale, www.athero.org (14, 15)

A questo punto, è assai difficile comprendere il reale motivo per cui le numerose Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e i relativi reali rischi congeniti, *conditio sine qua non*, per esempio, del diabete e del tumore maligno, solido e liquido, riconosciuti al letto del malato rapidamente con un fonendoscopio a partire dalla nascita, non sono illustrate sufficientemente attraverso mass-media e riviste mediche, e soprattutto sono ignorate dai Servizi Sanitari Nazionali.

Ne consegue che tutte le ricerche cliniche sono male strutturate, mostrando un fondamentale *bias*, come dimostra il mio commento paradigmatico, riferito in fondo al paragrafo, messo in rete dopo appena tre ore dall'invio, dalla Federazione Argentina di Cardiologia.

Inoltre, la Medicina tradizionale, che conosce soltanto la realtà locale nei sistemi biologici, non può fare luce su un grande numero di eventi biologici, come quelli descritti nell'Esperimento di Lory (8), che ha portato alla nascita della Diagnostica Psicocinetica.

In realtà, in tutti i tessuti, accanto alla realtà locale esiste anche la Realtà Non Locale, come il mio amico Paolo Manzelli ed io abbiamo dimostrato in numerosi articoli (1-10). Riconoscendo anche una Matrice Spazio/Temporale a 4 Dimensioni, in cui ci sono però 2 SD e 2 DT, che forniscono una informazione simultanea, non regolata dalla vecchia, fuori moda, deterministica fisica classica, ma dalla evoluzione fisica quantistica (*entanglement* e *disentanglement*) noi finalmente possiamo comprendere perchè, per esempio, la prima fase dell'attività ormonale è “simultanea” al reale inizio di qualsiasi stimolazione (per esempio, la pressione digitale “intensa” applicata sopra un osso, come il radio, è simultanea all'aumento di volume del pancreas, in risposta alla osteocalcina endogena!) (16). La seconda fase dell'attività ormonale, di differente natura, è causata dal legame dell'osteocalcina con il suo recettore, situato nella membrana esterna della cellula beta delle isole di Langerhans (10, 21, 22).

In conclusione, l'umanità ha urgente bisogno di medici, editori e revisori liberi da condizionamenti economici, imposti dal potere, e dalla mente aperta, inevitabile *Anfangspunkt* per i Progressi della Medicina, come io ho affermato in precedenti articoli (7, 24-28).

Di conseguenza, la Medicina ha mostrato eccellenti progressi nel campo della semeiotica fisica, esitati nella nascita della Diagnostica Psicocinetica, illustrati in precedenti articoli (7, 23-28).

Mio commento nel Forum della Federazione Argentina di Cardiologia il 226 agosto 2010:

----- Original Message -----

From: [Foro AmiCOR-FECC - ProCOR-FAC](#)

To: epi-pcvc@fac.org.ar

Sent: Tuesday, August 24, 2010 1:06 AM

Subject: [AMICOR-FECC] Seguridad con bloqueantes del receptor de angiotensina

Epidemiology and Cardiovascular Prevention Forum

AmiCOR FECC Forum

Argentine Federation of Cardiology - CETIFAC

Epi-PCVC@fac.org.ar

<http://mail.fac.org.ar/mailman/listinfo/epi-pcvc>

Reaccion de los organismos regulatorios

El Comité de Productos Medicinales para Uso Humano de la EMA (European Medicines Agency) informó en junio que comenzó, por pedido de Italia, la revisión del posible riesgo de cáncer en pacientes tratados con inhibidores del receptor de la angiotensina.

El Comité revisará completamente el metaanálisis junto con otros datos disponibles, incluyendo datos de estudios clínicos y epidemiológicos, para aclarar si existe un incremento de riesgo en pacientes que toman estos fármacos.

Opinará también sobre la necesidad de cambios futuros en la información del producto o planes para manejar el riesgo.

Saludos Gustavo Alcala.

Epi-PCVC mailing list

Dear FAC Friends,

a part from the FACT that exclusively individuals, involved by ONCOLOGICAL TERRAIN-Dependent, Inherited Real Risk, in one (or more) biological system, bedside recognized with a STETHOSCOPE since individual's birth, **may** be suffer from CANCER, solid and liquid (1-11), italian physicians, including ONCOLOGISTS, as well as competent italian NHS Authorities "*seem*" to ignore, at my best knowledge, I shall continue to swallow every day 10 mgr Ramipril, though I am positive for "RESIDUAL", innocent, variant form of ONCOLOGICAL TERRAIN, due to AMI outcome, I suffered in 2001, without environmental risk factors (about 300, too much!), because ITALIAN cardiologists, italian University Professors, Teachers, a.s.o., did AND do not know what does it mean CAD Inherited Real Risk (12-16).

I am ready - since ever - to face above-mentioned italian Colleagues to discuss with them about such as important, but overlooked, Medicine topics: CAD, Diabetes, CANCER, are today's growing epidemics! From the above distressing remarks, I hope that neither FDA, nor other *so-called* International Health Authorities will retire the angiotensin inhibitors from market, because "El Comité de Productos Medicinales para Uso Humano de la EMA (European Medicines Agency) informó en junio que comenzó, por pedido de Italia, la revisión del **posible** (bold type is my, Ndr!) riesgo de cáncer en pacientes tratados con inhibidores del receptor de la angiotensina".

In this epochal research MUST be enrolled exclusively patients POSITIVE for ONCOLOGICAL TERRAIN. Otherwise, such as research is FUNDAMENTALLY biased, as a lot of formers, published in famous peer-reviews (17).

Sergio Stagnaro MD

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010
Ph 0039-0185-42315
Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it ;
dottsergio@semeioticabiofisica.it

1) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004.

2) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004.

3) Stagnaro Sergio. Bed-Side Prostate Cancer Detecting, even in early stages ("Real Risk" of Cancer): BMC Family Practice, 6:24 doi:10.1186/1471-2296-6-24
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/24/comments#202466>

- 4) Sergio Stagnaro Mitochondrial Bed-Side Evaluation: a new Way in the War against Cancer (21 December 2005). Cancer Cell International
<http://www.cancerci.com/content/5/1/34/comments#218502>
- 5) Stagnaro S. Genes and Cancer: a clinical view-point. The Oncological Terrain. BioMed Central Informatics, 2004. <http://www.biomedcentral.com/1471-2105/5/21/comments#10454>
- 6) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Oncological Terrain, conditio sine qua non of Oncogenesis, GUT, 2004. http://www.gutjnl.com/cgi/eletters?lookup=by_date&days=60
- 7) Stagnaro Sergio. "Genes, Oncological Terrain, and Breast Cancer", World Journal of Surgical Oncology. 2005, <http://www.wjso.com/content/3/1/45/comments#205475>
- 8) Stagnaro Sergio. GPs , Biophysical Semeiotics, and bedside cancer diagnosis. 08 July 2007, International Seminar of Surgical Oncology,
<http://www.issoonline.com/content/4/1/11/comments#281539>
- 9) Stagnaro Sergio. Overlooking Oncological Terrain and oncological Real Risk, no paper is updated! 18 January 2008 Ann. Intern Med. <http://www.annals.org/cgi/eletters/147/11/775>
- 10) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 11) Caramel S., Stagnaro S. The role of mitochondria and mit-DNA in Oncogenesis. *Quantum Biosystems* 2010, 2, 221-248,
[http://www.quantumbiosystems.org/admin/files/QBS%202\(1\)%20250-281.pdf](http://www.quantumbiosystems.org/admin/files/QBS%202(1)%20250-281.pdf)
- 12) 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>
- 13) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 14) Caramel Simone. Coronary Artery Disease and CAD Inherited Real Risk
<http://ilfattorec.altervista.org/cad.pdf>
- 15) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD Biophysical- Semeiotic Inherited Real Risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. Photodiagnosis and photodynamic therapy, Elsevier, Vol. 5 suppl.1 August 2008 issn, pag s-17. Abstract also in www.melatonina.it, URL <http://www.melatonina.es/articulos/55-2008-09-01.html>
- 16) 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. www.athero.org, 29 April, 2009
<http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 17) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>

Realtà Non Locale e Realtà Locale nei Sistemi Biologici.

Nel sito della Harvard University Press, è possibile leggere alla URL <http://www.hup.harvard.edu/catalog/LIBMIN.html>:

“Most notably, Libet's experiments reveal a substantial delay--the "mind time" of the title--before any awareness affects how we view our mental activities. If all conscious awarenesses are preceded by unconscious processes, as Libet observes, we are forced to conclude that unconscious processes initiate our conscious experiences”.

Io ho inviato il seguente commento critico a Contact_HUP@harvard.edu, senza però ricevere alcuna risposta, nemmeno per motivi di buona educazione!

Dear Sirs,

in your wonderful website at the URL <http://www.hup.harvard.edu/catalog/LIBMIN.html>, I've just read "Most notably, Libet's experiments reveal a substantial delay - the "mind time" of the title - before any awareness affects how we view our mental activities. If any conscious awareness is preceded by unconscious processes, as Libet observes, we are forced to conclude that unconscious processes initiate our conscious experiences". Such as sentence is not right, from Quantum Biophysical Semeiotics view-point, www.semeioticabiofisica.it.

Il mio commento critico cercava, purtroppo senza successo, di aggiornare sull'argomento i redattori del "famoso" sito della Harvard University Press.

Infatti, scrivevo che innanzitutto, con l'aiuto di questo strumento clinico, da circa trenta anni ho dimostrato che è possibile, rapidamente e facilmente, valutare funzione e struttura dell'unità microvascolo-tessutale di ogni sistema biologico, incluso il cervello e, di conseguenza, valutare l'attività biologica del relativo parenchima, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (14-23).

In secondo luogo, sottolineavo il fatto che Benjamin Libet non poteva conoscere la Semeiotica Biofisica Quantistica, da me fondata nel novembre del 2007.

L'Informazione-Energia (EI), secondo il mio amico Paolo Manzelli, è simultanea e non trasmessa con perdita di tempo ed energia, come accade nei sistemi biologici di identica origine embriologica, sia nello stesso individuo, sia da soggetto a soggetto (non necessariamente solo nei gemelli come ho descritto nell'Esperimento di Lory), indipendentemente dalla distanza tra i due individui (1-13).

Per quanto si riferisce alla Biologia ed alla Semeiotica Fisica questo rivoluzionario cambiamento, che fa seguito alla introduzione della fisica quantistica nella Medicina, è già cominciato con notevoli successi. Infatti, gli eventi biologici sono molto più complessi di quanto attualmente ammesso dal determinismo meccanicistico cartesiano, ormai evidentemente rivelatori insufficiente a fornire la spiegazione degli eventi biologici.

Fortunatamente, la presenza della realtà non locale nei sistemi biologici (1-21), chiarisce i meccanismi fisio-patologici alla base degli avvenimenti riferiti sopra, finora sconosciuti oppure interpretati in maniera erronea, come dimostrano gli esperimenti di Benjamin Libet's (8).

Appare interessante il fatto che le conoscenze fondamentali, alla base della Semeiotica Biofisica Quantistica, indicano che in tutti i sistemi biologici, sia umani sia animali (la mia esperienza riguarda cani e gatti!), accanto alla realtà locale esiste la realtà non locale, dove la matrice spazio-temporale è ancora quadrimensionale ma con 2 D/S e 2D/T (1-11).

Come conseguenza di quanto appena riferito, questo tipo di informazione è "simultaneo" nello spazio e "sincrono" nel tempo, come dimostra l'Esperimento di Lory (8). Detto brevemente, l'informazione risulta simultanea in un corpo umano distante chilometri dalla origine della

informazione, la quale inizia quando l'esaminatore invia "colla mente" l'informazione da eseguire. In altre parole il medico stimola "col pensiero" i vari *trigger-points*.

A questo punto, non si comprende perchè sia le numerose predisposizioni alle malattie, cioè le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche (11-15), come il diabete ed il cancro, solido e liquido, sia i relativi reali rischi congeniti, riconosciuti quantitativamente con un fonendoscopio in pochi secondi, a partire dalla nascita dei singoli individui, sebbene accettate e diffuse attraverso i siti di un grande numero di famose *peer-reviews*, vengano praticamente ignorati dai Servizi Sanitari Nazionali.

Inoltre, la Medicina tradizionale non è in grado di spiegare la maggior parte di eventi biologici, come l'Esperimento di Lory (8), a causa del fatto che essa conosce esclusivamente la Realtà Locale nei sistemi biologici. In realtà, in tutti i tessuti sani, accanto a quella locale esiste anche la Realtà NON-LOCALE, come Paolo Manzelli ed io abbiamo dimostrato in vari articoli (1-16).

Riconoscendo anche la Matrice spazio/temporale quadrimensionale, in cui ci sono 2D/S e 2 D/T, che rende possibile l'informazione simultanea, non regolata dalla vecchia, fuori moda, fisica classica deterministica, ma dalla evoluzione della fisica quantistica (*entanglement e disentanglement*) siamo ora in grado di comprendere finalmente il perchè la prima fase dell'azione ormonale è simultanea al reale inizio di qualsiasi stimolazione.

Per esempio, la "intensa" pressione digitale applicata sopra il radio oppure una vertebra risulta simultanea all'aumento dei diametri pancreatici, espressione della risposta pancreatica all'osteocalcina endogena, utilizzata nella diagnosi di costituzione diabetica e ovviamente di diabete, a partire dalle fasi veramente iniziali! La seconda fase, di differente natura, è causata dal contatto dell'osteocalcina con il suo recettore sulla membrana esterna delle cellule beta delle isole di Langherans (1-14).

Ne consegue, per quanto riguarda gli esperimenti di Benjamin Libet, illustrati specialmente in *Mind Time: "The Temporal Factor in Consciousness"*, alla luce della Semeiotica Biofisica Quantistica, bisogna concludere che è inevitabilmente necessaria una loro nuova interpretazione!

Infatti, nella corteccia parietale correlata al dito del che piede si muove dell'individuo soggetto dell'esperimento, anche se l'esaminatore sta soltanto "pensando" di dare il segnale per il movimento muscolare, per esempio l'alluce destro, la circolazione di base viene lievemente attivata, secondo il tipo I, associato.

Quando poi l'esaminatore dice al soggetto di essere pronto a muovere l'alluce destro contemporaneamente al segnale convenuto, la durata di AL + PL + DL aumenta immediatamente salendo a 7 sec.(NN = 6 sec.), secondo quanto è stato descritto a proposito dei "readiness potentials".

Infine, subito dopo l'inizio del segnale, la Plateau Line sale al suo valore massimo, cioè 9 sec. . (11-13,17-20) (Fig. 1).

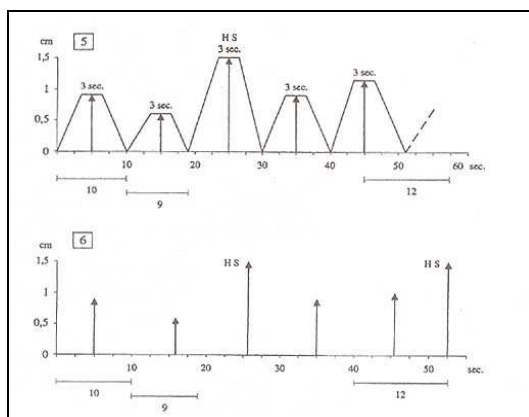


Fig. 1

Quando l'esaminatore comunica all'esaminando di tenersi pronto a muovere l'alluce destro contemporaneamente al segnale convenzionale, immediatamente la durata di AL + PL + DL nella relativa sede della circonvoluzione pre-centrale sinistra sale a 7 sec., analogamente a quanto si osserva nei "readiness potentials". Infine, subito dopo l'inizio del segnale convenuto, l'incremento raggiunge il valore massimo di 9 sec.

Nel sano, la pressione digitale medio-intensa, applicata sopra l'area di proiezione cutanea della corteccia cerebrale parietale sinistra, provoca le fluttuazioni sia del terzo superiore sia del terzo inferiore dell'uretere: vasomotility e rispettivamente vasomotion. Se i valori parametrici di queste fluttuazioni sono trasferiti, magari mentalmente, sopra un sistema di assi cartesiani, il medico ottiene un diagramma ed un tacogramma, ricco di informazioni.

Semeiotica Biofisica Quantistica e Psicocinesi: una utile interazione.

Il termine psicocinesi (dal greco "psyche" e "kinesis"), noto anche come telecinesi, si riferisce alla diretta influenza della mente sopra un sistema fisico che non si può assolutamente interpretare come dovuto alla mediazione di una qualsiasi forma di energia fisica nota. Esempi di psicocinesi potrebbero essere la distorsione o il movimento di oggetti.

Lo studio di fenomeni psicocinetici è notoriamente un aspetto della parapsicologia.

Finora non esisteva una convincente prova scientifica a sostegno della esistenza della psicocinesi. Tuttavia, a mio parere, fondato però su una rigida interpretazione di esperimenti clinici di natura semeiotica-biofisica-quantistica, è giunto il tempo di cambiare la nostra idea a questo riguardo (V. Avanti).

All'inizio dell'aprile 2009, ho iniziato una originale ricerca clinica, accogliendo come ipotesi 0, da falsificare, la possibilità che, in ben definite condizioni sperimentali, l'*entanglement* quantistico potrebbe permettere il collegamento stretto tra il paziente e il medico esaminatore, l'uno distante dall'altro, in modo che le modificazioni dei *trigger-points* nel primo (paziente) potessero provocare identiche modificazioni degli uguali *trigger-points* nel secondo (medico), e viceversa, secondo i dati di mie precedenti ricerche, iniziate con l'Esperimento di Lory (1-11).

Prendiamo come esempio un esaminando, noto fisicamente al medico che a lui sta pensando intensamente al momento dell'indagine (= radio accesa e sintonizzata ad arte!). La "intensa" pressione digitale applicata sul precordio dell'esaminando, cioè sopra la proiezione cutanea del cuore, anche se lontano chilometri dal medico esaminatore, causa "simultaneamente" il riflesso gastrico aspecifico anche nel secondo, soltanto se l'esaminando è colpito da un qualsiasi processo patologico, come la CAD, oppure dal suo Reale Rischio Congenito (4-6, 15). Naturalmente, la intensità del riflesso cardio-gastrico aspecifico risulta differente: non supera lo 0,5 cm. in caso di predisposizione alla CAD, mentre è tanto più elevata in rapporto diretto alla gravità della sottostante patologia.

Ne consegue che, mi sono sentito autorizzato a considerare questo fatto di natura psicocinetica, nel senso che i *trigger-points* cardiaci del medico venivano "simultaneamente" stimolati, con il solo "pensiero", nella stessa maniera di quelli analoghi del paziente, provocando il riflesso cardio-gastrico aspecifico anche nel medico, e, fatto importante, mostrando valori parametrici identici a quelli presentati dall'esaminando per quanto lontano potesse essere dal medico: tempo di latenza, durata, intensità, etc.

In realtà, gli eventi osservati durante l'esperimento sono piuttosto complessi, ma completamente spiegati dalla Semeiotica Biofisica Quantistica (V. Avanti).

A dimostrazione della verità scientifica di quanto sopra riferito sta la possibilità di provocare nel medico il *precondizionamento cardiaco*, applicando, dopo 5 sec. di intervallo dalla prima esecuzione, lo stimolo pressorio col polpastrello digitale direttamente sopra il precordio del medico!

Muovendo da queste basi teoriche – ipotesi 0 da confutare – ho poi compiuto un grande numero di esperimenti, finalizzati ad osservare cosa accade nel “mio” corpo quando stimolo con il solo “pensiero” differenti *trigger-points* di un individuo lontano da me, cioè con la stimolazione eseguita mediante la “mia mente” sopra definiti *trigger points* di un ben definito soggetto, sia sano sia malato, anche se è distante chilometri da me, alla condizione che mi sia conosciuto fisicamente, magari attraverso una fotografia, un film o altro, ignorando ovviamente le sue condizioni di salute. Naturalmente, ho eseguito simili esperimenti anche su individui noti come malati, ma di cui mi era sconosciuta la precisa diagnosi!

Appare assai interessante il fatto che, corroborata la teoria, successivamente, sempre con il solo “pensiero”, ho applicato la stimolazione “mentale” anche direttamente su limitate parti di un tessuto o di un ben definito sistema biologico e non sui relativi *trigger points*, al fine di ottenere una esatta localizzazione dell’eventuale malattia. Per esempio, io sono affetto da esiti di IMA in sede ventricolare sinistra inferiore; esclusivamente quando stimolo “solo pensandolo” la sede precisa della cicatrice esito dell’infarto nel ventricolo sinistro, il tempo di latenza del riflesso cardiogastrico aspecifico scende a 3 sec., mentre è normale (NN = 8 sec.) il tempo di latenza del riflesso provocato dalla stimolazione di tutte le altre sedi cardiache.

Detto altrimenti, quando applico “mentalmente” la pressione digitale sopra tutte le parti del mio cuore, eccetto la sede della cicatrice infartuale, il tempo di latenza è fisiologico: le mie coronarie in queste aree miocardiche sono fisiologicamente funzionanti, sia secondo i dati della coronarografia, sia soprattutto in base ai dati semeiotico-biofisico-quantistici i soli che permettono di valutare il microcircolo coronarico! (1-15).

Questo fatto apre una nuova via diagnostica di notevole interesse. Un solo esempio: il medico “col pensiero” dilata la valvola mitralica dell’esaminando. Nel sano, dopo 8 sec. compare il riflesso gastrico aspecifico che dura meno di 4 secondi.

Al contrario, in caso di patologia, anche se di minima gravità, della valvola mitralica, il tempo di latenza appare accorciato mentre la durata del riflesso allungata, in rapporto – rispettivamente indiretto e diretto – con la gravità della valvulopatia.

A questo proposito, soltanto in presenza di *endocardite* la pressione intensa e circoscritta, mentalmente eseguita ovviamente, provoca il tipico riflesso gastrico aspecifico di tipo infiammatorio, come si osserva in caso di aumentata sintesi delle Proteine della Fase Acuta nel fegato (11).

Nonostante alcuni errori umani e diagnosi tardive, almeno nelle fasi iniziali della malattia, come quelli fatti da Colleghi che lavorano in strutture ospedaliere, le interessanti diagnosi, successivamente corroborate dall’esame obiettivo diretto, dal laboratorio e dalla diagnostica per immagini, comprendono: influenza, pleurite, polmonite, Terreno Oncologico, cancro del seno, atrofi, etc.

In altre parole, fino al giugno del 2009 ho esaminato a distanza, utilizzando la diagnostica psicocinetica, 120 individui e ho fatto le diagnosi cliniche, in seguito corroborate dall’esame obiettivo diretto e/o dal laboratorio e/o dal dipartimento delle immagini, come possono volentieri confermare gli interessati.

Evidenze Cliniche dimostrano la Diagnostica Psicocinetica.

Per una precisa comprensione di quanto segue, il lettore deve ricordare gli eventi microcircolatori alla base del preconditionamento semeiotico-biofisico-quantistico, illustrati in numerosi lavori (6,11-15, 24-30).

Nel sano, il tempo di latenza di un riflesso, per esempio, il riflesso cardiogastrico-aspecifico, provocato dalla pressione digitale di media intensità, applicata sul precordio, è direttamente correlato al livello di ossigenazione tessutale. Nella prima valutazione il suo valore è di 8 sec. esatti, ma, dopo 5 sec. di interruzione a partire dalla fine della prima valutazione, esso sale a 16 sec.,

raddoppiando il valore iniziale, di base, in seguito alla fisiologica attivazione della Riserva Funzionale Microcircolatoria, sulla quale è fondato il preconditionamento stesso.

Inoltre, riferendoci al nostro esempio, la stimolazione con pressione digitale “intensa”, applicata sopra un solo punto della proiezione cutanea cardiaca (= Precordio), anche a distanza di molti chilometri dal medico, non provoca “simultaneamente” il riflesso gastrico aspecifico, sia dell’esaminato sia dell’esaminando (= lo stomaco del soggetto esaminato e del medico esaminatore mostra immutato il suo volume), che naturalmente si osserva dopo 16 sec. esatti con una durata fisiologica inferiore ai 4 sec., in accordo all’Esperimento di Lory (1-10).

A questo punto, se il medico applica “realmente” e per la prima volta, la pressione digitale di “media” intensità direttamente sopra la sua proiezione cutanea del cuore, dopo esattamente 5 secondi dall’esperimento, come accade eseguendo il preconditionamento cardiaco (5, 6, 11, 12, 26, 28), il secondo tempo di latenza sale fisiologicamente a 16 sec. raddoppiando il valore basale, a dimostrazione della avvenuta stimolazione dei *trigger points* del cuore dell’esaminando e di quelli dell’esaminatore durante la stimolazione precedente, iniziale, di base: la teoria diagnostica psicocinetica è corroborata.

Per riassumere brevemente, la stimolazione mediante il “pensiero”, cioè, “mentalmente”, indipendentemente dalla distanza che separa esaminando ed esaminato, rende possibile la realizzazione del preconditionamento di qualsiasi sistema biologico, dimostrando pertanto la verità scientifica, senso e significato di questo tipo di diagnosi, realizzata per la prima volta grazie alla Semeiotica Biofisica. Ho definito l’originale metodo diagnostico con il termine di **Diagnostica Psicocinetica**, che rappresenta lo sviluppo più notevole della Semeiotica Biofisica Quantistica. Quando il medico “pensa” ad un soggetto a lui noto o conosciuto, vale a dire, tiene presente nella propria mente il soggetto da esaminare, fissando la propria attenzione esclusivamente su di lui (analogamente a quando uno accende la radio e la sintonizza su una precisa lunghezza d’onda!), a causa dell’ *entanglement* quantistico attuato con la forza della mente, può comunicare con l’individuo “pensato”, scambiando informazioni utili ed affidabili per la diagnosi ed il monitoraggio terapeutico (1-10). Evidenza sperimentale che siamo parte di un ologramma cosmico.

A questo punto, fatto importante per la comprensione di quanto sopra riferito, bisogna considerare che se la Energia Vibratoria (= ATP) va riducendosi in uno oppure in entrambi gli individui così collegati, lo scambio di informazioni immediatamente si arresta. Infatti, è sufficiente che il medico non respiri per interrompere ogni comunicazione dopo appena 1 sec. Appare interessante il fatto, da me osservato in una sicura esperienza, che le gravi condizioni di salute del paziente, in cui l’attività cardio-respiratoria magari temporaneamente è compromessa, interviene il *disentanglement* dove prima esisteva una ottima comunicazione.

Inoltre, fatto di estremo interesse per il nostro argomento, va sottolineato che se il medico “pensa” l’esaminando come se fosse un individuo spregevole, disonesto, “fingendo” di odiarlo, la comunicazione tra i due non è possibile, secondo il mio parere, dimostrando che l’Informazione Energia è AMORE ed è possibile soltanto in una simile condizione psicologica.

Da quanto sopra riferito deriva che, in precise condizioni ambientali, indipendentemente dalla distanza che li separa, quando il medico stimola con il “pensiero” ben definiti *trigger points* dell’esaminando, con la sola forza della mente, la reazione dei relativi visceri, come il riflesso gastrico aspecifico, si manifesta “simultaneamente” anche nello stomaco del medico, mostrando identici valori parametrici.

Infine, interessante per comprendere la natura quantistica di questi eventi, se sia il medico sia l’esaminando non respirano (= Test dell’Apnea) riducendo significativamente il livello energetico tessutale, in conseguenza della alterazione dell’attività respiratoria mitocondriale, dopo appena un secondo, gli eventi sopra riferiti rapidamente cessano, mostrando la loro reale natura: diminuendo l’Energia Vibratoria (=ATP) del corpo, di conseguenza anche l’Energia Informazione, secondo P. Manzelli, si riduce rapidamente così che l’ *entanglement* quantistico si interrompe rapidamente dopo appena un secondo (= *disentanglement*) (1-10).

Bibliografia

- 1) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
- 4) Stagnaro Sergio. Pollio's Sign in bedside Recognizing renal Cancer, since its initial Stage of Inherited, Oncological Real Risk. Sunday, March 22, 2009. <http://sciphu.com/>
- 5) Stagnaro Sergio. La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. www.fce.it 02-05, 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47
- 6) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008 http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47
- 7) Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17 <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
- 8) 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>
- 9) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it, 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 10) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it/>
- 12) 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/>
- 13) 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/>
- 14) Stagnaro Sergio. Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009. <http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 15) Stagnaro Sergio. Stagnaro Sergio. CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxigenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 16) Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47 e alla URL <http://www.clicmedicina.it/pagine-n-32/diabete-semeiotica.htm>
- 17) Stagnaro S., Valutazione percusso-ascoltatoria della microcircolazione cerebrale globale e regionale. Atti, XII Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. 13-15 Ottobre, Salerno, e Acta Medit. 145, 163, 1986
- 18) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994

- 19) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. *Acta Med. Medit.* 5, 141, 1989.
- 20) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1988.
- 21) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_Biofisica_Quantistica.htm
- 22) Stagnaro Sergio. Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. *The Lancet*. March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalComments=1>, and especially www.fce.it, <http://www.fceonline.it/docs/stagnaro.pdf>
- 24) Stagnaro Sergio. Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. *The Lancet*, January 28, 2008. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608601014/comments?action=view&totalComments=2>; See <http://www.fceonline.it/docs/stagnaro.pdf>
- 25) Stagnaro Sergio. Comment to “Liz Wager: If comment is cheap why is peer review so expensive?”. www.BMJ.com, April 17th, 2009, <http://blogs.bmj.com/bmj/2009/04/16/liz-wager-if-comment-is-cheap-why-is-peer-review-so-expensive/#comments>
- 26) 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.
- 27) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today’s Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 28) Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture*, V Virtual International Congress of Cardiology, 2007. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 29) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolari di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 30) Stagnaro S., Singh RB. Influence of Nutrition on Premetabolic Syndrome and Vascular Variability Syndrome. Editorial, *The Open Nutrition Journal*. Bentham Sci. Publish. *In press*.

Appendice.

Dall'Esperimento di Lory alla Diagnostica Psicocinetica. Ruolo fondamentale della Realtà Non Locale in Biologia.

di Sergio Stagnaro*

L'articolo è stato pubblicato nel sito . www.fce.it, il 18 di gennaio del 2010 alla URL <http://www.fceonline.it/images/docs/lory.pdf>

"Ci sono più cose in cielo e in terra, Orazio,
di quante ne sogni la tua filosofia".(William Shakespeare)

Quando nel 1982 un'equipe di ricercatori dell'Università di Parigi, diretta dal fisico Alain Aspect, ha condotto quello che potrebbe essere considerato il più importante esperimento del ventesimo secolo, nessuno immaginò quale importanti rivoluzioni avrebbe provocato nella Medicina.

Aspect ed il suo *team* hanno scoperto che, sottoponendo a determinate condizioni particelle subatomiche, per l'esattezza due elettroni accoppiati con *spin* contario, esse sono capaci di comunicare "simultaneamente" l'una con l'altra. L'esperimento di A. Aspect, corroborato clinicamente da chi scrive con l'Esperimento di Lory (1), illustrato brevemente di seguito, è stata la prima verifica della possibilità di Teletrasporto di pura informazione.

Tale fenomeno necessita di una nuova, originale, spiegazione in quanto se viene considerato nel quadro delle cognizioni tradizionali ad esso si può dare soltanto una delle due risposte:

- a) la teoria di Einstein, che esclude la possibilità di comunicazioni più veloci della luce, è da considerarsi errata;
- b) le particelle subatomiche sono connesse "non-localmente"; esse sono in comunicazione in un'altra dimensione dello spazio-tempo (1-7).

Poiché la maggior parte dei fisici nega la possibilità di fenomeni che si svolgono ad una velocità superiore a quella della luce, l'ipotesi più accreditata è che, con l'esperimento di Aspect, sia stata offerta la prova che il legame tra le particelle subatomiche sia effettivamente di tipo "non locale".

Un campo NON LOCALE e quello nel quale non è possibile misurare contemporaneamente "posizione e velocità" della particella Quantistica (Comunicazione personale dell'amico Paolo Manzelli, Direttore di Ego-Creanet).

Nel libro "La realtà quantistica", Nick Herbert afferma che la non-localizzazione delle particelle spiegherebbe questa loro "simultanea" comunicazione non mediata né da campi né da nessun altro fenomeno sperimentato in campi di struttura spazio temporale Euclidea, proprio perchè in un mondo tridimensionale nello spazio e mono-dimensionale nel tempo, si ammette che la Informazione così come la Energia e la Materia debba essere trasferita tra due posizioni localizzabili in termini di coordinate Cartesiane. Pertanto la "simultaneità" degli eventi è considerata del tutto fortuita e fenomeni di simultaneità di informazione quali la telepatia o l'empatia sono considerati privi di ogni possibile spiegazione scientifica.

Ne consegue che i nostri concetti tradizionali di spazio e tempo vengono messi nuovamente in discussione, come d'altra parte era accaduto rispettivamente con la teoria della relatività e la meccanica quantistica.

Il modello non-locale della realtà può addirittura condurre la fisica teorica ad includere molti eventi osservati in Biologia con la Semeiotica Biofisica, finora rimasti senza spiegazione alcuna.

Nel 1964 il fisico irlandese John Stewart Bell, dimostrò l'effettiva esistenza di un mondo non localizzato.

In realtà, il "Teorema di Bell" permette di confutare l'ipotesi secondo cui il mondo è intrinsecamente localizzato, una teoria quella "locale" risultata fortemente limitativa e riduttiva

della possibilità umana di conoscenza. Fin dai tempi antichi, se non antichissimi, la teoria della Non Località è considerata complementare a quella Locale, per lo meno in ambito esoterico. Ai giorni nostri i fenomeni osservabili che necessitano la ammissione di una teoria dello spazio tempo non locale, sono veramente tanti, e aumentano a vista d'occhio. Gli studiosi coraggiosi, i ricercatori all'avanguardia e fisici eminenti che cominciano ad appoggiarla, come ricorda Lucio Giuliodori: Capra, Bateson, Prigogine, Laszlo, Jantsch, Talbot, ed ora anche nel campo della Biologia, come di seguito riferito sulla base dei dati della Semeiotica Biofisica, ovviamente prima che diventasse Quantistica.

Infatti, dalle teorie del Fisico Quantistico David Bohm, si evince che le energie elettromagnetiche e l'intera realtà fisica, sono create dalla prodigiosa e "magica" natura delle particelle subatomiche, le quali, incredibilmente, si presentano sotto il duplice aspetto di particelle e di onde.

In sostanza, secondo Bohm, contro ogni apparenza legata al "tradizionale" modo di conoscere la realtà (= riduttivamente considerata solo materia-energia, e non anche informazione, come insegna Paolo Mengazzi con esemplare chiarezza ermeneutica), le particelle non sono entità individuali, ma estensioni di uno stesso organismo, e il fatto che appaiano separate, deriva dalla nostra incapacità di vedere la realtà nella sua interezza. Ad altro livello, dice l'elisabettiano John Donne che "Nessun uomo è un'isola, /completo in se stesso;/ogni uomo è un pezzo del continente,/una parte del tutto". A tutto oggi appare come sconvolgente il fatto dimostrato dal grande fisico con gli ologrammi di un oggetto prodotti dal laser: la minima parte dell'ologramma di un oggetto contiene l'oggetto intero, come nella geometria di Mandelbroth la forma del tutto è conservata in ogni sua parte, indipendentemente dalla scala utilizzata: la natura della realtà è olografica e svolge un ruolo centrale nella Diagnostica Psicocinetica (8,9).

L'attuale neurofisiologia insegna la non esistenza della localizzazione dei ricordi, il che rende più agevole la comprensione della rapidità con cui ricordiamo un singolo evento tra miliardi e miliardi di informazioni contenute nel nostro cervello, come dimostrano, per esempio, le ricerche di Karl Pribram neurofisiologo dell'Università di Stanford.

A questo punto, è opportuno ritornare al mondo microscopico, dove le particelle presentano la duplice natura di corpuscoli e onde. Da tale sostanziale ambiguità, consegue l'indeterminazione della contemporanea misurabilità della posizione della particella e del moto oscillante ed avvolgente dell'onda ad essa associata. Pertanto dal punto di vista della costruzione di una immagine la coppia "onda/particella", non dà adito ad alcuna possibilità di costruirne un modello di forma geometrica. Con insuperata chiarezza Paolo Manzelli insegna che "nella Meccanica Quantica, la forma degli elementi costituenti la materia e la energia, assume prevalentemente la forma descritta dalle equazioni matematiche, che sono funzionali ad individuare la probabilità di localizzazione delle particelle del microcosmo, definendo contemporaneamente la possibile direzionalità dell'onda in termini vettoriali". Notoriamente, la nostra immaginazione non riesce facilmente a fare a meno di dare forma agli eventi, perchè il cervello non è incline a perseguire forme matematiche del tutto astratte come struttura fondante la propria capacità intuitiva. "L'immagine è più importante della conoscenza", affermò Albert Einstein.

Come sostiene appunto Paolo Manzelli, sulla base dei risultati dell'attuale neurofisiologia, per poter costruire l'immagine il nostro cervello, oltre alla materia ed energia (= realtà che ci circonda, di cui facciamo parte, come afferma Proust, sebbene senza conoscerla e conoscerci), ha un indispensabile bisogno di "PURA INFORMAZIONE" (I) , cioè' di una TRIADE DI FORME DI ENERGIA. La terza forma fondamentale della Energia è quella composta da Pure Onde derivanti dalla interazione della Energia codificata come vibrazioni (E) e di quella codificata come Materia (M). La somma totale delle tre forme di Energia delinea una più completa dimensione del "Principio della Conservazione della Energia Totale" (1-7).

REALTÀ NON-LOCALE IN BIOLOGIA: ASPETTI TEORICI E PRATICI.

Per la prima volta, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica, prima del 2007 non ancora Quantistica, ho osservato un numero veramente notevole di fatti non spiegabili con le conoscenze di fisiologia e biologia di allora, a causa della erronea credenza che la realtà nei sistemi biologici fosse solo

“locale”.

Per illustrare alla meglio la valenza astratta dei concetti, procedo con pochi esempi, estremamente chiari anche ai non addetti ai lavori.

A) Il drenaggio linfatico manuale di una mammella (= Test della Suzione Simulata, nel mio sito citato sopra) provoca l'incremento significativo della locale vasomozione (= fluttuazione dei microvasi, in seguito alla migliorata condizione perivascolare o periangio) con conseguente incremento dell'ossigenazione istamica: nella donna sana, il tempo di latenza del riflesso mammella-gastrico aspecifico di base è 9,5 sec. ma sale a 19 sec., raddoppiando cioè il valore di base, dopo il drenaggio linfatico (= riduzione della "free water" interstiziale e quindi aumento della locale viscosità dell'interstizio. Simultaneamente, il miglioramento interessa anche l'ossigenazione della mammella controlaterale! Non si osserva, invece, nessun miglioramento dell'ossigenazione in altri sistemi biologici.

B) L'applicazione sulla proiezione cutanea del cuore di **NIR-LED** (Near Infra Red-Light Emitting Diode), stimolando notoriamente l'attività respiratoria mitocondriale, come ho dimostrato per la prima volta dal punto di vista clinico (26), causa l'innalzamento statisticamente significativo dell'ossigenazione miocardica: nel sano, indipendentemente dall'età, sesso e razza, il tempo di latenza basale del riflesso cuore-gastrico aspecifico è di 8 sec. esatti. In seguito agli effetti della NIRLED

il tl. sale a 16 sec., ancora una volta cioè il tl. raddoppia. Simultaneamente, appena iniziata l'applicazione, raddoppia anche il valore di ossigenazione nel polpastrello: il tempo di latenza basale del riflesso polpastrello digitale-gastrico aspecifico passa dal valore di base di 8 sec. a 16 sec.

C) La palpazione ritmica di un articolazione, per esempio il ginocchio destro (ma anche l'applicazione sulla stessa articolazione di **NIR-LED**), causa in loco attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, ed aumentato apporto di materia-energia-informazione al locale parenchima (= la "flow-motion" appare immediatamente accentuata). Simultaneamente, l'ossigenazione del ginocchio controlaterale e di tutte le altre articolazioni risulta aumentata, raddoppiando il valore basale. Analogamente, la stimolazione del trago di un orecchio provoca simultaneamente gli stessi fenomeni microvascolari appena descritti nell'orecchio controlaterale. Al contrario, in questa condizione sperimentale, non si rileva nessuna modificazione dell'O₂ tessutale in altri apparati e tessuti (8-25).

E' necessario sapere che non esistono correlazioni nervose che possano rendere ragione di questi fatti (via riflessa); l'unica spiegazione soddisfacente delle immediate variazioni microvasali a distanza è rappresentata dalla teoria della realtà non-locale, fondata sull'embriogenesi.

Infatti, in tutti gli esempi riferiti, e naturalmente in molti altri non riportati per motivo di spazio, la risposta “a distanza” alla stimolazione fisica si manifesta esclusivamente in tessuti composti da cellule con identica origine, in accordo con la vecchia denominazione di “memoria embriologica”.

I dati semeiotico-biofisici, oggi anche quantistici, brevemente riferiti, a mio parere, possono offrire una risoluzione a problemi finora aperti, come i meccanismi d'azione della terapia omeopatica e dei risultati di terapia antiaggregante e vaso-protettiva con somministrazione di acido-acetilsalicilico a dosaggi "minimi", a confronto del numero di piastrine e di endoteli (11-33).

L'Esperimento di Lory

L'esperimento di Lory (1), in rete su numerosi siti, è fondato sul fatto che “tutte” le componenti subatomiche e quindi atomiche e molecolari strutturate a formare una cellula e l'insieme cellulare o parenchima, sono correlate sia tra loro sia con “tutte” le altre di identica derivazione embriologica, in uno spazio quadridimensionale, 2 D/S e 2 D/T, volutamente ignorato dalla Medicina Tradizionale, in cui appunto avviene il groviglio, l'intreccio (*entanglement*) di due elettroni, come era stato osservato da Aspect nel suo celebre esperimento.

L'effetto dell'*entanglement* comporta che l'informazione assume una dimensione “non-locale” infatti i due elettroni staccati ed allontanati nello spazio (dis-entangled), si comportano in modo identico di fronte a qualsiasi misurazione o perturbazione apportata su uno soltanto di loro, come se fossero ancora a contatto, infatti essi mantengono la capacità di effettuare una azione di

comunicazione simultanea a distanza. Pertanto la spiegazione semplice di questo apparentemente strano comportamento – noto come Esperimento di Aspect – risiede nell'esistenza di una realtà "non-locale" accanto a quella più nota, la realtà locale, in cui viviamo, e da chi scrive dimostrata di decisiva importanza anche nella attività di sistemi biologici.

Se pensiamo alla natura degli elementi sub-atomici, che formano il nostro stesso corpo, come insegna Schrödinger, di duplice natura, particelle, localizzata, e onde, non localizzate, comprendiamo che soltanto la prima è localizzabile in uno spazio cartesiano, mentre la seconda sfugge a qualsiasi localizzazione.

Ne deriva il "principio di indeterminazione". Infatti, di un elettrone in movimento possiamo "separatamente" calcolare prima la posizione (P) e poi la velocità (V), mentre non risulta possibile misurare entrambe le variabili (P e V), contemporaneamente. Se però associamo a ciascuna particella dell' esperimento di Aspect, una onda si osserva che, mentre le particelle si separano, le due onde associate rimangono intrecciate. Tra le due particelle rimane attiva una comunicazione *simultanea* di informazione coerente.

Se l'intreccio tra le onde associate a particelle "entangled", risulta attivo in una dimensione universale, allora è possibile concepire che l'universo si auto-organizza attraverso l'entanglement delle particelle, collegando le singole parti di questo ologramma cosmico che si evolve in comunicazione *simultanea* tra le sue parti.

L'esperimento di Lory, si può così riassumere, offrendone una esemplare descrizione operativa: la pressione digitale applicata sopra una parotide oppure una ghiandola salivare sottolinguale, di una sorella gemella "monovulare" (l'esperimento è stato eseguito la prima volta su due gemelle, ma ovviamente è valido indipendentemente dal sesso!) "simultaneamente" si osserva l'attivazione microcircolatoria tipo I, associato, del pancreas dell'altra sorella gemella, indipendentemente dalla distanza che le separa: metri o chilometri (1-7, 27, 28)

E' noto che una volta il pancreas era definito e conosciuto come la ghiandola salivare intestinale. Uno dei miei esperimenti è stato condotto con successo su due gemelle, di cui l'una era a Pavia e l'altra a Riva Trigoso! La "simultaneità" appartiene alla realtà "non locale", che presenta una matrice Spazio/Tempo a 4 Dimensioni, ma con coordinate 2 D S + 2 DT, cioè bidimensionali nello spazio e nel tempo, come insegna Paolo Manzelli.

A questo punto, appare oltremodo interessante l'analogia dell'esperimento di Lory, *microscopicobiologico*

con quello "microscopico-subatomico" di Aspect.

E' evidente che la Medicina Ufficiale, teoricamente debole, ma dai risultati pratici apparentemente epocali, compie passi da gigante, dai piedi però d'argilla (29), incapace di offrire soddisfacenti spiegazioni a questi FATTI, a causa dell'inesistenza di collegamenti nervosi tra le strutture sopra citate, che potrebbero giustificare al massimo la trasmissione di informazione a partire dai tessuti stimolati. La Medicina Tradizionale, in realtà, è impotente nell'offrire verosimili spiegazioni all'esperimento, da me compiuto per la prima volta, e a numerosi altri segni della Semeiotica Biofisica Quantistica. I casi sopra descritti, infatti, non sono spiegati con la "trasmissione" di informazione, che richiede Tempo e dispendio energetico. Il termine "simultaneità" dell'informazione, concetto ignorato dalla Medicina tradizionale, tanto orgogliosa di trionfi facilmente criticabili, quanto inadeguata, si riferisce ad una concezione della matrice spazio/tempo estranea ai Medici di questa Era dei Lumi Spenti, Medio Evo della Medicina. Un solo esempio a sostegno della mie affermazioni: il trapianto di cuore in un malato di cinquant'anni, diventato lentamente cardiopatico perché colpito da reale rischio coronario dalla NASCITA, non diagnosticato a causa del fatto che nessun medico e cardiologo italiano conosce (meglio dire, vuole conoscere) il congenito rimodellamento microcircolatorio coronarico, caratterizzato dai Dispositivi Endoarteriolari di Blocco, tipo I, sottotipo b) aspecifici, da me scoperti (30, 31).

Ricordo che l'esperimento di Lory può essere attuato secondo molte varianti, il cui meccanismo fisio-patologico di base però è identico. Per esempio, i medici conoscono – meglio dire, dovrebbero conoscere – la cosiddetta vasodilatazione flusso-mediata, ovviamente nel sano, cioè la dilatazione di

una arteria causata dall'aumento del flusso ematico all'interno del vaso, indipendentemente dalla causa dell'incremento dello shear-stress, provocante la fisiologica liberazione di NO radicalico da parte dei locali endoteli. In realtà, i meccanismi di questi affascinanti eventi biologici sono molto più complessi e conosciuti a pochi medici. Infatti, non si tratta affatto soltanto di "vasodilatazione" ma di intensificazione delle fluttuazioni vaso-parietali e, soprattutto, di attivazione microcircolatoria tipo I, associato, che i medici non conoscono ancora.

Se in un soggetto, noto al medico che in quel momento lo sta esaminando con la Diagnostica Psicocinetica (V. mio sito) improvvisamente è aumentato il flusso ematico in una arteria brachiale mediante la riduzione rapida della pressione di un bracciale da sfigmomanometro, opportunamente collocato e precedentemente gonfiato al massimo, anche nel medico esaminatore "simultaneamente" e temporaneamente raddoppia l'ossigenazione dei tessuti distali (ad es., nei polpastrelli digitali), indipendentemente dalla distanza, ancorchè kilomtrica tra gli esaminandi. Questi fatti sperimentali sono alla base della Diagnostica Psicocinetica, ultimo sviluppo della Semeiotica Biofisica Quantistica (8, 9).

Bibliografia

1. 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>
2. Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17
<http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
3. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica. 15 Dicembre 2007
<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
4. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
5. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica di Epatopatia . Dicembre 2007,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
6. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
7. Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008.
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47)
8. Stagnaro Sergio. Diagnostica Psicocinetica, Evoluzione della Semeiotica Biofisica Quantistica. 30 maggio 2009, URLs:
<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4823> ;
<http://www.semeioticabiofisica.it/semeioticabiofisica/Biografia.htm> ;
<http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm> ;
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=11161&Itemid=47 ;
<http://fai.informazione.it/search.aspx?whclau=quantistica+> ;
<http://ilfattorec.forumfree.net/?t=40120464&view=getlastpost#lastpost>
9. Stagnaro Sergio. La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo. <http://www.fcenews.it>, 15, giugno 2009.
<http://www.fcenews.it/docs/diagnostica2.pdf> ; www.altrogiornale.org,
<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4889> ;
<http://www.nonapritequelportale.com/?q=la-psicocinesi-esiste-funziona> ;
<http://unlocktor.altervista.org/forum/viewtopic.php?t=1192&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=&sid=af35aa98b69d6f08d116f65d34b55827> ;
http://www.spaziente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corrobora_la_psicocinesi.pdf
10. 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/>
11. Stagnaro Sergio. Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=readresponse&doi=10.1371/journal.pmed.0020107>
 12. 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/>
 13. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Modificazioni della viscosità ematica totale e della riserva funzionale microcircolatoria in individui a rischio di arteriosclerosi valutate con la percussione ascoltata durante lavoro muscolare isometrico. *Acta Med. Medit.* 6, 131-136, 1990
 14. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Moscatelli G., Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. *Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med.* 155, 125,1996.
 15. 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.
 16. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. *Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med.* 153, 99, 1994.
 17. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004 www.travelfactory.it
 18. Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. *Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere.* Vol. XXXIV,1978
 19. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. *Acta Med. Medit.* 13, 125, 1997.
 20. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: valutazione clinica 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 – *Acta Med. Medit.* 13, 99,1997.
 21. Stagnaro S. Semeiotica Biofisica, Geobiofisica e Geopatie. <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>)
 22. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
 23. 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>
 24. Stagnaro Sergio Endothelial cell function can ameliorate under safer drugs, such as Melatonin-Adenosine. *BMC Cardiovascular disorders.* <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/4/comments> 2004
 25. Stagnaro S., Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. *Min. Med.* 76, 1211, 1985 [Medline]
 26. Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000.
 27. Stagnaro-Neri M. Stagnaro S., Diagnosi percusso-ascoltatoria e monitoraggio terapeutico della sindrome Magnesio-carenziale. *Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med.* 147, 259,1988.
 28. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Percussione Ascoltata della Sindrome Ferro-Carenziale. *Med. Praxis* 17, 4, 1, 1986.
 29. Stagnaro Sergio. Diagnosi clinica di cuore sano in un secondo! 7 Aprile 2008. www.fce.it.http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1218&Itemid=47
 30. Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo

in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008

http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47

31. Sergio Stagnaro. La Medicina Occidentale: un Gigante dai Piedi d'Argilla. 4 Gennaio. 2010, www.fce.it, <http://www.fceonline.it/images/docs/gigante.pdf>

32. Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. Lecture, V Virtual International Congress of Cardiology.

33. Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolari di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.

"The foolish faith in authority is the worst enemy of truth."
Albert Einstein

Cap. 15

L'Esame obiettivo nella Diagnostica Psicocinetica.

Come ho riferito nel capitolo precedente, dedicato alla descrizione della Diagnostica Psicocinetica, a partire dal novembre 2007, in numerosi articoli ho illustrato le basi della Semeiotica Biofisica Quantistica (1-10). Dalla loro lettura appare evidente che con l'impiego della originale semeiotica fisica è possibile riconoscere in pochi secondi le varie costituzioni ed i relativi reali rischi congeniti, che predispongono ai rispettivi processi morbosi, accelerati ed aggravati, ma certamente non causati, dai circa 300 fattori ambientali di rischio (11-15).

Pertanto, l'accertamento quantitativo delle varie predisposizioni alle più comuni malattie rappresenta il punto iniziale dell'esame obiettivo condotto con la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Infatti, solo conoscendo le patologie a cui il soggetto da esaminare è predisposto, il medico può razionalmente, con successo e rapidamente indirizzare l'esame del malato in modo corretto e non dispersivo. Non ha senso alcuno, per esempio, sospettare e ricercare il diabete mellito, orientando l'indagine in tale direzione, magari richiedendo esami di laboratorio raffinati, se l'esaminando non presenta i segni tipici della costituzione diabetica e del relativo reale rischio congenito.

In altre parole, senza la Costituzione Diabetica un individuo non diventerà mai diabetico, se non in caso di ferita traumatica al pancreas con conseguente danno alla ghiandola!

A questo proposito, bisogna riflettere sul fatto che la Medicina tradizionale, accademica, ortodossa, ammettendo soltanto la realtà locale nei sistemi biologici, non permette di comprendere un grande numero di eventi biologici di eccezionale valore scientifico, come l'Esperimento di Lory (8), che ha portato alla nascita della Diagnostica Psicocinetica.

E' necessario, dunque, aprire la mente a nuovi concetti scientifici che in Italia sono stati accolti per lungo tempo con scetticismo e, poi, con notevole difficoltà e lentamente accettati, nonostante abbiano superato la critica severa, ma onesta, di famosi Editori, come quelli di PLOS, BMJ e Nature, che hanno offerto alla loro diffusione un contributo veramente essenziale pubblicando i miei articoli e commenti critici.

In tutti i tessuti, accanto alla realtà locale, esiste anche la Realtà Non Locale, come ho dimostrato, con la collaborazione di Paolo Manzelli, in numerosi articoli di natura "clinica", le cui conclusioni pertanto sono passibili di falsificazione o corroborazione, utilizzando un semplice fonendoscopio (1-10).

Certamente, per poter giudicare la Diagnostica Psicocinetica, i critici dovrebbero sentire il dovere e la necessità di rispettare la regola aurea di ogni onesto criticismo: conoscere prima perfettamente ciò che essi pretendono di valutare ai fini della falsificazione o della corroborazione, per poterlo infine accettare o meno come scienza.

Detto altrimenti, le cosiddette Autorità in materia di controllo dello sviluppo scientifico-medico, dovrebbero conoscere la Semeiotica Biofisica Quantistica, per poter pretendere di esprimere giudizi "definitivi" sulle scoperte ottenute con questo metodo di diagnosi e di ricerca.

Da numerosi miei studi risulta che esiste anche una Matrice Spazio/Temporale a 4 Dimensioni, in cui però sono 2 DS e 2 DT, che forniscono una informazione simultanea nel tempo e sincrona nello spazio, non regolata dalla vecchia, fuori moda, deterministica fisica classica, ma dalla evoluzione fisica quantistica (*entanglement e disentanglement*).

Pertanto, finalmente possiamo comprendere perchè, per esempio, la prima fase dell'attività ormonale è "simultanea e sincrona" al reale inizio di qualsiasi stimolazione (per esempio, la pressione digitale "intensa" applicata sopra un osso, sia esso il radio e/o l'ulna, nel sano, è simultanea all'aumento di volume del pancreas, in risposta alla osteocalcina endogena, mentre nel

diabetico mostra un tempo di latenza di 2-3 secondi in rapporto alla gravità del dismetabolismo glicidico) (16).

La seconda fase dell'attività ormonale è di differente natura, causata dalla stimolazione diretta dell'osteocalcina legatasi al suo recettore, situato nella membrana esterna della cellula beta delle isole di Langherans (10, 21, 22).

In conclusione, appare urgente e necessario che medici, editori e revisori, mostrino libertà di pensiero, mente aperta e lungimiranza, inevitabili condizioni per il progresso della Medicina, come vado affermando da lungo tempo (7, 24-28).

Purtroppo, questo auspicio non sarà realizzato fino a quando la Medicina non si libererà dalla schiavitù di una Economia, espressione paradigmatica della nietzschiana *Volontà di Volere* (48).

Realtà Non Locale, fondamento della Diagnostica Psicocinetica.

Da trent'anni, con l'aiuto della originale semeiotica fisica, ho fornito le dimostrazioni cliniche e sperimentali che è possibile, rapidamente e facilmente, valutare funzione e struttura dell'unità micro-vascolo-tessutale di ogni sistema biologico, incluso il cervello (14-23).

Appare interessante poi il fatto che il modo di essere e di funzionare del parenchima è correlato con la struttura e funzione del locale microcircolo, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (30-32, 36-38).

L'Informazione-Energia (EI), secondo Paolo Manzelli, è simultanea e non trasmessa con perdita di tempo ed energia, come accade nei sistemi biologici identici dal punto di vista embriologico, sia nello stesso individuo sia da soggetto a soggetto (non necessariamente solo nei gemelli, come ho descritto nell'Esperimento di Lory), indipendentemente dalla distanza tra i due individui (1-13).

Per quanto riguarda la Medicina del futuro, che è già iniziata, per quanto si riferisce alla Biologia ed alla Semeiotica Fisica, gli eventi biologici sono molto più complessi di quanto attualmente ammesso. Finalmente, la presenza della realtà non locale nei sistemi biologici (1-21), chiarisce i meccanismi fisio-patologici alla base degli avvenimenti riferiti in precedenza (8).

Appare interessante che le conoscenze fondamentali, alla base della Semeiotica Biofisica Quantistica, indicano che in tutti i sistemi biologici, sia umani sia animali, accanto alla realtà locale esiste la realtà non locale, dove la matrice spazio-temporale è ancora quadrimensionale, ma con 2 D/S e 2D/T (1-11).

Come conseguenza di quanto sopra, l'informazione nella realtà non locale è "simultanea" nello spazio e "sincrona" nel tempo, come dimostra appunto l'Esperimento di Lory, più volte citato(8).

Detto in poche parole, l'informazione risulta simultanea in un corpo umano distante chilometri dalla origine della informazione, la quale inizia quando l'esaminatore stimola specifici, ben definiti, *trigger-points* soltanto "pensando" di dare la informazione da eseguire.

In altre parole, il medico stimola "col pensiero" i vari *trigger-points*, come dimostra l'evidenza sperimentale (= preconditionamento nel medico, mediante la stimolazione diretta di determinati *trigger-points*, eseguita la PRIMA VOLTA, ma dopo 5 sec. dall'indagine psicocinetica precedentemente attuata).

A questo punto, è difficile comprendere perché sia le numerose predisposizioni alle malattie, cioè le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche (11-15), come diabete, CVD e cancro, solido e liquido, sia i relativi reali rischi congeniti, riconosciuti quantitativamente con un fonendoscopio in un secondo, a partire dalla nascita, sebbene accettate e diffuse attraverso i siti di un grande numero di famose *peer-reviews*, vengano praticamente ignorati dai Servizi Sanitari Nazionali, prolungando in tal modo l'attuale Medio Evo della Medicina e il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico correlato (48).

Nella Realtà Non Locale, l'informazione appare "simultaneamente" nel corpo del medico, lontano assai dal paziente da esaminare, origine dell'informazione stessa, iniziando quando l'esaminatore ordina l'esecuzione della stimolazione di determinati *trigger-points* o di parti, anche delimitate, di un sistema biologico, "pensandolo" semplicemente, cioè virtualmente. Naturalmente, come

nell'Esperimento di Lory, una simile stimolazione può essere attuata “realmente” dallo stesso soggetto da esaminare o da altra persona presente.

Nel soggetto sano da esaminare, se l'esaminatore stimola in modo “intenso”, magari solo mediante il “pensiero”, senza interposta persona, per esempio, i *trigger points* pancreatici (oppure, come vedremo in seguito, direttamente, separatamente e virtualmente la testa, il corpo ed infine la coda del pancreas), simultaneamente nelle isole di Langherans non si osserva attivazione microcircolatoria tipo I, associata.

Ne consegue, nel sano, che la “intensa”, virtuale, stimolazione con il solo “pensiero” del medico, non causa simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico (= il pH pancreatico persiste normale) (11-13,17-20) (Fig. 1).

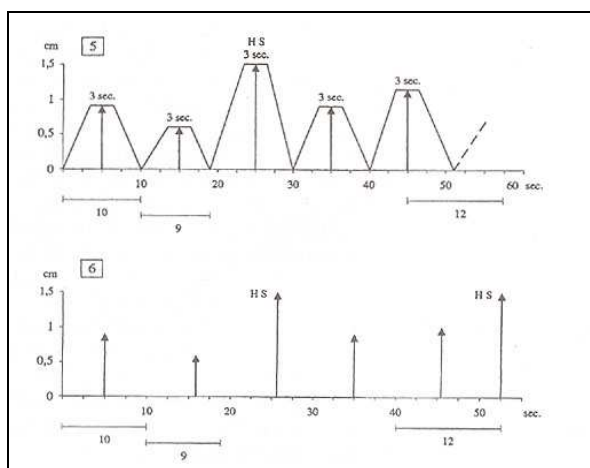


Fig. 1

Nel sano, la pressione digitale “lieve-media”, applicata sopra i trigger-points pancreatici e un pizzicottodi intensità “lieve-media” causano la fluttuazione dei riflessi ureteralei superiore ed inferiore: vasomotion e rispettivamente vasomotility. Se i volumi parametrici di queste oscillazioni – magari mentalmente – sono riportati sopra un sistema di assi cartesiani, si ottiene un diagramma ed un tacogramma molto ricchi di informazioni

Al contrario, in pazienti con diabete iniziale, oppure colpiti dal reale rischio diabetico, dipendente dalla relativa costituzione, nella condizione sperimentale sopra riferita, “simultaneamente” sia nell’esaminando sia nell’esaminato, compare il riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è direttamente correlata con la gravità della sottostante patologia.

Il Principio ologrammatico nella corretta Interpretazione dei Segni raccolti.

Nel periodo iniziale della applicazione della Diagnostica Psicocinetica ho talvolta commesso errori di localizzazione del tipo destra/sinistra, causa di errori diagnostici “parziali” relativi alla sola sede della lesione, ma certamente deludenti.

Questo avveniva quando stimolavo col solo pensiero i *trigger-points* relativi della lesione, mentre se la stimolazione mentale interessava direttamente le lesioni tessutali la sede, destra o sinistra, era correttamente rilevata.

Ho sempre attribuito la errata interpretazione al fatto che, visitando il paziente “come se mi stesse di fronte”, magari guardandolo in una sua foto se non lo conoscevo oppure ne avevo un labile ricordo, la visione ottenuta era del tipo speculare: la mia destra corrispondeva alla sua sinistra e viceversa!

Questo evento non poteva accadere nel procedimento di stimolazione diretta del sistema biologico sofferente, nel senso che era rispettata l'*adequatio rei et intellectus*.

Un giorno di fine anno 2009, mi telefonò una cara amica di Terni, preoccupata perchè il padre anziano, già sottoposto ad intervento chirurgico di cancro polmonare ed in cura per tumore maligno alla prostata (non mi precisò la sede!), notò che rapidamente il ginocchio destro era gonfiato e dolente, tanto da fare temere che si trattasse di metastasi.

Fortunatamente, ero in grado di comunicarle via mail che si trattava di artrosinovite al ginocchio destro in soggetto artrosico; nulla ai polmoni, presente il cancro al lobo "sinistro" della prostata, senza attuali segni di invasione (normali la SISRI, PCR, Sintesi Anticorpale di tipo cronico, Manovra di Restano con esito normale; presente ovviamente il tipico Segno di Massucco, con valori parametrici non intensissimi, eccetera.

In realtà, tuttavia, la sede del cancro era nel lobo destro della prostata, per cui la mia amica, felice per la diagnosi, ringraziandomi per la segnalazione di un pregresso contagio del fegato da parte di virus epatogeni, mi suggerì – trovandomi perfettamente d'accordo – di approfondire le cause di questo errore di localizzazione della malattia, non essendo ormai convincente l'iniziale spiegazione, facilmente evitabile ed evitata.

A questo punto, non riuscendo a trovare una soddisfacente spiegazione alla errata interpretazione dei fenomeni sopra illustrati, mi rivolsi all'amico Paolo Manzelli, nonostante fa festa di Capodanno.

1 gennaio 2010, h 22

Caro Paolo,

incomincio bene il nuovo Anno, dopo aver promesso a me stesso di riposare!

Ho un grosso problema da sottoporvi, che riguarda il "comportamento" delle onde *entangled* nella Diagnostica Psicocinetica. La tua auspicabile spiegazione sarà pubblicata nel libro che ho dedicato a te, praticamente finito, si fa per dire!

Si tratta di questo: io visito COL PENSIERO un paziente standogli DI FRONTE, ed ammettiamo egli soffre di una lesione nell'emisfero cerebrale di destra; se io stimolo COL PENSIERO i TRIGGER-POINTS cerebrali di *sinistra* (cioè la cute che copre l'emisfero di sinistra, SANO) raccolgo IN ME FALSAMENTE i dati patologici.

Quando, stando DI FRONTE al paziente, io stimolo mediante il PENSIERO i suoi trigger-points cutanei di destra (= la parte malata) NON SUCCEDDE nulla, nel senso che osservo IN ME dati fisiologici.

Inoltre, MA questa volta con procedimento CORRETTO, raccolgo gli stessi dati riferiti sopra, quando sia io sia il paziente siamo allineati in FILA, uno dietro l'altro: destra – destra; sinistra-sinistra, tanto per intenderci!

Interessante, indipendentemente dalla posizione nostra, DI FRONTE oppure NO, se stimolo col pensiero dirattamente la parte malata di un preciso sistema biologico (nell'esempio, l'emisfero destro) ottengo SEMPRE dati corretti. Sembrerebbe, in questo secondo caso, che l'*entanglement* non si sottoponga a inversione destra/sinistra o meglio si conservi sempre lo stesso indipendentemente dalla nostra REALE posizione spaziale.

Stando cos' i fatti, la visita secondo la Diagnostica Psicocinetica dovrebbe avvenire con Medico e Paziente posizionati in modo preciso, cioè allineati tipo FILA e non di fronte, per lo meno quando si ricorre ai trigger-points cutanei.

Mi sembra un grande problema da risolvere ... che mi ha fatto fare BELLE figure ... ma parziali!

Attendo una tua spiegazione possibile: ora non riesco a trovare la spiegazione. Nel frattempo pragmaticamente terrò presente (*trials and errors*) l'inversione, sopra descritta, dei SOLI trigger-points cutanei!

Un abbraccio e Auguri
Sergio

Il giorno successivo, di buon mattino, comunico a Paolo interessanti interpretazioni capitatemi durante la notturna riflessione. Queste osservazioni si sono successivamente dimostrate di importanza essenziale e risolutiva per il mio problema.

2 gennaio 2010, h 7

Caro Paolo,

ti aggiunto una informazione, frutto di notturna riflessione, che completa – oppure complica! - quanto scritto ieri sera. Rimaniamo all'esempio citato: paziente con lesione all'emisfero cerebrale DESTRO. Ho osservato che la stimolazione psicocinetica dei SOLI trigger-points cutanei cerebrali agisce, sempre e soltanto, quando sono interessati i trigger-point cutanei "posizionati" alla mia DESTRA.

Inquietante il persistere della "localizzazione" in una realtà NON-LOCALIZZATA!

A questo punto, arrivo al dunque: se col pensiero faccio ruotare il paziente di 90°, *posizionandolo* di traverso al mio asse antero-posteriore, la stimolazione dei trigger-points SIA di destra SIA di sinistra improvvisamente risulta inefficace, nel senso che non provoca nessun segno in me (e in lui, ovviamente!). In quella posizione è raggiunta una zona di silenzio informatico. Naturalmente continua invariata la risposta alla stimolazione psicocinetica del solo emisfero – o meglio area dell'emisfero – sede della lesione.

Mia moglie è preoccupata per me... sotto-voce parla di pazzia, prevedendo un 2010 pessimo. In realtà, NOI geni non siamo pazzi, ma *pazzamente* legati ad una teoria non confutata al momento, ma il cui dinamismo è ancora da spiegare.

Help me, my Beatrice!

Un abbraccio

Sergio

Dopo poche ore il mio prezioso amico mi manda due mail.

Prima mail:

Caro Sergio,

anche mia moglie mi ritiene se non pazzo, insano mentalmente. Le donne hanno ragione nella loro pragmaticità; sarà bene prenderle in attenta considerazione, dato che ci vogliono un gran bene per sopportarci.

Paolo 02/GEN/2010 -

Seconda mail:

Sergio,

purtroppo troppi sono i mistificatori che sarebbero e sono capaci di demistificare ogni avanzamento scientifico.

Pertanto alcune teorie come quella delle relazioni in natura tra Energia, Materia ed Informazione <E/M/I> non sono ancora possibili di una verifica proprio perchè escluse aprioristicamente su in piano teorico riduzionista, meccanico che ancora e' in voga nella mente storico-popolare. Purtroppo troppi maghi e stregoni intuiscono che c'e' un problema irrisolto, ma poi ne fanno una questione di frode e di business , pertanto ti consiglio di agire con prudenza, e sviluppare le tue idee e sperimentazioni cercando di capire le reali opportunità che storicamente ti si offrono come comprensibili e condivisibili.

Un caro Augurio.

Paolo 02/GENN/2010. Firenze.

Il mio caro amico, che da tempo considero la mia guida specialmente nel difficile campo della Bioquantistica, ancora una volta ha dimostrato la sua ineffabile saggezza, senza però potermi essere di qualche aiuto. Subito gli rispondo:

Caro Paolo,

ti ringrazio del consiglio che ovviamente condivido.

Come ti scrissi ieri, traggo vantaggi dalla Realtà Non-Locale in Biologia dal punto di vista diagnostico, anche se non capisco l'intimo meccanismo eziopatogenetico del comportamento funzionale descritto dei SOLI trigger-points.

IL LBRO è pronto, come già ti ho informato (aggiungere si potrà all'infinito, come tu sai benissimo): con calma scriverò un paragrafo inserendovi il nostro scambio di mail.

Quando leggerai il libro, "Semeiotica Biofisica Quantistica. Diagnostica Psicocinetica", ti renderai conto della mole di sperimentazioni illustrate, RIPRODUCIBILI e quindi falsificabili, il che rappresenta la vera Scienza.

Vedi, altro non ho fatto che applicare nella diagnostica medica le tue teorie su E/M/I. Un giorno diranno che le TUE scoperte scientifiche, da me semplicemente utilizzate in Medicina, rappresentano uno sparti-acque nella conoscenza.

Un abbraccio e salutami tua moglie, certamente grandissima per avere un grande marito come te.

Sergio

Allenato durante oltre mezzo secolo di ricerca alla soluzione di innumerevoli problemi, ero certo che non potevo non trovare una spiegazione condivisibile al problema relativo alla errata localizzazione della sede di una lesione, diagnosticata con la Diagnostica Psicocinetica mediante la stimolazione dei soli trigger-points relativi.

Infatti, la mattina del 3 gennaio 2010, alle ore 9,45 ero in grado di informare il mio amico fiorentino che tutto era spiegabile tenendo presente il modello ologrammatico alla base della Diagnostica Psicocinetica.

Caro Paolo,

anche se per me poteva essere sufficiente capire ed applicare le mie scoperte pragmaticamente, cioè come poterle utilizzare in questo mondo dell'Utile e non dell'Amore, sono sempre felice di riuscire ad appagare la mia insaziabile curiosità. Quando ho visto due gemelline monovulari, uguali-identiche, sedute in una carrozzina a due posti, ho trovato la facile spiegazione al mio problema: ho mentalmente visto centinaia di neonate, tra loro somiglianti, che formavano una enorme neonata di uguale aspetto.

Nella diagnostica psicocinetica bisogna riferirci sempre ad una speciale Realtà Non Locale, semanticamente rappresentata da un OLOGRAMMA, secondo cui siamo componenti di un'identica struttura dalle caratteristiche note, dove la destra di UN qualsiasi componente è SEMPRE la destra di TUTTI gli altri. Certamente, ciò vale anche per i sistemi biologici. Per cui, non ha affatto importanza ciò che poi accade nella REALTÀ del misero determinismo, ch'è locale! Tutto quanto è a destra di me, UN singolo componente dell'ologramma, è a destra di tutti gli altri, indipendentemente poi dalla sua "reale" posizione spaziale nel cronotopo a 4 D: 3 D/S ed 1 D/T.

Per me ce ne cresce ed avanza e gli esperimenti mi danno ragione, per la pace del tuo concittadino che si diverte a rotolare palle in discesa...

Un affettuoso abbraccio.

Sergio

PS. Ieri sera da FIRENZE mi telefonò un caro amico, affetto da anemia carenziale, curato bene al Careggi (se però non c'ero io a negare la PRIMA *probabile* DIAGNOSI prospettata, sarebbe morto di paura!). Non si sentiva troppo in forma, come il giorno prima. Diagnostica psicocinetica, telefonatagli dopo due minuti: "Influenza in arrivo che mi permette quindi di dirti che l'anemia va bene come ti dissi recentemente. Piuttosto, tua moglie è colpita già da giorni dal virus influenzale, specialmente al digerente". Risponde da Firenze: " Grazie, avevo paura. Hai ragione, la Gabriella accusava disturbi digestivi e diarrea , per lei strana....."

Un abbraccio
Sergio

Ecco la rapida risposta di Paolo:

Caro Sergio,
sono contento che tu stia bene e auguro che anche tua moglie lo sia.
Certamente la tua diagnosi telepatica non troverà larghi consensi; io stesso, che sul piano teorico la ritengo plausibile, ho una certa ritrosia a capirne a fondo la possibile applicazione. Certamente la telepatia è possibile realmente, ma a mio avviso dipende da un sistema cerebrale ipersensibile alle variazioni di energia di informazione di cui non tutti sono dotati, anche perchè non ritenendolo possibile non lo riescono ad esercitare come fai tu in piena coscienza.

Un caro saluto
Paolo 04/GEN/10 Firenze

Questa il mio immediato commento alla bellissima mail:

Caro Paolo,

questa tua ennesima manifestazione di grande Amicizia verso di me, naturalmente contraccambiata, Amore per il Sapere, superiore Intelligenza ed ineffabile Onestà Intellettuale, mi gratifica per averti dedicato l'ULTIMO mio libro, "**Semeiotica Biofisica Quantistica. Diagnostica Psicocinetica**", che sottoporro al mio Editore Ivano Camponeschi quanto prima. Considero questa mia fatica lo Zenith della ricerca scieintifica nel campo della Semeiotica fisica, iniziata nel lontano 1956.

Grazie, dunque, mia illuminata ed illuminante *Beatrice*.

"Raggiunto il limite del mio tempo", ho la certezza che nel 2050 la Diagnostica Psicocinetica, da me solo iniziata, rappresenterà una Disciplina fondemantale nella Facoltà di Medicina. Sono un facile profeta se alcuni siti famosi, per esempio, *Nature.com*, l'Esperimento di Lory, da cui è nata la Diagnostica Psicocinetica, è diffuso nel mondo!

(http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/05/the_jurys_way_out.html#comments;
http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2008/05/einstein_god_is_human_weakness.html e specialmente:
http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2008/05/einstein_god_is_human_weakness.html).

Auguro ogni Bene a te e a tua moglie. Che Dio ti benedica e dal cielo La Pira ti protegga!

Un abbraccio
Sergio

Un solo esperimento a corroborazione della mia interpretazione: un soggetto sano, posizionato di fronte al medico a qualsiasi distanza, è invitato a dare un pizzicotto alla cute del suo braccio sinistro, provocando una lieve sofferenza cutanea in questa sede.

La stimolazione della cute pizzicata, cioè sofferente, attuata dal medico mediante il pensiero, provoca nell'esaminatore (e nell'esaminando) il riflesso cutaneo-gastrico aspecifico dopo un fisiologico tempo di latenza di 8 sec. con durata inferiore ai 4 sec. (NN = tl 8 se.; durata > 3 sec. < 4 sec.).

Al contrario, se è stimolata col pensiero la cute corrispondente del braccio controlaterale, il destro, indenne dal pizzicotto, il tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico scende a 4 sec. e la sua durata aumenta patologicamente a 5 sec.

Infine, i risultati ottenuti quando l'esaminando, persistendo il pizzicotto cutaneo del braccio sinistro, ruota su se stesso di 90° posizionandosi in fila con l'esaminatore, risultano dello stesso valore parametrico, ma perfettamente corretti in riferimento alla sede della lesione.

La Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora la Psicocinesi.

Finora non esisteva una convincente prova a sostegno della natura scientifica della psicocinesi. Tuttavia, a mio parere, fondato però su una rigida interpretazione di esperimenti clinici in chiave semeiotica-biofisica quantistica, è giunto il tempo di cambiare la nostra idea sulla esistenza e sulla scientificità della psicocinesi (23).

All'inizio dell'aprile 2009, ho iniziato una originale ricerca clinica, accogliendo come ipotesi 0 da falsificare, la possibilità che l'*entanglement* quantistico permetta il collegamento stretto tra il paziente e il medico esaminatore, l'uno distante dall'altro, in modo da rendere possibile uno scambio di IE, così che le modificazioni dei *trigger-points* nel primo (paziente), causate dalla forza della mente mediante il pensiero del medico, potessero provocare identiche modificazioni degli uguali *trigger-points* nel secondo (medico) e viceversa, secondo i dati di mie precedenti ricerche, iniziate con l'Esperimento di Lory (1-11).

Innanzitutto è opportuno presentare una evidenza clinica significativa per l'argomento trattato: in un individuo in posizione supina, il medico delimita l'aorta addominale e le due arterie ileo-femorali (Fig. 1)

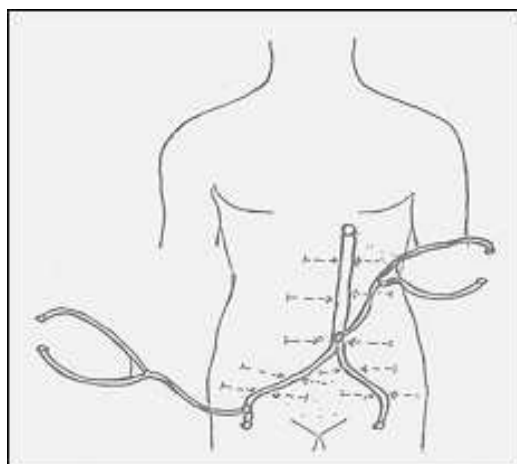


Fig.1

La figura indica chiaramente la corretta posizione del tamburo del fonendoscopio e le linee orizzontali e parallele su cui applicare la percussione digitale, diretta e delicata, che permette di evidenziare l'aorta addominale e le arterie ileo-femorali.

Ripetendo in modo ravvicinato la percussione ascoltata di una arteria, il medico ne valuta il diametro, ovviamente oscillante.

A questo punto, l'esaminatore "col solo pensiero" esercita la pressione sopra l'arteria femorale omolaterale all'inguine: le arterie a monte si dilatano progressivamente, in relazione con l'intensità della pressione virtuale impiegata, dimostrando la vera natura psicocinetica di questo evento.

Nel sano, il tempo di latenza, per esempio, del riflesso cardio-gastrico, direttamente correlato con il livello di ossigenazione tissutale basale, a riposo è 8 sec. esatti.

Al contrario, in caso di qualsiasi sofferenza miocardica magari lieve o iniziale, come il Reale Rischio Congenito di CAD, la "intensa" pressione digitale applicata sul precordio dell'esaminando, cioè sopra la proiezione cutanea del cuore, anche se lontano chilometri dal medico esaminatore, causa "simultaneamente" il riflesso gastrico aspecifico anche nel secondo, soltanto se l'esaminando è colpito da un qualsiasi processo patologico, come la CAD (4-6, 15).

Appare interessante che, dopo 5 sec. di interruzione, a partire dalla fine della prima valutazione, il tempo di latenza sale significativamente a 16 sec., raddoppiando il valore iniziale, a causa dell'attivazione della Riserva Funzionale Microcircolatoria, fisiologica, su cui è fondato il Precondizionamento, che si osserva anche nel medico, quando la stimolazione è realmente applicata sopra il precordio, ma per la prima volta.

Ne consegue che, mi sono sentito autorizzato a considerare questo fatto, di natura psicocinetica, nel senso che i *trigger-points* cardiaci del medico venivano "simultaneamente" stimolati, con il solo "pensiero", nella stessa maniera di quella del paziente, provocando il riflesso cardio-gastrico aspecifico anche nel medico, e, fatto importante, mostrando valori parametrici identici a quelli presentati dall'esaminando per quanto lontano potesse essere dal medico: tempo di latenza, durata, intensità, etc. In realtà, gli eventi osservati durante l'esperimento sono piuttosto complessi, ma completamente spiegati dalla Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica (23).

Muovendo da queste basi teoriche – ipotesi 0 da confutare – ho poi compiuto un grande numero di esperimenti finalizzati ad osservare cosa accade nel "mio" corpo quando stimolo differenti *trigger-points* di un individuo con il solo "pensiero", cioè con la stimolazione eseguita mediante la "mia mente" sopra definiti *trigger points* di un ben definito soggetto, sia sano sia malato, anche se lontano chilometri da me, alla condizione che mi sia noto fisicamente, magari attraverso una fotografia o un film, ignorando ovviamente le sue condizioni di salute. Naturalmente, io ho eseguito simili esperimenti su individui noti come malati, ma di cui era sconosciuta la precisa diagnosi!

Appare assai interessante dal punto di vista diagnostico, il fatto che, corroborata la teoria, anche con indagini di laboratorio e della semeiotica per immagini, ho applicato la stimolazione "mentale" sempre con il solo "pensiero", anche direttamente su limitate parti di un tessuto o di un ben definito sistema biologico e non sui relativi *trigger points*, al fine di ottenere una esatta localizzazione dell'eventuale malattia.

Per esempio, io sono affetto da esiti di IMA in sede ventricolare sinistra inferiore; esclusivamente quando stimolo "pensandolo" la sede precisa della cicatrice, esito dell'infarto nel ventricolo sinistro, il tempo di latenza del riflesso cardio-gastrico aspecifico scende a 3 sec., mentre è normale (NN = 8 sec.) il tempo di latenza del riflesso provocato dalla stimolazione di tutte le altre sedi cardiache. Detto altrimenti, quando io applico "mentalmente" la pressione digitale sopra tutte le parti del mio cuore, eccetto la sede della cicatrice infartuale, il tempo di latenza è fisiologico.

Infatti, le mie coronarie in queste aree miocardiche sono fisiologicamente funzionanti, sia secondo i dati della coronarografia, sia soprattutto in base ai dati semeiotico-biofisico-quantistici i soli che permettono di valutare il microcircolo coronarico! (1-15,23).

Altre interessanti diagnosi, successivamente corroborate dall'esame obiettivo diretto, dal laboratorio e dalla diagnostica per immagini, comprendono: influenza, pleurite, polmonite, Terreno Oncologico, artrosi, cancro del seno, del colon, della vescica biliare ed urinaria, etc.

Fino ad ora, giugno 2009, utilizzando la diagnostica psicocinetica, ho esaminato 120 individui e ho fatto le diagnosi cliniche, in seguito corroborate dall'esame obiettivo diretto e/o dal laboratorio e/o dal dipartimento delle immagini, come possono volentieri confermare gli interessati (23).

Diagnostica Psicocinetica, una Rivoluzione epocale.

Da quanto sopra riferito risulta evidente il mutamento epocale dell'Esame Obiettivo grazie al contributo essenziale della Diagnostica Psicocinetica.

Nel sano, dopo aver esaminato a distanza un individuo sano o cardiopatico, se il medico applica, "realmente" e per la prima volta, la pressione digitale di "media" intensità direttamente sopra la sua proiezione cutanea del cuore, dopo esattamente 5 secondi dall'esperimento, eseguendo quindi il preconditionamento cardiaco (5, 6, 11, 12, 26, 28), il secondo tempo di latenza sale fisiologicamente a 16 sec. raddoppiando il valore basale, a dimostrazione della avvenuta stimolazione dei *trigger points* del cuore sia dell'esaminando sia dell'esaminatore durante la prima applicazione della manovra: la teoria diagnostica psicocinetica è pertanto corroborata.

Nelle condizioni sperimentali sopra riferite, mentre nella valutazione di base sia la *vasomotility* sia la *vasomotion* valutate dal medico di base mostrano la tipica fluttuazione caotico-deterministica a riposo, nella seconda valutazione simultaneamente alla diretta stimolazione dei *trigger-points* cardiaci dell'esaminando rivelano l'attivazione microcircolatoria tipo I, associata, espressione del precedente evento di natura, senza dubbio alcuno, psicocinetica.

Per riassumere brevemente, la stimolazione jatrogena mediante il "pensiero", cioè, "mentalmente", indipendentemente dalla distanza che separa esaminando ed esaminato, crea la possibilità di realizzare il preconditionamento di qualsiasi sistema biologico, come rivelato dall'attivazione microcircolatoria del sistema biologico interessato, dimostrando pertanto verità scientifica, senso e significato di questo tipo di diagnosi, realizzata per la prima volta.

L'originale metodo diagnostico, definito con il termine di **Diagnostica Psicocinetica**, rappresenta attualmente lo sviluppo più notevole della Semeiotica Biofisica Quantistica.

Quando il medico "pensa" ad un soggetto a lui noto (analogamente all'accensione ed alla sintonizzazione della radio su una precisa lunghezza d'onda!), vale a dire, tenendo presente "fisicamente" nella propria mente il soggetto da esaminare, a causa dell'*entanglement* quantistico, essendo parte di un ologramma cosmico, può comunicare con l'individuo "pensato" e scambiare informazioni utili ed affidabili per la diagnosi ed il monitoraggio terapeutico (1-10, 23).

Come ho sottolineato in un precedente articolo (23), quando l'Energia Vibratoria (= ATP) va riducendosi in uno oppure in entrambi gli individui così collegati, come accade nel *Test dell'apnea* o nelle serie emergenze patologiche (per esempio, scompenso cardio-circolatorio grave), lo scambio di informazioni immediatamente si arresta a causa del *dis-entanglement*.

Inoltre, va sottolineato che se il medico "pensa" l'esaminando come se fosse un individuo spregevole oppure se "finge" di odiarlo, la comunicazione tra i due non è possibile, secondo il mio parere, dimostrando che l'Informazione Energia è AMORE!

Da quanto sopra deriva che, indipendentemente dalla distanza che li separa, quando il medico stimola con il "pensiero" ben definiti *trigger points* dell'esaminando, la reazione dei relativi visceri, come il riflesso gastrico aspecifico, si manifesta "simultaneamente" anche nello stomaco del medico, mostrando gli identici valori parametrici osservati nell'esaminando.

Infine, interessante per comprendere la natura quantistica di questi eventi, se il medico, l'esaminando, oppure entrambi non respirano (= *Test dell'Apnea*) riducendo significativamente il livello energetico tissutale, in conseguenza della alterazione dell'attività respiratoria mitocondriale, dopo appena un secondo, gli eventi sopra riferiti rapidamente cessano, mostrando la loro reale natura: diminuendo l'Energia Vibratoria (=ATP) del corpo, anche l'Energia Informazione, secondo P. Manzelli, si riduce rapidamente così che l'*entanglement* quantistico si interrompe rapidamente dopo appena un secondo (= *dis-entanglement*) (1-10).

La Forza della Mente è determinante nella Insorgenza dell'*Entanglement*

Finora la psicocinesi veniva considerata generalmente come una attività paranormale, priva di qualsiasi valore scientifico. A mio parere, il motivo principale di questo negativo, desolante giudizio va ricercato nell'assenza di apertura mentale e lungimiranza purtroppo presente nella maggior parte degli scienziati, diventati "conservatori" se non erano tali da sempre.

La **Diagnostica Psicocinetica** ha portato prove a sostegno del fatto che la forza della mente esiste e si esercita a distanza "simultaneamente", secondo il comportamento caratteristico della trasmissione di energia nella realtà non-locale, causando fenomeni veramente interessanti, come il cosiddetto "riflesso" gastrico aspecifico nell'esaminato e nell'esaminando, a seguito della stimolazione col solo pensiero del medico di determinati *trigger points* in entrambi i soggetti, come riferito nei precedenti paragrafi.

Il medico che, nel corso del processo diagnostico, prima di tutto pensa, intensamente ed esclusivamente, al paziente da visitare, magari lontano chilometri, e poi alle future manovre da eseguire, diventa per analogia una radio accesa e sintonizzata in modo ben preciso su una definita lunghezza d'onda, come ricordato nel precedente paragrafo!

A questo punto, a ben riflettere, sono sorti alcuni problemi, la cui soluzione è di notevole valore sia pratico sia ermeneutico. Infatti, in questo momento l'esaminando può essere, e molto spesso è, completamente ignaro di quanto sta accadendo nel suo corpo. Egli non sa nulla della visita psicocinetica a cui è sottoposto suo malgrado, anche se nel suo interesse primario.

Detto altrimenti, le onde correlate alle particelle delle componenti atomiche, da cui è costituito il suo corpo, viaggiano nello spazio infinito liberamente, senza prendere parte alcuna all'*entanglement* che sta alla base dello scambio di informazioni con l'esaminatore.

Ne consegue che la produzione del *groviglio* tra le onde dell'esaminato e dell'esaminatore, fondamentale nella diagnostica psicocinetica, risulta condizionato esclusivamente dalla mente del medico che pensa all'esaminando, a lui noto personalmente, fisicamente o semplicemente attraverso le immagini fornitegli da televisione, film, fotografia, ecc.

Detto in altre parole, provenienti da due differenti sorgenti umane (o animali!), le onde viaggiano separatamente fino al momento in cui almeno uno dei due soggetti pensa intensamente, esclusivamente all'altro, che può essere completamente ignaro di quanto sta accadendo.

Pertanto, la mente del medico, con la sua sola forza, determina un lavoro – *entanglement* – cioè produce l'aggrovigliamento tra le proprie onde e quelle provenienti da un'altra sorgente umana (o animale, esperienze personali con cani e gatti!), rendendo così possibile lo scambio di informazione tra i due attori.

Per riassumere quanto sopra, la **Diagnostica Psicocinetica** dimostra che la mente è dotata di una forza, analoga a quella del muscolo scheletrico, in grado di compiere un lavoro – *entanglement* – come è appunto l'*aggrovigliamento* di onde, lungo le quali l'Energia Informazione è trasmessa cataliticamente in un senso e nell'altro, "simultaneamente" nello spazio e "sincronicamente" nel tempo.

Una conseguenza pratica della forza della mente, nel senso da me inteso, potrebbe dare una soddisfacente spiegazione ad un fenomeno di natura morfogenetica che il detto popolare esprime così: "due corpi una anima sola". Detto altrimenti, il figlio o la figlia adottata per amore, col passare degli anni somiglia ad uno dei coniugi.

E' una diffusa, accolta come dato esperienziale finora privo di scientifica delucidazione (= come si realizza tutto questo?), la somiglianza esistente tra due *partners* non necessariamente marito e moglie, secondo lo spirito del nostro tempo, che da decenni convivono con amore.

La forza della mente, a seguito del permanente *entanglement* instauratosi spontaneamente tra i due, potrebbe rappresentare la condivisibile spiegazione di un fatto.

Ora sappiamo che l'azione di questa forza, di cui la mente è dotata, si esercita a livello sub-microscopico sulle onde quantiche che, con le relative particelle, formano i componenti dell'atomo.

Detta azione provoca, a livello macroscopico, modificazioni di natura biologica, osservate e valutate quantitativamente con la Semeiotica Biofisica Quantistica. Pensiamo all'attività dei PPARs epatici che esitano nel migliorato metabolismo glico-lipidico, oppure riflettiamo sulla secrezione di ghiandole – pancreas, per esempio – a seguito della stimolazione psicocinetica essenziale nella valutazione di numerose manovre.

Ne consegue che non è affatto contrario alla logica, sospettare l'esistenza di una determinante influenza, di natura morfogenetica, della forza della mente dei due *partnes*, realizzata reciprocamente, simultaneamente e sincronicamente, secondo i meccanismi illustrati nel paragrafo, su i meccanismi biologici, macro- e micro-scopici, alla base della evoluzione corporea.

La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo.

L'esame obiettivo è stato profondamente trasformato e migliorato dalla Diagnostica Psicocinetica, rivelando in una sufficiente lunga esperienza una eccezionale efficacia ed affidabilità. Inoltre, questo procedimento medico diagnostico richiede un breve tempo di esecuzione, aiutando il medico a fare diagnosi cliniche fino ad oggi impensabili.

In realtà, quando il medico visita un paziente si chiede, prima di tutto, in quale sistema biologico ha sede la malattia. Per esempio, di fronte ad un malato che lamenta un **dolore addominale** di tipo **colico**, insorto acutamente, il medico vuole sapere, al più presto possibile, se è causato da una patologia epatica, renale, pancreatico, gastro-intestinale, ecc. Solo successivamente il medico indaga la vera natura della patologia.

Nella mia esperienza l'inizio dell'esame obiettivo eseguito con l'originale semeiotica fisica, descritto di seguito, si è rivelato utile e sicuro nell'*iter* diagnostico, consentendo di porre diagnosi corrette.

Conseguenza della presenza della realtà non locale, accanto a quella locale, nei sistemi biologici, la "intensa" stimolazione, applicata con il solo "pensiero", cioè mentalmente, sopra un singolo *trigger-point* di un qualsiasi apparato, permette al medico di raccogliere simultaneamente informazioni sull'intero sistema biologico, come ho riferito sopra ed illustrato in precedenti articoli (1-10).

A dimostrazione della reale stimolazione ottenuta col la forza della mente, e su cui ritornerò nei prossimi capitoli, serve la seguente evidenza sperimentale: il medico delimita a riposo la proiezione cutanea del fondo e del tratto superiore delle pareti laterali della vescica urinaria.

Subito dopo, stimola col pensiero la parete interna di tutta la vescica come se insufflasse aria al suo interno: si osserva il lento progressivo e significativo aumento dei diametri del visceroche tale persiste fino alla cessazione della stimolazione per mezzo del pensiero.

All'inizio dell'esame obiettivo, dopo aver accertato le costituzioni e gli eventuali reali rischi congeniti dell'esaminando, è consigliabile esercitare la stimolazione mentale "intensa" sopra un "unico" *trigger-point* del cervello (= cranio), polmone (= torace), cuore (= precordio), apparato gastro-intestinale (è consigliabile, per la sua praticità, la stimolazione mediante un pizzicotto "intenso" e istantaneo della proiezione cutanea della parte superiore dell'esofago, alla base del collo, immediatamente sopra il manubrio sternale), apparato urinario (= i quadranti addominali laterali), ghiandole endocrine, ecc.

Nel sano, questa stimolazione "intensa", sebbene virtuale e realizzata mediante il solo pensiero, non provoca il riflesso gastrico aspecifico "simultaneamente" con l'inizio della stimolazione stessa.

Al contrario, in presenza di qualsivoglia patologica alterazione, indipendentemente dalla sua natura, a sede nel sistema biologico esaminato, "simultaneamente" appare il riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è direttamente correlata con la gravità della sottostante patologia.

Interessante il fatto che talvolta il comportamento del riflesso offre al medico preziose informazioni sulla reale natura della malattia. Per esempio, nell'appendicite acuta, stimolando l'esofago superiore mediante un "intenso" pizzicotto cutaneo anche di brevissima durata, applicato alla base del collo lungo la linea mediale, subito sopra il manubrio sternale, "simultaneamente" si osserva il riflesso gastrico aspecifico (intenso in questa patologia: 2 cm. o più), seguito dopo 3 sec. circa, in relazione alla gravità dell'infiammazione appendicolare, dalla Contrazione Gastrica tonica, come accade in altre due patologie: la diverticolite e il tumore maligno del tubo digerente.

Notoriamente, la Contrazione Gastrica tonica, dopo il riflesso gastrico aspecifico, è una caratteristica dei tumori maligni: per esempio, nel cancro renale, anche se molto iniziale, magari nello stadio di Reale Rischio Congenito, la "intensa" stimolazione mediante un pizzicotto cutaneo di un *trigger-point* di questo apparato, per esempio, a livello della cute della parte laterale

dell'addome, causa la contrazione gastrica tonica, dopo un riflesso gastrico aspecifico di breve durata: **Segno di Pollio** (4).

Quando la patologia è stata correttamente localizzata, prima di utilizzare gli altri numerosi segni e manovre dell'originale semeiotica, il medico deve ricercare tutte le costituzioni semeiotico-biofisiche-quantistiche per poter conoscere esattamente il tipo di malato cha a lui si affida

Nel sano, è bene ripeterlo, la stimolazione "intensa" dei relativi *trigger-points* non provoca il riflesso gastrico aspecifico in conseguenza di qualsiasi lesione patologica.

Al contrario, in presenza di una ben definita costituzione o del relativo reale rischio congenito dipendente da siffatta costituzione, simultaneamente alla stimolazione compare il riflesso, la cui intensità è ancora una volta in relazione con la gravità della sottostante condizione patologica, che successivamente va localizzata e diagnosticata accuratamente (11-13).

Infine, la possibilità di attivare la microcircolazione di un sistema biologico secondo il tipo I, associato, fisiologico, permette al medico di escludere la presenza dei Dispositivi di Blocco Endoarteriolari, neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a) tumorali e b) aspecifici, dimostrando in tal modo l'assenza del Reale Rischio Congenito di qualsiasi patologia, secondo la teoria dell'Angiobiopatia, facilitando il successivo *iter* diagnostico (11-15, 29-50).

Diagnostica Psicocinetica: Localizzazione e Valutazione volumetrica tridimensionale delle Neoformazioni tessutali in Sede profonda

La diagnostica psicocinetica ha reso possibile sia la localizzazione sia la valutazione volumetrica tridimensionale delle tumefazioni, benigne e maligne, nei sistemi biologici, magari situati profondamente sfuggendo alla indagine diretta, finora bi-dimensionale. Una simile valutazione clinica è affidabile anche in condizioni fisiologiche, come la gravidanza, dove permette al medico di localizzare la precisa posizione del feto, di valutarne la crescita e la ossigenazione.

A questo punto, esaminiamo un caso patologico veramente paradigmatico, l'**adenoma prostatico**, tenendo ben presente che quanto segue è altrettanto valido per tutti gli altri *tumori*, benigni o maligni, nelle sedi differenti.

Una volta riconosciuto con la Semeiotica Biofisica Quantistica la presenza di una alterazione nell'apparato urinario, mediante stimolazione "intensa" di un qualsiasi *trigger points* urinario (per esempio, pizzicando la cute del fianco addominale di destra o di sinistra), si procede alla sua localizzazione nel modo ormai noto: nel nostro caso la stimolazione medio-intensa del *trigger-point* corrispondente al lobo prostatico sede dell'adenoma, provoca i segni ormai noti al lettore, tipici della patologia: riflesso prostatico-gastrico aspecifico accorciato (NN = 8 sec.), durata di 4 sec. o maggiore, presenza del riflesso ureterale superiore della durata di 30 sec., espressione di AVA neoformate di tipo connettivale, ecc.

A questo punto, con il paziente supino, il medico localizza col pensiero il tratto più esterno del margine corrispondente della lesione mediante stimolazione "mentale" con pressione dall'alto al basso, cioè su una limitatissima area della parte esterna dell'adenoma: il tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico è inferiore al normale (NN = 8 sec).

Successivamente, spostandosi di ½ cm. per volta verso la linea mediale del corpo l'esaminando localizza allo stesso modo, con la stimolazione in direzione verticale dall'alto al basso, il punto più interno dell'adenoma, ottenendo il valore in cm. del diametro orizzontale.

A questo punto si procede in modo analogo dal punto superiore della neoformazione verso quello inferiore; la stimolazione mentale permette di valutare la dimensione in cm. del diametro verticale, come si fa nella realtà con la semeiotica biofisica per l'indagine bidimensionale delle lesioni epatiche (51).

Prima della nascita della Diagnostica Psicocinetica era impossibile il calcolo del terzo diametro, cioè la valutazione della profondità di una neoformazione.

Ottenuta la esatta valutazione bidimensionale di una *tumore* ancorché situato in profondità, come nel presente caso, il medico può procedere in modo analogo, con la sola forza della mente, alla affidabile indagine del terzo diametro, quello antero-posteriore (se l'esaminando è considerato in posizione eretta, ovviamente!) che informa sulla "profondità" della patologia, ottenendone la valutazione tridimensionale.

Per la prima volta, questa indagine originale, resa possibile dalla diagnostica psicocinetica, consente al medico di accertare e valutare in modo tridimensionale il volume di qualsiasi tumefazione indipendentemente dal sistema biologico interessato e dalla sede della lesione, aprendo una via diagnostica nuovo e un interessante forma di monitoraggio della patologia.

Prima di concludere questo capitolo, è bene ricordare la affidabile valutazione della funzione e struttura delle varie coronarie, utili nel localizzare i vasi colpiti in caso di CAD a partire dagli stadi veramente iniziali, come il Reale Rischio Congenito.

In un precedente capitolo ho ricordato la valutazione psicocinetica delle diverse valvole del cuore che si è dimostrata raffinata ed esatta in una esperienza ormai lunga.

Bibliografia

- 1) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
- 4) Stagnaro Sergio. Pollio's Sign in bedside Recognizing renal Cancer, since its initial Stage of Inherited, Oncological Real Risk. Sunday, March 22, 2009. <http://sciphu.com/>
- 5) Stagnaro Sergio. La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. www.fce.it 02-05, 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47
- 6) Stagnaro Sergio. Semiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008 http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47
- 7) Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17 <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
- 8) 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>
- 9) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it, 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 10) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it/>
- 12) 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/>
- 13) 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/>
- 14) Stagnaro Sergio. Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009. <http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 15) Stagnaro Sergio. Stagnaro Sergio. CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxigenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 16) Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47 e alla URL <http://www.clicmedicina.it/pagine-n-32/diabete-semeiotica.htm>
- 17) Stagnaro S., Valutazione percusso-ascoltatoria della microcircolazione cerebrale globale e regionale. Atti, XII Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. 13-15 Ottobre, Salerno, e Acta Medit. 145, 163, 1986
- 18) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994
- 19) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. Acta Med. Medit. 5, 141, 1989.

- 20) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1988.
- 21) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-100022) Stagnaro Sergio. Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. *The Lancet*. March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalComments=1>, and especially www.fce.it, <http://www.fceonline.it/docs/stagnaro.pdf>
- 23) Stagnaro Sergio. Diagnostica Psicocinetica, Evoluzione della Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. 30 maggio 2009, URLs: <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4823> ; <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Biografia.htm> ; <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>; http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=11161&Itemid=47 ; <http://fai.informazione.it/search.aspx?whclau=quantistica+>;
- 24) Stagnaro Sergio. Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. *The Lancet*, January 28, 2008. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608601014/comments?action=view&totalComments=2>; See <http://www.fceonline.it/docs/stagnaro.pdf>
- 25) Stagnaro Sergio. Comment to "Liz Wager: If comment is cheap why is peer review so expensive?". www.BMJ.com, April 17th, 2009, <http://blogs.bmj.com/bmj/2009/04/16/liz-wager-if-comment-is-cheap-why-is-peer-review-so-expensive/#comments>
- 26) 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.
- 27) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 28) Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture*, V Virtual International Congress of Cardiology, 2007. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 29) Stagnaro Sergio. *Teoria Patogenetica Unificata*, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
- 30) Stagnaro Sergio. Ruolo Dell'Angiobiopatia Nella Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. www.ilpungolo.com, 29 Maggio 2008. <http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5609>
- 31) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: La Teoria dell'Angiobiopatia. <http://www.fcenews.it>, 2009. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=47
- 32) Stagnaro Sergio. Quantum Biophysical Semeiotics: The Theory of Angiobiopathy. <http://sciphu.com/>, 11 May, 2009. and <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/>
- 33) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Auscultatory Percussion in Detection Focal Liver Lesions even Clinically Silent. *Acta Med. Medit.* 8, 89-94.
- 34) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*. 2005, 4:13, doi:10.1186/1475-2840-4-13
- 35) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14>
- 36) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. *Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico*. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 37) 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/semeiotica_biofisica_2.htm

- 38) 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
- 39) 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/>
- 40) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopoiesi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25, 1997.
- 41) Stagnaro Sergio. Il Ruolo della Valutazione Semeiotica Biofisica Quantistica dell'Endotelio nella Medicina del Futuro. 6 maggio 2009, <http://www.fcenews.it>, <http://www.fcenews.it/docs/endotelio.pdf>
- 42) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. Acta Med. Medit. 4, 91, 1988.
- 43) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. Acta Med. Medit. 5, 141, 1989.
- 44) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Modificazioni della viscosità ematica totale e della riserva funzionale microcircolatoria in individui a rischio di arteriosclerosi valutate con la percussione ascoltata durante lavoro muscolare isometrico. Acta Med. Medit. 6, 131-136, 1990.
- 45) Stagnaro Sergio. Ruolo Dell'Angiobiopatia Nella Semeiotica Biofisica Quantistica. www.ilpungolo.com, 29 Maggio 2008. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5609>
- 46) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: La Teoria dell'Angiobiopatia. <http://www.fcenews.it>, 2009, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=47
- 47) Stagnaro Sergio. Quantum Biophysical Semeiotics: The Theory of Angiobioopathy. <http://sciphu.com/>, 11 May, 2009. and <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/>
- 48) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 49) Stagnaro Sergio. Medio Evo della Medicina e Terrorismo Psicologico ignorando le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e i Relativi Reali Rischi Congeniti. <http://piazzetta.sfera.net/> 25 novembre 2008, http://xoomer.alice.it/piazzetta/professione/medio_evo.htm
- 50) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Cancro della mammella: prevenzione primaria e diagnosi precoce con la percussione ascoltata. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 152, 447, 1993.
- 51) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Auscultatory Percussion in Detection Focal Liver Leions even Clinically Silent. Acta Med. Medit. 8, 89-94, 1992.

Cap. 16

Valutazione Diagnostica Psicocinetica durante stimolazione e inibizione di singole attività dei sistemi biologici.

(“Una teoria deve essere sufficientemente pazza,
per essere vera”.
Max Born)

L'applicazione della Psicocinetica alla Biologia, più precisamente lo studio di tutti i sistemi biologici impiegando anche i metodi della psicocinetica, ha portato, in una pure breve esperienza clinica, a risultati talmente omogenei che mi sento autorizzato ad affermare che è nata una nuova disciplina medica che propongo di definire con il termine di **Biologia Psicocinetica**.

Innanzitutto è opportuno sottolineare un fatto centrale dal punto di vista epistemologico e metodologico: l'esame obiettivo “bio-psicocinetico”, ovviamente è eseguibile e consigliabile anche quando il paziente è “presente”. In realtà, l'applicazione della **Diagnostica Psicocinetica** prima della visita medica condotta con la Semeiotica Biofisica Quantistica, risulta assai più ricca di informazioni, non soltanto per quanto riguarda la validità della metodica stessa.

In un primo tempo, stimolando col solo pensiero i necessari *trigger points* cutanei del paziente disteso sul lettino, il medico valuta accuratamente i valori parametrici dei vari segni semeiotico-biofisici.

Per procurarsi una sicura esperienza nell'originale metodo, il medico, subito dopo la raccolta di questi dati bio-psicocinetici, procede nell'esecuzione della stimolazione “reale”, fisica, diretta, degli stessi punti cutanei, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica, per controllare che i valori parametrici, raccolti nella successiva valutazione, corrispondano esattamente a quelli osservati in precedenza col metodo diagnostico bio-psicocinetico, corroborando la diagnosi iniziale.

Come vedremo di seguito, un simile procedimento è particolarmente vantaggioso anche ai fini dell'apprendimento tecnico.

Nel maggio del 2009, sulla base dei dati positivi ed omogenei raccolti, “audacemente”, ma anche logicamente, ho congetturato, che fosse realizzabile una analoga, diretta stimolazione, “operata col pensiero”, di tessuti interni, visceri e ghiandole senza la necessità di stimolare i relativi *trigger points*. Questa ipotesi è stata successivamente corroborata con rivoluzionarie ripercussioni nel campo della diagnostica clinica. Basti pensare alla possibilità attuale di stimolare col solo pensiero, cioè mediante la forza della mente, superfici limitate di mucose, sierose, versante luminale di macro- e microvasi sanguigni, di ghiandole a secrezione interna, il setto inter-atriale ed inter-ventricolare, ecc.

Una simile intuizione, che solo apparentemente sfida ogni logica anche se perfettamente inserita nel più critico procedimento razionale, è stata corroborata in una sicura esperienza dal confronto delle affermazioni empiriche finali con la realtà clinica di ogni giorno, in accordo con quanto sostiene Carnap. Infatti, se il medico mentalmente osserva gli effetti ben corroborati della risposta alla stimolazione dei differenti *trigger points*, come insegna l'Esperimento di Lory, non stupisce il fatto che un identico processo provocato dal pensiero possa realizzarsi direttamente sugli organi bersaglio senza alcun intermediario dei corrispondenti punti grilletto cutanei.

A maggio del 2009, come ricordavo sopra, ho eseguito numerosi esperimenti finalizzati alla falsificazione di questa ipotesi. Per esempio, durante l'esame obiettivo, condotto direttamente sul malato, ho intensamente pensato, allontanando la mia attenzione dalle altre realtà, di eseguire con diversa forza mentale una pressione manuale sopra il cuore dell'esaminando (o di me stesso), come se fosse veramente “contenuto nelle mie mani”.

I risultati ottenuti risultarono perfettamente identici a quelli successivamente raccolti eccitando i *trigger points* del cuore del paziente, e in parte, solo per ragioni economiche, successivamente

corroborati dalla semeiotica sofisticata e di laboratorio (1-10). In realtà, lesioni iniziali, come il Reale Rischio Congenito di CAD, sfuggono a qualsiasi semeiotica per immagini (20-26, 52).

Detto in altre parole, accanto alla stimolazione indiretta, mentale, virtuale, applicata sui diversi *trigger points* dei sistemi biologici, *in toto* o selettivamente, cioè attraverso la pressione digitale sulle varie parti del viscere, organo, ghiandola, tessuto da esaminare, applicata anche all'interno dei sistemi biologici, ho tentato di falsificare l'ipotesi 0, secondo la quale esiste anche la possibilità di una stimolazione "diretta", di natura ovviamente "mentale, bio-psicocinetica", di tipo fasico, suggerita dai notevoli risultati da me ottenuti fino ad allora con l'applicazione della psicocinesi alla biologia e dei quali rappresenta la naturale evoluzione.

Infatti, l'evidenza sperimentale dimostra la realtà dell'influenza esercitata dalla forza mentale sopra una singola attività biologica. A modo di esempio, si valuta di base, a riposo, l'attività dei PPARs epatici (PPARs-alfa) mediante il tempo di latenza del riflesso epato-gastrico aspecifico, provocato dalla pressione digitale medio-intensa applicata sopra la proiezione cutanea del fegato.

Nel sano, questo valore parametrico è **8 sec.** e la sua durata **> 3sec. < 4 sec.** Inoltre, esiste una lieve ma significativa attivazione microcircolatoria epatica di due tipi:

- A) dissociata, caratterizzata dalla *vasomotility* con $AL + PL = 7,5 \text{ sec.}$, ma dalla *vasomotion* con $AL + PL = 6,5 \text{ sec.}$ ad indicare l'assenza della predisposizione alla litiasi;
- B) associata, con *vasomotility* e *vasomotion* entrambe con $AL + PL = 7,5 \text{ sec.}$, caratteristica della **costituzione litiasica**, caratterizzata dalla normale responsività dei recettori insulinici dell'epatocita.

A questo punto, il medico attiva col pensiero "direttamente" la sola funzione metabolica lipoglicidica dei Recettori Attivati dai Proliferatori Perossisomiali dell'epatocita, per esempio, incrementando *mentalmente* il catabolismo lipo-glicidico locale.

Simultaneamente si osserva incremento significativo dell'attivazione microcircolatoria, valutata come aumento di intensità e durata del riflesso epato-ureterale superiore (*vasomotility*) e poi di quello inferiore (*vasomotion*). Ne consegue l'allungamento del tempo di latenza del riflesso epato-gastrico aspecifico che raddoppia salendo a 16 sec.

Pertanto, consequenziale, inevitabile, affidabile, confortato dai numerosissimi dati di altrettante indagini, è nato l'esame diagnostico bio-psicocinetico eseguito con la stimolazione diretta, "mentale", puntuale, applicata virtualmente con differente intensità della stimolazione di tipo fasico, sopra una piccola, ben circoscritta superficie, sia interna sia esterna, di un sistema biologico, risultato colpito da malattia.

A modo di esempio, pensiamo al caso paradigmatico di un mio paziente di Como, portatore di un **angioma epatico al settore VI**, non ancora diagnosticato: la corretta diagnosi clinica, corroborata da successiva ecografia, è stata posta mentre il soggetto viaggiava in autostrada, distante circa 150 chilometri da me che lo attendev per la preannunciata visita medica (33).

Durante la visita medica, avvenuta dopo circa due ore nel mio ambulatorio, ho confermato una sofferenza epatica di natura da determinare mediante la "intensa" stimolazione Biofisica Quantistica-Psicocinetica di un punto della proiezione cutanea del fegato, simultaneamente seguita dal patologico riflesso gastrico aspecifico. Quindi, ho proseguito nell'esame obiettivo mediante la stimolazione pressoria di intensità media, esercitata sopra i *trigger-points* dei singoli settori epatici. Individuata la sede della lesione nel settore VI, come ormai noto a chi conosce la Semeiotica Biofisica Quantistica, ho posto facilmente diagnosi **angioma epatico al settore VI**.

La neoformazione infatti aumentava di volume nel *test del pugile* (= la **ciste** si rimpicciolisce, mentre le dimensioni del **tumore maligno** rimangono immutate); la microcircolazione era attivata, di tipo I, fisiologico (= nella **ciste** la microcircolazione è disattivata e nel **cancro** è presente la tipica attivazione microcircolatoria tipo III, dissociata; certamente sono noti al lettore altri segni caratteristici della **ciste** (sindrome cistica) e del **tumore maligno** (sindrome autoimmune locale, etc.). L'esempio riferito dimostra che, indipendentemente dalla distanza che separa l'esaminando

dal medico, è realizzabile col solo pensiero la stimolazione col solo pensiero, “fasica”, precisa, di un punto circoscritto di un sistema biologico, eseguita “mentalmente” impiegando differenti intensità di pressione digitale, analogamente a quanto avviene nella comune visita con la Semeiotica Biofisica Quantistica, in accordo con le informazioni implicite dell’Esperimento di Lory (8).

Una ben delimitata area di un settore epatico, di una circonvoluzione cerebrale, di una superficie ventricolare cardiaca, della parete dello stomaco, ecc., possono essere sottoposte all’indagine anatomo-funzionale del relativo sistema microvascolotessutale, che informa sul modo di essere e di funzionare del corrispondente parenchima, secondo l’Angiobiopatia (11-13, 46, 51).

A questo punto passiamo alla descrizione particolareggiata della diagnosi psicocinetica della **litiasi colecistica**, secondo un analogo procedimento diagnostico, rivelatosi affidabile nel riconoscere la litiasi di altri tessuti o visceri, in genere del tutto silenti clinicamente.

Fatto importante dal punto di vista diagnostico-differenziale, nella sua quotidiana attività il medico deve conoscere e tenere sempre presente la differenza dei valori parametrici del riflesso colecistico-gastrico aspecifico e/o ciecale in caso di semplice **sabbia biliare**, assai difficile da riconoscere con l’ecografia, e la **calcolosi colecistica**.

Nel primo caso, il tempo di latenza è di 5 sec. (NN = 8 sec.), l’intensità del riflesso risulta $> 1\text{cm} < 2\text{cm}$. e pertanto si osserva una modesta, sebbene significativa (1/3), riduzione dell’intensità del riflesso, tipica della litiasi. La stimolazione ripetuta (= pizzicotto cutaneo) del *trigger point* colecistico (= VI dermatomero toracico) quasi sempre provoca la scomparsa del riflesso patologico in seguito alla eliminazione della sabbia biliare.

Al contrario, nella **calcolosi della cistifellea**, il tempo di latenza scende a 3 sec. o meno, l’intensità aumenta a 2-4 cm., per cui è netta la riduzione finale del riflesso, caratteristica della presenza di deposito tessutale di calcio.

Detto questo, il medico stimola col pensiero i *trigger points* della vescica biliare del paziente mediante un virtuale pizzicotto del VI dermatomero cutaneo di destra, ottenendo gli stessi valori parametrici osservati quando la stimolazione virtuale è pensata come attuata direttamente sopra la colecisti: praticamente, il medico pensa di comprimere la colecisti tenuta nella sua mano! Interessante ai fini della corroborazione della teoria, ancora una volta si ottengono identici valori parametrici quando il medico pensa di “gonfiare” la vescica della bile, insufflando aria all’interno: la dilatazione delle pareti del viscere provocano la stimolazione dei vari punti della locale mucosa.

Durante tutte queste manovre, come ormai noto al lettore, le dimensioni della vescica biliare realmente si modificano, causando il riflesso gastrico aspecifico e ciecale.

Infine, nella **calcolosi della cistifellea** non associata a **coledoco-litiasi**, la stimolazione *virtuale* delle differenti parti della superficie interna del viscere, sede di calcolo, provoca il caratteristico riflesso gastrico aspecifico “litiasico” (= dopo aver raggiunta la sua massima dilatazione, lo stomaco riduce di un terzo il suo volume), assente durante la stimolazione “mentale” della parete coledocica interna libera da calcoli.

Una singolare applicazione della diagnostica psicocinetica si è rivelata assai utile nella diagnosi differenziale delle **gammopatie e della pregressa epatite virale** di cui permette di accertare *bedside* l’esatto virus responsabile.

Notoriamente, solo la Semeiotica Biofisica Quantistica permette la diagnosi “clinica” di queste patologie: la pressione manuale di “lieve” intensità provoca un caratteristico riflesso gastrico aspecifico, dopo un tempo di latenza di appena 3 sec. nella **epatite virale** *versus* i 4 sec. delle **gammopatie**.

Interessante, nel primo caso il riflesso di intensità di 2 cm. o più, si attua rapidamente in caso di **epatite da HVA, HVB e HVC**, mentre in caso di **Cytomegalovirus** e di **virus di Epstein-Barr** la realizzazione è lenta e l’intensità del riflesso è inferiore ($< 2\text{cm}$).

A questo punto, veramente interessante ed affidabile nella diagnosi differenziale tra i differenti virus epatogeni che causano un riflesso con identici valori parametrici si è dimostrata la seguente manovra tipicamente biologico-psicocinetica, fondata sulla **selettiva inibizione di una ben definita**

attività biologica. Nel presente caso, il medico inibisce col pensiero la sintesi dei singoli anticorpi anti HVA, HVB, HVC, ecc.

Se l'inibizione mentale è rivolta contro un virus innocente, che cioè non è il responsabile della epatite, il riflesso epato-gastrico aspecifico, sopra illustrato, persiste immutato.

Al contrario, quando l'inibizione è diretta contro la sintesi anticorpale del reale agente virale che ha provocato l'epatite, oppure il semplice contagio, il riflesso epato-gastrico aspecifico finisce e non si attua ulteriormente per tutta la durata dell'inibizione psicocinetica.

Da quanto precede, il lettore, certamente un poco incredulo prima della sua personale sperimentazione, comprende la possibilità di accertare clinicamente non solo la epatite, magari pregressa, ma di riconoscerne il preciso tipo di virus che l'ha causata.

In caso di **gammopatia**, come ho riferito sopra, la pressione digitale di "lieve" intensità, applicata sopra la proiezione del fegato, provoca il riflesso gastrico aspecifico dopo tempo di latenza di **4 sec.** con una intensità di **2 cm.** *versus* un tempo di latenza di **3 sec.** nella epatite anche pregressa, dove l'intensità è di **2,5 cm. o più.**

Infine, esclusivamente in assenza del Terreno Oncologico la diagnosi differenziale tra forma **benigna** e **maligna** è evidentemente facile e rapidissima.

Tuttavia, nei soggetti con predisposizione al cancro, solido e liquido, il medico può differenziare clinicamente una forma dall'altra, il che rappresenta una vera difficoltà anche oggi disponendo del laboratorio, ricorrendo alla manovra illustrata prima a proposito della diagnosi differenziale delle epatiti. Con la sola forza della mente, il medico pensa di inibire la produzione di gamma-globuline *benigne*; se il riflesso epato-gastrico aspecifico non si riproduce ulteriormente la diagnosi è di **gammopatia benigna.**

In caso contrario, nonostante l'inibizione virtuale del medico il riflesso si ripete nella successiva valutazione, la diagnosi è di **gammopatia maligna.** In questo secondo esempio, la correttezza della diagnosi si ottiene impedendo la riproducibilità del riflesso quando il medico inibisce con la sola forza della mente la sintesi delle gammaglobuline patologiche.

Ancora un esempio paradigmatico della epocale **selettiva inibizione di una ben definita attività biologica:** in caso di **faringo-tonsillite** in individuo colpito dalla Costituzione Reumatica, se la manovra descritta, applicata allo streptococco beta-emolitico, tipo A di Lancefield, è positiva, è necessario ed urgente instaurare immediatamente terapia preventiva penicillinica per curare la patologia con possibile dignità focale.

Infine, a questo proposito è opportuno ricordare che l'interessante metodica psicocinetica rende oltremodo facile ed attendibile la diagnosi-differenziale "clinica" tra la comune influenza e l'influenza da altri virus, come la tanto temuta influenza A/H1 N1, di cui oggi si prevede (estate del 2009), una futura *possibile* pandemia, annunciata quotidianamente da tutti i mezzi di comunicazione con l'approvazione delle competenti Autorità sanitarie mondiali, creando un desolante terrorismo psichico jatrogenetico, da me ripetutamente criticato: per esempio, V.:

<http://www.masterviaggi.it/detail.php?IdArt=35207>).

In questo capitolo per la prima volta viene descritto il metodo diagnostico psicocinetico che permette al medico di ottenere informazioni affidabili, precise ed utili sul modo di essere e funzionare di una limitata parte di sistema biologico, che diventa passibile di una diretta indagine condotta clinicamente.

Ne consegue la facilità e la rapidità di diagnosticare e localizzare una patologia, magari precedentemente riconosciuta utilizzando il metodo semeiotico-biofisico-quantistico direttamente sul malato: per esempio, fatta diagnosi di **infarto miocardico** secondo il noto esame biofisico quantistico, il medico "mentalmente" applica la pressione digitale, con varia intensità, sopra la punta cardiaca, la parete anteriore, posteriore e poi inferiore dei due ventricoli, riuscendo in modo rapido e semplice a riconoscere la sede della lesione in base al valore del tempo di latenza del solo riflesso cardio-gastrico aspecifico (12-32).

Analogamente, dopo aver posto, per esempio, diagnosi di lesione nelle vie biliari, il medico stimola col solo pensiero, agendo dall'interno del tratto biliare, ogni punto di queste strutture, coledoco, sfintere di Oddi, varie sezioni della cistifellea, localizzando la lesione in modo rapido e sicuro e precisandone la natura nel modo ormai noto al lettore.

Una singolare applicazione di questo originale metodo diagnostico è l'apparato cardio-vascolare. Infatti, è sufficiente pensare alla quantità e precisione de dati raccolti mediante stimolazione, mentale e diretta, di ogni singola porzione della superficie interna del cuore di un paziente, atri, valvole e ventricoli: in presenza di una lesione ben localizzabile, compare il riflesso gastrico aspecifico dopo un tempo di latenza patologicamente ridotto, cioè inferiore a 8 sec., con durata di 4 sec. o più (NN < 4 sec.).

Pensiamo all'insufficienza tricuspide o mitralica con rigurgito anche minimo: la stimolazione della rispettiva valvola, realizzata col pensiero, provoca il riflesso gastrico aspecifico dopo un tempo di latenza patologico: intensità e tempo di latenza del riflesso sono correlati, direttamente e rispettivamente indirettamente, alla gravità della sottostante patologia.

In modo del tutto analogo, il medico può stimolare il versante luminale di qualsiasi punto dei vasi coronarici, localizzando con esattezza una eventuale **coronaropatia** precedentemente diagnosticata con la Semeiotica Biofisica Quantistica in individui con Reale Rischio Congenito di CAD, dimostrando l'utilità dell'esecuzione dell'esame obiettivo impiegando la bio-psicocinesi con il malato "presente", disteso sul lettino (15, 21, 22, 26).

Naturalmente gli esempi dell'applicazione di questo metodo diagnostico psicocinetico potrebbero continuare molto a lungo. Pensiamo al medico che completa l'esame obiettivo dello stomaco del paziente, magari lontano molti chilometri, lamentando una sintomatologia riferibile a **gastrite**. Stimolando con il pensiero qualsiasi piccola superficie della mucosa gastrica, si può esaminare il modo di essere e di funzionare, riconoscendo la presenza di eventuali **polipi, ulcere, tumori dello stomaco**, sulla base dei risultati precedentemente raccolti con la Semeiotica Biofisica Quantistica. Interessante il fatto che per escludere la presenza di **polipi** è sufficiente che il medico pensi di stimolare il "possibile" polipo comprimendolo tra due dita: in assenza delle neoformazione gastrica non compare alcun riflesso gastrico aspecifico e ciecale.

Al contrario, la neoformazione aggettante nel lume causa il riflesso gastrico aspecifico e ciecale nell'esaminatore, quando egli pensa di stimolare la lesione nella sua sede precisa della parete del viscere. Detto latrimenti, simultaneamente allo stimolo pressorio *virtuale* si osservano i due riflessi, la cui intensità è correlata direttamente alle dimensioni (volume) della malformazione.

L'*iter* diagnostico delle gastroenteropatie inizia con la comparsa del riflesso gastrico aspecifico, "simultaneo" al pizzicotto intenso della cute alla base del collo, subito sopra il giugulo sternale. Appare interessante la successiva diagnosi di gastrite acuta, facilitata dalla pressione manuale medio-intensa e persistente, applicata sopra la proiezione cutanea del cieco, seguita dalla dilatazione dello stomaco (e del duodeno) con durata inferiore al normale (NN = 10 sec. esatti).

Inoltre, la valutazione della microcircolazione della mucosa gastrica mostra il tipico quadro dell'attivazione fisiologica, tipo I, associata, notoriamente caratterizzata dalla parallela intensificazione sia della *vasomotility* sia della *vasomotion* locali.

A questo punto il medico corrobora la diagnosi fatta con i dati raccolti dall'indagine diagnostica psicocinetica condotta mentalmente stimolando le single parti della mucosa gastrica, come sopra riferito. E' facile riconoscere diverticoli, polipi e infiammazioni, sebbene circoscritte, come in caso di antrite da regurgito biliare, dove la dilatazione dell'antro gastro-duodenale mostra una durata inferiore ai normali 10 secondi. In questo caso, il medico stimola col pensiero l'antro gastro-duodenale: compare il riflesso gastrico aspecifico e ciecale dopo un tempo di latenza patologico (NN = 8 sec.) e con intensità superiore al normale (NN inferiore a 2 cm.).

Prima di terminare l'argomento relativo all'esame dello stomaco, ricordo che nel sano la pressione "mentale" applicata sopra la superficie peritoneale del viscere provoca il riflesso gastrico aspecifico e ciecale dopo i fisiologici 8 sec. (1-11)

Al contrario, in caso di **perforazione da ulcera gastrica**, magari iniziale, il tempo di latenza dei due riflessi appare ridotto (1-2 sec.) e sono presenti *in loco* i segni infiammatori ormai noti.

In modo analogo al procedimento descritto per la corretta indagine della parte gastrica, è possibile esaminare altri visceri, come le vie urinarie, biliari, respiratorie, i dotti ghiandolari, mammari, pancreatici, prostatici, conseguendo risultati veramente eccezionali.

Una singolare applicazione di questo metodo diagnostico, nato con l'applicazione della psicocinesi alla biologia, è l'indagine di malattie delle sierose, **pleurite, pericardite, peritonite**, facilitandone la diagnosi, la diagnosi-differenziale e favorendone il monitoraggio terapeutico (1-11).

Nelle sierositi, il medico stimola col pensiero, mentalmente come ormai noto, qualsiasi punto della superficie interna e/o esterna di questi tessuti. Nella mia esperienza ha dimostrato una notevole efficacia la manovra virtuale di eseguire una pressione intensa su singole parti del foglietto esterno della pleura, del pericardio, del peritoneo, "sollevandolo" mentalmente: la simultanea comparsa del riflesso gastrico aspecifico testimonia la presenza di una patologia sierosa locale, la cui gravità è direttamente correlata con l'intensità del riflesso, che pertanto svolge un ruolo centrale sia nella diagnosi sia nel monitoraggio terapeutico.

Concludo questa parte del capitolo, riportando un interessante caso di **rottura del menisco** diagnosticato nel padre di un mio carissimo amico, che abita lontano parecchie centinaia di chilometri.

A seguito di un grave distorsione al ginocchio sinistro, su mio consiglio telefonico, il paziente è stato accompagnato al PS del suo ospedale. La diagnosi psicocinetica era di lesione al menisco esterno del ginocchio sinistro con sofferenza del legamento crociato esterno e versamento endo-articolare, aumentato chiaramente nel corso del monitoraggio terapeutico.

Dopo gli accertamenti prontamente eseguiti al PS, completati dopo alcuni giorni dalla visita ortopedica ed in attesa della RNM al ginocchio sinistro, il mio amico mi scrive tra l'altro: "Ti faccio un piccolo aggiornamento sulle condizioni di mio papà. Ieri l'ha visitato lo specialista (distorsione ginocchio sx, lesione meniscale esterna, distrazione LCE), e come era prevedibile gli ha detto di fare un risonanza magnetica, cosa che farà sabato questo, tra un paio di giorni. Nel frattempo sta facendo un ciclo di sedute fisioterapiche per una settimana (laser, tecar, mesoderm)".

Dopo quattro giorni, eseguita la RNM, ricevo una mail che mi informa: "Ho avuto da poco delle anticipazioni sull'esito della risonanza magnetica, da parte del primario, che essendo un amico, ha già guardato il giorno stesso la situazione del ginocchio. Dice che entrambi i menischi sono rotti, e che i legamenti non sono presi proprio bene. In ogni caso ti comunicherò a breve, tra 3 giorni, la diagnosi esatta e specifica".

Ed ecco la mia pronta risposta sulla base dei dati della diagnostica psicocinetica:

"Caro Simone, nonostante la necessità di sviluppare e precisare ulteriormente la diagnostica psicocinetica... legamento e menisco interni NON sembrerebbero colpiti. Ho mentalmente stimolato INVECE il menisco esterno di Sn come non avevo fatto prima (Pressione dall'alto e dal basso schiacciandolo contro l'osso opposto, femore e poi tibia, ed effettivamente la risposta è di frattura. Il diabete è abbastanza controllato; dislipidemia sempre presente. Tienimi informato!

Un Abbraccio. Sergio".

Il giorno 6 luglio, dopo che il radiologo ha firmato il referto, ricevo la seguente mail: "Caro Sergio, sei sempre un grande. Ecco la diagnosi della RMN ginocchio sinistro: Rottura complessa interessa pressoché totalmente il menisco esterno. Rottura di vecchia data nel corpo-corno posteriore del menisco mediale estesa dalla superficie meniscale inferiore fino al piano capsulare. Regolari i legamenti crociati, il tendine della rotula e i legamenti collaterali. Un po' ridotta di spessore la cartilagine di rivestimento condiloidea e tibiale. Nella norma il corpo di Hoffa e le strutture del cavo popliteo. Versamento articolare.

Come sopra, avevi pienamente ragione: c'è la sola rottura del menisco esterno, mentre era già presente una rottura di vecchia data.

Un forte abbraccio!!"

In realtà, io controllavo il ginocchio sofferente più volte al giorno, come sopra riferito: la pressione eseguita “mentalmente” sopra la superficie esterna ed interna del ginocchio sinistro provocava il riflesso gastrico aspecifico dopo 3 sec. (NN = 8 sec.), di intensità in graduale diminuzione: inizialmente 3 cm. (NN = 1 cm. dopo un tempo di latenza di 8 sec.), segno di versamento endo-articolare. La stimolazione pressoria applicata con la mente sopra il menisco interno provocava immediatamente il riflesso gastrico aspecifico espressione della sua rottura; infine, la pressione-stiramento applicata sopra il legamento crociato esterno segnalava la sua sofferenza: tl di 4 sec.. Con la sola eccezione del danno al menisco esterno, i segni miglioravano significativamente col passare del tempo.

Per quanto riguardava, invece, la mancata diagnosi di vecchia rottura del corno posteriore del menisco del ginocchio sinistro, che mi era sfuggita perchè esercitavo la pressione “lieve-media” sopra la sola parte centrale del menisco, ho imparato ad applicare la pressione separatamente e successivamente sopra la parte meniscale anteriore, media e posteriore, dopo aver esercitato, però, la pressione “intensa” sopra un punto qualsiasi del menisco, secondo l’insegnamento della semeiotica biofisica quantistica. Un lieve riflesso gastrico-aspecifico inferiore ad 1 cm., dopo soli 4 sec. di tempo di latenza, evidenziò in effetti la pregressa frattura meniscale nella esatta sede indicata dalla RNM.

A questo punto sottolineo il valore primario della diagnostica psicocinetica quando un individuo si ammala improvvisamente lontano da un centro di assistenza. Pensiamo, a modo di esempio, a persone che vivono in montagna oppure a turisti che si trovano ad alta quota per le ferie. Analogo ragionamento vale per coloro che sono in barca sul mare, lontano dal litorale, per lavoro o per divertimento. Dalla diagnosi fatta dal medico con il semplice aiuto di un telefonino dipende poi il tipo di assistenza loro riservata, la più idonea del caso e sempre tempestiva.

Prima di concludere questo paragrafo, a modo di introduzione al successivo, dedicato al monitoraggio nella biologia psicocinetica, è quanto mai opportuno sottolineare un fatto di notevole rilevanza, certamente apprezzato *in primis* dai medici di famiglia con un numero elevato di assistiti, che conoscono quanto il tempo sia prezioso, specialmente se devono fare visite domiciliari lontano dalla loro abitazione. Quando telefonicamente viene prenotata una visita domiciliare urgente, per esempio, a causa di un dolore addominale acuto in un bambino oppure a seguito di una sindrome vertiginosa in un vecchio con esiti di ictus, se il medico è occupato in ambulatorio per qualsiasi motivo (molti pazienti in sala di attesa, una visita da portare a termine, etc.) immediatamente può procedere al “primo” atto diagnostico, che auspicabilmente permette di rinviare di un certo tempo la visita.

Infatti, per quanto riguarda i nostri due casi di riferimento, se con l’aiuto della diagnostica psicocinetica si accerta che il dolore addominale nel bambino è la conseguenza dell’acetonemia (PNE con tempo di conduzione rallentato significativamente, tempo di latenza del riflesso epato-gastrico-aspecifico ridotto, etc.), secondaria ad episodio acuto febbrile e se la vertigine del vecchio è dovuta ad un attacco influenzale non ancora manifestatosi clinicamente, il medico può tranquillamente ritardare la visita domiciliare e nel frattempo procedere al monitoraggio terapeutico, secondo la biologia psicocinetica.

Valutazione dell’attività funzionale dei sistemi biologici, globale e distrettuale, con la diagnostica psicocinetica.

Da quanto precede deriva che l’*entanglement* quantico rappresenta la vera natura della comunicazione simultanea tra i diversi sistemi biologici di due corpi umani, in certe condizioni sperimentali, e quindi dello studio dei sistemi stessi anche se l’esaminando (a) si trova distante un elevatissimo numero di chilometri dall’esaminatore. E’ indispensabile, infatti, che chi conduce l’indagine pensi al soggetto dello studio e che i due, respirando, producano la sufficiente Energia-

Vibrotoria, cioè ATP, inevitabile per la produzione di un livello di Energia-Informazione tale da consentire alle onde di differente provenienza di *intricarsi*, stabilendo il contatto, come avviene per la radio prima accesa e poi sintonizzata su una definita lunghezza d'onda, quando il volume è adeguato.

Dal punto di vista clinico, l'Esperimento di Lory corrobora i risultati dell'esperimento di A. Aspect, ripercuotendosi positivamente nel campo della semeiotica fisica, dando origine alla Diagnostica Psicocinetica, ed esemplificando la nuova via di trasmissione di energia. Infatti, la trasmissione di energia mediante la "forza" e quindi con consumo di energia stessa ed a velocità limitata inferiore a quella della luce, non è l'unica via di produrre una azione con consumo di energia.

La trasmissione di energia, necessaria a compiere una determinata azione senza dispendio energetico a distanza nello spazio, ma simultanea nel tempo, è resa possibile dal fenomeno noto come *entanglement*, analogamente al fenomeno noto in chimica come catalisi.

La stimolazione pressoria, mediante il solo pensiero, di precisi *trigger-points* dell'esaminando, può essere seguita dal preconditionamento nell'esaminatore, il medico, inconfutabile dimostrazione che il pensiero ha prodotto un'azione, un movimento, esercitando una forza fisica a distanza. Grazie al collegamento quantico tra i sistemi biologici dei due individui, a seguito cioè dell' *entanglement*, a quella azione simultaneamente ne accade una altra, a ritroso, osservata nell'esaminando.

A questo punto ho congetturato possibile provocare nel soggetto da studiare, così come nello stesso medico, definite attivazioni tessutali, sia globali sia circoscritte, con la sola "forza" del pensiero, secondo lo spirito della psicocinetica.

Per esempio, ho valutato di base, direttamente e psiconeticamente, il tempo di latenza del riflesso polpastrello digitale (= indice mano destra!): nel sano è di 8 sec., espressione di un fisiologico rifornimento di materia-informazione-energia.

A questo punto ho stimolato col pensiero il flusso sanguigno nella relativa arteria digitale, provocando distalmente all'arteria digitale l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associata. Nella seconda indagine il tempo di latenza risultò raddoppiato: 16 sec.

Dall'agosto del 2009, stimolato da questi risultati, conduco ricerche finalizzate ad accertare la possibilità di incrementare l'attività biologica dei sistemi biologici, sia globale sia circoscritta ad una parte anche piccola di parenchima. In precedenti lavori, come riferito anche nel paragrafo precedente, ho illustrato per la prima volta la valutazione clinica dei **PPARs** di base o dopo prove di stimolazione, che nel sano provocano un incremento significativo della loro attività (34-39) (V. anche due articoli in Pratiche Applicazioni nel mio sito www.semeioticabiofisica.it).

Nel sano, per esempio, l'attivazione dei PPARs del fegato fa salire il tempo di latenza del riflesso epato-gastrico aspecifico da 8 sec. a 16 sec., come si osserva nelle prove da stimolazione con Adiponectina, Melatonina endogena e Insulina (ibidem).

Nel sano identici risultati si osservano quando l'esaminatore pensa di incrementare il flusso ematico nel fegato, e di conseguenza il locale metabolismo ad opera appunto della stimolazione "virtuale dei recettori dei proliferatori perossisomiali.

Al contrario, in caso di ipofunzione dei PPARs epatici i risultati sono compromessi in relazione alla alterazione funzionale sottostante. Naturalmente, la valutazione può essere applicata ad un singolo settore del fegato. In caso di una lesione circoscritta, di natura ancorchè benigna, si osserva la ridotta attività funzionale sia di base sia soprattutto dopo la stimolazione virtuale e locale dei PPARs. Si comprende facilmente il notevole contributo diagnostico di questa metodica per corroborare e precisare la diagnosi di lesione epatica sia diffusa sia localizzata ad un segmento del fegato.

Nel riconoscere la presenza di **colecistiasi** è estremamente affidabile la stimolazione mentale del viscere. Il medico comprime col pensiero la cistifellea, come se la tenesse tra le mani: nel sano, il volume del viscere si riduce in modo statisticamente significativo, mentre nella colecistiasi la

riduzione è compromessa oppure assente del tutto, in rapporto alla quantità e/o dimensioni dei calcoli presenti.

Per valutare le condizioni delle pareti del viscere, è consigliata la dilatazione virtuale della cistifellea “come se si spingesse aria all’interno del viscere”. Nel sano, dopo un tempo di latenza di 8 sec compare il riflesso gastrico aspecifico dalla durata inferiore a 4 sec.

Al contrario, in presenza di sofferenza parietale di natura oncologica o infiammatoria, il riflesso gastrico aspecifico presenta i noti valori parametrici caratteristici. Naturalmente, le varie stimolazioni, prodotte mentalmente, possono essere applicate anche in aree circoscritte, facilitando la localizzazione esatta della lesione e i suoi diametri.

Con la percussione ascoltata delle cistifellea, applicata in modo ripetuto, il medico osserva ovviamente le variazioni del volume della colecisti o dei singoli settori stimolati “mentalmente”.

Una variante veramente originale di questo affascinante ed affidabile metodo diagnostico psicocinetico è la valutazione della **motilità viscerale** di base e durante la provocazione di una onda peristaltica, secondo la velocimetria semeiotico-biofisica.

Pensiamo al paziente affetto da Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo, GERD, dove generalmente, ma non sempre, è presente l’ernia jatale da scivolamento. Il processo infiammatorio esofageo rallenta il passaggio dell’onda, per cui il tempo che impiega l’onda originata all’estremo superiore del viscere è superiore ai fisiologici 5 sec., in relazione alla gravità della sottostante esofagite, di cui permette il monitoraggio terapeutico. Sia il processo flogistico, sia la locale acidità, variamente correlati tra loro, ostacolano il progredire dell’onda peristaltica.

Detto questo, il medico stimola col pensiero il passaggio faringo-esofageo mediante pressione endoluminale o con un pizzicotto cutaneo del corrispondente *trigger-points*. Simultaneamente compare una onda peristaltica, di cui si può calcolare esattamente la velocità mediante il numero di secondi necessari per raggiungere il LES. E’ ovvio che la normale velocità dell’onda peristaltica jatrogenetica escluse qualsiasi patologia esofagea.

In modo analogo, il medico può valutare la velocità dell’onda peristaltica in altri visceri, come lo stomaco e colecisti-coledoco, affidabile nell’escludere la presenza di litiasi endo-cavitaria in modo rapido ed affidabile.

A questo proposito, ricordo l’applicazione di questo originale metodo di valutazione funzionale all’**apparato urinario**, in riferimento sia alla velocità dell’onda peristaltica ureterale (ureterite, calcoli, lesioni nodulari), sia alla produzione di urina, con conseguente aumentato flusso urinario in condizione fisiologica: periodo inferiore ai 18 sec. ed incremento delle oscillazioni ureterali.

Il medico stimola nella maniera ormai nota, cioè mentalmente, il flusso ematico in una arteria renale e pensa di incrementare la sintesi urinaria mediante virtuali peptidi natriuretici. In questo preciso momento, nel sano, il rene stimolato aumenta significativamente i suoi diametri per tutta la durata della sperimentazione, analogamente a quanto accade nell’indagine di qualsiasi altro tessuto.

Al contrario, in caso di **patologia renale**, diffusa (**rene grinzo**), o circoscritta (**ciste renale, tumore, ecc.**) si osserva una ridotta o assente modificazione del volume renale.

E’ facilmente comprensibile che la velocità dell’onda peristaltica ureterale in caso di **ureterite, calcolo ureterale, tumore benigno e maligno**, è ridotta in modo statisticamente significativo.

Infine, la presenza di una **malattia della vescica urinaria** è caratterizzata dalla assenza di sintesi anticorpale, indipendentemente dalla sua natura, subito accertata nel modo noto: nel sano, esercitando col pensiero la pressione digitale in modo lieve e diretto sopra la vescica urinaria, oppure stimolando con un pizzicotto “virtuale” di lieve intensità i *trigger-points* della vescica urinaria, dopo un tempo di latenza di 6 sec. compare il riflesso gastrico aspecifico seguito dalla Contrazione Gastrica tonica, espressione di sintesi anticorpale (37-40).

La stimolazione con la mente dell'attivazione del flusso globale e regionale nel cuore si è rivelato eccellente ed affidabile nella personale sicura esperienza per riconoscere la **cardiopatia coronarica, le valvulopatie, le malformazioni cardiache**, ecc.

Ho visitato recentemente una donna operata 42 anni or sono a causa di una **incompleta chiusura del setto inter-ventricolare** con esito in guarigione. Attivando con il pensiero l'afflusso di sangue al ventricolo destro, solo questa camera cardiaca simultaneamente aumenta di volume, ma non il ventricolo di sinistra, come si osserva nella pervietà del setto interventricolare. Inoltre, mentre nel sano la stimolazione "mentale", esercitata sopra il setto inter-ventricolare ed inter-atriale provoca il riflesso gastrico aspecifico dopo un tempo di latenza di 8 sec., nella paziente il valore parametrico era sceso a 6 sec. Infine, esclusivamente durante la pressione "virtuale" applicata sopra la parte centrale del setto, sede della cicatrice chirurgica, compariva il riflesso ureterale superiore, caratteristico delle AVA, tipo II, gruppo B, secondo Bucciantè, ma del tipo cicatriziale, da me descritto, dalla tipica durata di 30 sec. (40-44).

Ho riferito sopra i dati preziosi ottenuti con la stimolazione "virtuale dei vari orifizi valvolari, che sono poi corroborati dai risultati della valutazione del cuore e delle sue singoli componenti, altrove ampiamente descritta (11). In realtà, nel sano, la stimolazione pressoria endoluminale delle singole **strutture valvolari**, realizzata col solo pensiero di "dilatare" la valvola, dopo 8 sec. causa il riflesso gastrico aspecifico, con la fisiologica durata $> 3 \text{ sec.} < 4 \text{ sec.}$

Al contrario, in presenza di una **valvulopatia** il tempo di latenza si abbassa e la durata risulta di 4 sec. o maggiore, mostrando una intensità in relazione alla gravità della sottostante **patologia valvolare**.

Interessante è la valutazione dinamica virtuale delle singole componenti del cuore mediante l'osservazione attenta delle contemporanee variazioni di intensità delle oscillazioni dei riflessi ureterali, che informano sull'attivazione microcircolatoria delle aree miocardiche relative, e sull'attività parenchimale, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (11, 13, 14, 46, 47).

Infine, suggerisco al lettore la seguente semplice manovra diagnostica psicocinetica, dimostratasi assai affidabile e ricca di informazioni sulla presenza e sede della cardiopatia ischemica, come mi permette di affermare la mia personale esperienza. Nel sano, come noto, il medico stimola mediante pressione digitale "intensa" singole superfici atriali e ventricolari: simultaneamente l'atrio e, rispettivamente, il ventricolo corrispondenti si dilatano in modo significativo.

Al contrario, quando la pressione è applicata sopra una area ipossigenata a causa della cardiopatia ischemica, la dilatazione dell'è camere cardiache è minima.

Il lettore comprende che è possibile, con analogo metodo, procedere alla stimolazione mentale di tutti i sistemi biologici, ottenendo dati clinici preziosi per la loro valutazione funzionale.

Monitoraggio terapeutico nella biologia psicocinetica.

A tutti i medici di Medicina Generale è ben nota l'importanza del monitoraggio terapeutico, finalizzato anche alla corroborazione o precisazione della diagnosi clinica precedentemente fatta. In realtà, riconoscere correttamente un processo patologico nella sua fase iniziale rappresenta spesso una situazione di non facile gestione per un medico pure di lunga esperienza. Pensiamo alle fasi veramente iniziali dell'**epatite** e delle **comuni malattie infettive dell'infanzia**.

Inoltre, riconoscere con certezza, per esempio, un **appendicite retro-ciecale** la cui fenomenologia clinica è spesso fuorviante per chi non conosce la Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica, oppure diagnosticare correttamente la natura di un **dolore addominale di tipo colico** mediante la semeiotica fisica ortodossa è spesso difficile. Nella mia lunga esperienza ho letto molte volte diagnosi di "Abdominalgia" e "Addome Acuto", fatte da esperti Colleghi al PS di eccellenti Ospedali a pazienti risultati poi colpiti da **appendicite, celiachia, diverticolite di Meckel**.

Inoltre, posta con sicurezza la diagnosi di appendicite, sulla base di segni semeiotico-biofisico-quantistici specifici, ma non particolarmente intensi, il medico può lodevolmente decidere di

instaurare a domicilio un trattamento dietetico e farmacologico del processo infiammatorio acuto, rimandando possibilmente l'intervento chirurgico ad un tempo successivo al "raffreddamento" dell'appendicite. In questi casi è strettamente necessario l'accurato monitoraggio nelle prime ore successive alla diagnosi per riconoscere immediatamente l'eventuale aggravamento del processo infiammatorio appendicolare e intervenire chirurgicamente in modo tempestivo per prevenire le note complicazioni.

La nascita della Biologia Psicocinetica ha radicalmente trasformato, come ben si comprende, non soltanto il processo diagnostico, ma anche il monitoraggio terapeutico, praticato secondo bisogno e più volte nella stessa giornata, anche se il paziente è lontano chilometri dal curante. Infatti, il medico generalista, con un numero elevato di pazienti da assistere, si trova molto ostacolato, se non impossibilitato, a seguire un malato domiciliato lontano dalla sua abitazione e dal suo studio.

Pensiamo al monitoraggio di un paziente diabetico sofferente per colica epatica da colelitiasi, che vive distante decine di chilometri dal curante. Nella impossibilità di controllare la evoluzione della sintomatologia clinica e della patologia biliare in modo affidabile, il medico è costretto a ricoverare in ospedale il paziente, trattato poi auspicabilmente con successo come avrebbe potuto fare il curante se avesse potuto utilizzare un rigido monitoraggio terapeutico. Ne consegue che la Bio-Psicocinetica è in grado di ridurre la spesa sanitaria dovuta a ricoveri oggi necessari per l'impossibilità di seguire assiduamente i malati, magari correttamente diagnosticati con la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Una riflessione sulla notevole utilità pratica del monitoraggio bio-psicocinetico va fatta per quanto riguarda i pazienti lontano da un medico, inclusi i familiari, amici ed assistiti che al momento si trovano, per lavoro, turismo, o altri motivi, all'estero e che sono desiderosi quanto il sanitario di conoscere la reale natura della malattia che li ha colpiti, secondo il parere del medico di loro fiducia. Come scritto nel paragrafo precedente, fatta la diagnosi ad un malato che si trova lontano da qualsivoglia forma assistenziale, può essere ugualmente confortevole sia per il medico sia per il malato ottenere informazioni precise sulla reale evoluzione del processo morboso acutamente insorto.

La Diagnostica Psicocinetica nella Lotta al Terrorismo Psicologico Jatrogenetico.

In numerosi scritti ho illustrato il concetto di terrorismo psicologico jatrogenetico, che da anni ormai imperversa incontrastato tra la stragrande maggioranza dei pazienti e dei loro familiari ed amici (48, 49). Di seguito descrivo un caso paradigmatico di terrorismo psicologico jatrogenetico, trattato con successo utilizzando la Semeiotica Biofisica Quantistica Psicocinetica.

E' sufficiente la semplice lettura di quanto segue per comprendere la gravità del terrorismo psicologico jatrogenetico, assai diffuso nell'era della tecnologia medica al suo vertice, e della necessità ed urgenza di una lotta da condurre congiuntamente nel comune interesse, condivisa da medici e pazienti, sia attuali sia potenziali,.

Una paziente, capitata casualmente alla mia osservazione durante le ferie trascorse a Porretta Terme nell'agosto del 2009, nell'Hotel Santoli, dove stavo completando ed aggiornando il presente volume e dove nell'agosto dell'anno precedente terminai la mia Monografia "*Reale Rischio Semeiotico Biofisico*", pubblicata e messa in circolazione proprio in quei giorni.

I casi paradigmatici di terrorismo psicologico jatrogenetico di seguito illustrati dimostrano, in maniera inconfutabile, la gravità di un problema di portata mondiale, che nessun medico osa affrontare e risolvere con la dovuta decisione, dopo aver preso coscienza del sua inquietante presenza, da me ripetutamente denuncia (48-50).

Caso 1) A. L. di anni 35, domiciliata a Riva Trigoso, esegue ad Aprile del 2008 una programmata ecografia mammaria per monitorare alcuni nodi mammari bilaterali di natura prevalentemente

fibrosa. Nel referto si legge che una di queste alterazioni, localizzata nel quadrante superiore esterno della mammella sinistra, appare sospetta per i caratteri relativi alla densità e ai margini, per cui viene consigliata una mammografia, che, eseguita dopo dieci giorni, non porta gli attesi chiarimenti diagnostici.

Ne consegue che il senologo, di conseguenza consultato, consiglia l'esame istologico della lesione. Due mesi dopo, sulla base di una indagine anatomo-patologica della alterazione risultata tutt'altro che chiara e definitiva, che ancora una volta parla di sospetto di un cancro del seno per la presenza di cellule anomale nell'esame istologico, si consiglia alla paziente l'intervento chirurgico (eseguito nel luglio del 2008, dopo quattro mesi dalla prima ecografia!) con successivo completo esame istologico della lesione asportata.

Su consiglio della suocera, che mi telefona pregandomi di visitare la malata, pur conoscendo bene le mie condizioni di vecchio pensionato in precarie condizioni di salute, visito la giovane donna colpita da uno stato di comprensibile ansia. Con grande piacere la informo che non essendo positiva per il Terreno Oncologico, il nodo del seno non poteva essere un cancro. La diagnosi clinica è stata confermata dal chirurgo dell'Ospedale di Sestri Levante, tre giorni dopo.

Caso 2) C.L. di 78 anni, di Firenze, ospite nello stesso albergo dove alloggiano da anni nel periodo di riposo estivo, ad alta voce raccontava ai numerosi presenti, tra i quali mi trovavo anch'io, la sua triste avventura "sanitaria", iniziata sette mesi prima, precisamente il 2 febbraio. Colpita da una colica renale (la paziente "non" riferì se a destra o sinistra!), le fu consigliato di eseguire una ecografia dell'addome alto, che confermò la diagnosi clinica e, inoltre, mise in evidenza inaspettatamente una alterazione nodosa nel pancreas di "sospetta" natura neoplastica, la cui precisa sede la donna non sapeva riferire.

Fu l'inizio della comprensibile tragica avventura, durata ben sette mesi e non ancora conclusa quando la poveretta ci informava su quanto accadutole.

Dopo alcune visite presso un noto specialista chirurgo fiorentino, consigliatole dal bravo curante, le furono prescritte una prima RNM del pancreas, che confermava la lesione pancreaticca senza tuttavia poterne precisare la natura, preceduta da numerosi esami di laboratorio, tra cui ovviamente i noti biomarcatori tumorali, risultati tutti nella norma, a detta della paziente.

Dopo la prima serie di esami, la cui esecuzione richiese naturalmente molto tempo secondo lo *standard* di tutte le ASLs, su suggerimento di un altro chirurgo, fu eseguita una inutile biopsia pancreaticca, che non portò ad alcun chiarimento diagnostico.

Prima della partenza per Porretta Terme, la paziente si sottopose ad una seconda RNM del pancreas, da cui non risultò nulla di nuovo, secondo quanto affermato dallo specialista radiologo. Per la migliore precisazione diagnostica, le radiografie furono inviate dallo stesso Collega, evidentemente lodevole per la sua onestà intellettuale, ad un illustre specialista di sua fiducia.

Al momento la signora, giustamente preoccupata, era in attesa di ulteriori informazioni diagnostiche.

Medico generico in pensione da ormai nove anni, dal 2001 in precarie condizioni di salute per gli esiti di un IMA, condividendo il giudizio che un Medico rimane tale per tutta la vita e perfettamente d'accordo con quanto scrive San Paolo a proposito della Carità (I Lettera ai Corinzi, 13,13: *Queste dunque le tre cose che rimangono: la fede, la speranza e la carità; ma di tutte più grande è la carità!*), presentatomi alla paziente, affermai che le sue apparentemente ottime condizioni di salute mi autorizzavano ad escludere un **cancro del pancreas**, "casualmente" sospettato la prima volta sette mesi prima nel corso di una ecografia eseguita per altri motivi. La donna rispose che, in verità, anche il suo medico curante, ma non tutti gli altri evidentemente, era del mio stesso parere!

Dopo aver illustrato le basi fisiche della nuova diagnostica, per comprensibili motivi, come promesso, appena ritornato nella mia camera ho "visitato" la paziente con la **Diagnostica Psicocinetica**, comportamento che, tra l'altro, mi consentiva di rispettare il regolamento dell'Hotel Santoli, di Porretta, secondo cui non si devono accogliere ospiti nelle stanze!

La paziente non presentava i segni caratteristici del Terreno Oncologico e neppure quelli della Costituzione Diabetica. Al contrario, erano presenti la Costituzione “litiasica”, Reumatica, Osteoporotica con relativo Reale Rischio Congenito in evoluzione.

Evidenti i segni dell’ernia jatale senza GERD: non segni di gastro-duodenite, LES ben funzionante, mucosa esofagea senza Reali Rischi Congeniti di esofagite per assenza del caratteristico rimodellamento microvascolare locale. Facilmente riconoscibile la presenza di una Ciste Epatica nella regione superiore del V settore epatico e numerose Cisti Parapieliche nella metà superiore del solo rene sinistro, deponendo per la sede della colica renale pregressa.

Gli altri apparati, cuore, polmone, ecc., risultavano indenni da patologie in atto e da reali rischi congeniti.

Per quanto riguarda il pancreas, nella parete anteriore del corpo, era presente un nodulo prevalentemente fibroso (= microcircolazione disattivata con AL - PL = 5 sec., e il tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico è di soli 3 sec., mentre nella ciste il tempo di latenza del riflesso gastrico aspecifico è 5 sec. e AL - PL = 4 sec.), i cui diametri erano di 2,5 cm circa, accanto ai tipici segni flogistici localmente (= positivo il riflesso pancreatico-gastrico aspecifico di tipo II).

Ho riferito il tutto alla paziente che era ovviamente ed evidentemente felice, ma soprattutto sorpresa dal fatto che avevo riconosciuto rapidamente la sua ricca patologia: “sono piena di cisti, mi curo per l’osteoporosi e la colica renale era proprio a sinistra”.

Caso 3) G.V. di anni 70, domiciliato a Riva Trigoso, in apparentemente ottime condizioni di salute, affetto da adenoma prostatico al lobo destro della ghiandola, da circa un anno presentava costantemente valori di PSA di poco superiori ai 4ng/ml. Nell’ultimo controllo eseguito il livello ematico dell’antigene era salito a 6,4 ng/ml, per cui il Collega del Laboratorio, che eseguì l’esame e consegnò il referto, consigliò al paziente di consultare al più presto il suo Medico curante, amico mio, che purtroppo era in ferie. La moglie, in preda ad evidente stato ansioso, mi telefona pregandomi di visitare il marito, anche in considerazione per la vecchia amicizia che ci lega. Dopo mezz’ora informo l’interessato che per potere essere colpito da un cancro prostatico è necessaria la presenza del Terreno Oncologico, che in lui non era evidenziabile.

Bibliografia

- 1) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
- 4) Stagnaro Sergio. [Pollio's Sign in bedside Recognizing renal Cancer, since its initial Stage of Inherited, Oncological Real Risk.](http://sciphu.com/) Sunday, March 22, 2009. <http://sciphu.com/>
- 5) Stagnaro Sergio. La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. www.fce.it 02-05, 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47
- 6) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008 http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47
- 7) Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17 <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
- 8) 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>
- 9) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it , 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 10) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 11) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica Quantistica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it/>
- 12) 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/>
- 13) 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/>
- 14) Stagnaro Sergio. Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009. <http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 15) Stagnaro Sergio. Stagnaro Sergio. CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxigenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 16) Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47 e alla URL <http://www.clicmedicina.it/pagine-n-32/diabete-semeiotica.htm>
- 17) Stagnaro S., Valutazione percusso-ascoltatoria della microcircolazione cerebrale globale e regionale. Atti, XII Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. 13-15 Ottobre, Salerno , e Acta Medit. 145, 163, 1986
- 18) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994

- 19) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. *Acta Med. Medit.* 5, 141, 1989.
- 20) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1988.
- 21) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000
- 22) Stagnaro Sergio. Newborn-pathological Endoarteriolar Blocking Devices in Diabetic and Dislipidaemic Constitution and Diabetes Primary Prevention. *The Lancet*. March 06 2007. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603316/comments?totalcomments=1>, and especially www.fce.it, <http://www.fceonline.it/docs/stagnaro.pdf>
- 23) Stagnaro Sergio. Diagnostica Psicocinetica, Evoluzione della Semeiotica Biofisica Quantistica. 30 maggio 2009, URLs: <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4823> ; <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Biografia.htm> ; <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>; http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=11161&Itemid=47 ; <http://fai.informazione.it/search.aspx?whclau=quantistica+>;
- 24) Stagnaro Sergio. Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. *The Lancet*, January 28, 2008. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608601014/comments?action=view&totalComments=2>; See <http://www.fceonline.it/docs/stagnaro.pdf>
- 25) Stagnaro Sergio. Comment to "Liz Wager: If comment is cheap why is peer review so expensive?". www.BMJ.com, April 17th, 2009, <http://blogs.bmj.com/bmj/2009/04/16/liz-wager-if-comment-is-cheap-why-is-peer-review-so-expensive/#comments>
- 26) 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.
- 27) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 28) Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture*, V Virtual International Congress of Cardiology, 2007. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 29) Stagnaro Sergio. *Teoria Patogenetica Unificata*, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
- 30) Stagnaro Sergio. Ruolo Dell'Angiobiopatia Nella Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica. www.ilpungolo.com, 29 Maggio 2008. <http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5609>
- 31) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: La Teoria dell'Angiobiopatia. <http://www.fcenews.it>, 2009. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=47
- 32) Stagnaro Sergio. Quantum Biophysical Semeiotics: The Theory of Angiobiopathy. <http://sciphu.com/>, 11 May, 2009. and <http://wwwshiphusemeioticscom-stagnaro.blogspot.com/>
- 33) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Auscultatory Percussion in Detection Focal Liver Lesions even Clinically Silent. *Acta Med. Medit.* 8, 89-94.
- 34) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*. 2005, 4:13, doi:10.1186/1475-2840-4-13
- 35) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14>
- 36) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. *Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico*. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm

- 37) 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/semiotica_biofisica_2.htm
- 38) 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
- 39) 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/>
- 40) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopsiosi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25, 1997.
- 41) Stagnaro Sergio. Il Ruolo della Valutazione Semeiotica Biofisica Quantistica dell'Endotelio nella Medicina del Futuro. 6 maggio 2009, <http://www.fcenews.it>, <http://www.fcenews.it/docs/endotelio.pdf>
- 42) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. Acta Med. Medit. 4, 91, 1988.
- 43) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. Acta Med. Medit. 5, 141, 1989.
- 44) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Modificazioni della viscosità ematica totale e della riserva funzionale microcircolatoria in individui a rischio di arteriosclerosi valutate con la percussione ascoltata durante lavoro muscolare isometrico. Acta Med. Medit. 6, 131-136, 1990.
- 45) Stagnaro Sergio. Ruolo Dell'Angiobiopatia Nella Semeiotica Biofisica Quantistica. www.ilpungolo.com, 29 Maggio 2008. <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5609>
- 46) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: La Teoria dell'Angiobiopatia. <http://www.fcenews.it>, 2009, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=47
- 47) Stagnaro Sergio. Quantum Biophysical Semeiotics: The Theory of Angiobiopathy. <http://sciphu.com/>, 11 May, 2009. and <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/>
- 48) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 49) Stagnaro Sergio. Medio Evo della Medicina e Terrorismo Psicologico ignorando le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e i Relativi Reali Rischi Congeniti. <http://piazzetta.sfera.net/> 25 novembre 2008, http://xoomer.alice.it/piazzetta/professione/medio_evo.htm
- 50) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Cancro della mammella: prevenzione primaria e diagnosi precoce con la percussione ascoltata. Gazz. Med. It. - Arch. Sc. Med. 152, 447, 1993.
- 51) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 52) 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. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>

Cap. 17

IL I CONVEGNO della SISBQ DI RIVA TRIGOSO.

Il 19 e 20 dicembre 2010, in un suggestivo paesino della costa ligure di Levante, Riva Trigoso, con un piccolo caratteristico porticciolo a far da cornice, si è svolta in riva ad un mare leggermente agitato il primo convegno internazionale sulla semeiotica biofisica quantistica ed il nuovo rinascimento della medicina. Partecipanti provenienti da tutta Italia hanno trovato non poche difficoltà a raggiungere il luogo dell'evento a causa delle avverse condizioni meteorologiche (neve in tutta Italia) e della chiusura di alcune autostrade e stazioni ferroviarie. Alla fine ha prevalso la determinazione e la volontà di assistere ad un evento storico che rimarrà per sempre nella storia della medicina.

Ha aperto il convegno Simone Caramel, organizzatore dell'evento, introducendo il primo relatore accreditato, il cardiologo Mario Siniscalchi, proveniente da un Ospedale della Campania.

Il dottor Siniscalchi applica la Semeiotica Biofisica Quantistica già dal 2003 in una UTIC – Unità di Terapia Intensiva Coronarica.

Ecco con le sue parole la sua significativa esperienza:

“Nel campo cardiologico ed in special modo nella valutazione dei soggetti giunti in ospedale per dolore toracico, dopo aver eseguito tutte le valutazioni del caso (anamnesi, visita, ECG, enzimi cardiaci e troponina ed eventuale ecocardiogramma), bisogna prendere la decisione cruciale: dimettere o non dimettere il paziente? Non sempre è facile stabilirlo; le sindromi coronariche acute, e specialmente l'angina instabile, hanno un comportamento molto "capriccioso", per cui nelle prime ore tutti i reperti possono sembrare normali, ma dopo qualche ora si innesca il putiferio, fino all'infarto miocardico acuto ed all'arresto cardiaco! Sapendo tutto questo noi cardiologi cerchiamo di osservare il paziente per almeno 6-12 ore e poi decidiamo (dopo aver ripetuto l'ECG e gli enzimi cardiaci). Spesso, anche dopo tutto questo, non è facile giungere con certezza alla conclusione che il dolore toracico non sia di genesi cardiaca. Stando ai protocolli CHEST UNIT dovresti trattenere il soggetto, ripetere ancora ECG ed enzimi ed eseguirgli un test ergometrico: tutto questo, almeno nella maggioranza degli ospedali italiani in cui ho lavorato, non è possibile per la cronica mancanza di posti letto. Una serie di dati di letteratura, infatti, documenta un fatto assolutamente gravoso e funesto: nell'arco del primo mese circa il 2-8 % dei pazienti, giunti in PS per dolore toracico e dimessi, presenteranno una sindrome coronarica acuta!!! Questo dato mi ha sempre angosciato e l'aver incontrato sul mio percorso la Semeiotica Biofisica mi ha consentito, in alcuni casi, di prendere la decisione giusta: di fronte a riflessi di SBQ patologici la mia attenzione saliva esponenzialmente ed anche con ECG – enzimi - esame obiettivo negativo trattenevo il paziente giunto per dolore toracico al fine di eseguirgli il test ergometrico nelle ore successive. Non poche volte, per mancanza di qualsiasi posto letto e barella, ho ospitato il paziente anche sulle sedie a rotelle o nella stanza del medico di guardia: la sorpresa ed il premio (non per il paziente) erano nello scoprire ECG o enzimi positivi al mattino o positività del test ergometrico.

Durante il convegno di Riva si è costituita la Società Internazionale di Semeiotica Biofisica Quantistica, un'organizzazione no-profit che persegue finalità di carattere sociale, civile, culturale e di ricerca etica, scientifica e spirituale. Ha lo scopo primario di promuovere nella medicina, nelle scienze in genere e nella società civile i principi, i metodi e le opere sulla semeiotica biofisica

quantistica creata dal dottor Sergio Stagnaro, in tutti i suoi aspetti teorici e pratici, diagnostici e di terapia preventiva. L'associazione favorisce la formazione, la ricerca e le applicazioni della semeiotica biofisica quantistica, nonché ne promuove, divulga e dissemina, in Italia e all'estero, tutta la produzione scientifica.

Nel perseguire tali obiettivi collabora con Autorità Sanitarie, Università degli Studi, Ospedali, Organizzazioni private e pubbliche operanti nell'area della salute, Riviste scientifiche, Case Editrici, Centri di Ricerca, e qualunque altro Ente che abbia competenza educativa, formativa e di ricerca sul territorio nazionale ed internazionale.

Nel presente capitolo ho voluto riportare sia la mia *Durante* il convegno di Riva si è costituita la Società Internazionale di Semeiotica Biofisica Quantistica, un'organizzazione no-profit che persegue finalità di carattere sociale, civile, culturale e di ricerca etica, scientifica e spirituale. Ha lo scopo primario di promuovere nella medicina, nelle scienze in genere e nella società civile i principi, i metodi e le opere sulla semeiotica biofisica quantistica creata dal dottor Sergio Stagnaro, in tutti i suoi aspetti teorici e pratici, diagnostici e di terapia preventiva. L'associazione favorisce la formazione, la ricerca e le applicazioni della semeiotica biofisica quantistica, nonché ne promuove, divulga e dissemina, in Italia e all'estero, tutta la produzione scientifica.

Nel perseguire tali obiettivi collabora con Autorità Sanitarie, Università degli Studi, Ospedali, Organizzazioni private e pubbliche operanti nell'area della salute, Riviste scientifiche, Case Editrici, Centri di Ricerca, e qualunque altro Ente che abbia competenza educativa, formativa e di ricerca sul territorio nazionale ed internazionale.

Nel presente capitolo ho voluto riferire sia la mia *Lectio Magistralis* tenuta al I Convegno della SISBQ, sia alcuni lavori sul DM scritti per questa circostanza storica.

Come il Lettore può notare, con questi articoli mi sento autorizzato ad affermare di aver posto le basi per una originale lettura della sindrome diabetica, aprendo una nuova e promettente via di lotta al diabete, finalmente centrata sulla Prevenzione Primaria e non sulla terapia.

Ringrazio sinceramente gli Editori di *Diabetologia*, la prestigiosa *peer-reviews* del Regno Unito, da me tenuta informata delle mie ricerche sul DM, in data 13 novembre 2010, mi ha inviato la seguente *mail*:

"Dear Dr Stagnaro

**Many thanks for your email and for alerting us to your work.
Good luck with your next lecture series.**

kind regards

Judy

Diabetologia Editorial Staff

--On 13 November 2010 18:32 +0100

diabetologia-j@bristol.ac.uk"

Semeiotica Biofisica Quantistica: I Cinque Stadi della Storia Naturale del Diabete Mellito tipo 2. Possiamo finalmente iniziare la Prevenzione Primaria.

Per generale ammissione, il diabete mellito tipo 2 è una epidemia in continuo aumento. Le cifre parlano chiaro: nel 2030 sono previsti circa 366 milioni di diabetici, mentre nel 2010 erano 250 milioni. Questi dati delle competenti Autorità mondiali evidenziano chiaramente che errori esistono nella presente politica di prevenzione della patologia, oggi basata sul fallimentare *screening* o prevenzione secondaria.

In molte occasioni, e recentemente nella illustrazione della *Lectio Magistralis*, di seguito riportata, ho sottolineato quelle che sono – a mio parere – le cause della sconfitta.

Innanzitutto, ai fini della prevenzione primaria su scala vastissima di qualsiasi patologia noi dobbiamo essere in grado di tracciare con un fonendoscopio la relativa Linea di Demarcazione, che permette di dividere la popolazione mondiale in due parti, ad iniziare dalla nascita dei singoli soggetti. L'una contenente tutti coloro che sicuramente non saranno colpiti dalla patologia, e l'altra invece che raggruppa i predisposti alla malattia, i quali devono essere sottoposti alla prevenzione e monitorati nel tempo.

La Linea di Demarcazione, che coincide con la Costituzione diabetica, non può essere tracciata con metodologie sofisticate e costose per motivi sia organizzativi sia di costo.

Nel caso del diabete mellito tipo 2, la prevenzione primaria deve essere attuata il più precocemente possibile, cioè a partire dai primi anni di vita, perché le cosiddette “complicazioni” diabetiche, micro- e macro-angiopatiche, insorgono decenni e decenni prima dell'apparire della fenomenologia laboratoristica e clinica diabetica, esclusivamente in soggetti col relativo Reale Rischio Congenito. Solo così possiamo comprendere il differente comportamento dei diabetici nel confronto delle “complicazioni”!

Infatti, accanto a diabetici, magari diventati insulino-dipendenti, senza CAD, retinopatia, nefropatia, esistono diabetici ben compensati, portatori di gravi complicazioni.

Infine, bisogna sempre riflettere su un dato inconfutabile: la macroangiopatia nel diabetico non presenta alterazioni istologiche caratteristiche, e la microangiopatia “diabetica” la osserviamo anche nel vecchio e nel mixedema.

L'unica alterazione micro vascolare veramente tipica del diabete è la degenerazione “a favo d'api”, la cosiddetta *honey coomb-like degeneration*, del tratto intermedio muscolare degli organi di Hoyer-Gossett, notoriamente presenti in pochi tessuti, come polpastrelli della mano e pianta del piede.

Sulla base di una lunga esperienza clinica, mi sento autorizzato ad affermare che al I Convegno Nazionale della SISBQ, tenutosi a Riva Trigoso (Genova) nei giorni 19-20 dicembre 2010, sono state poste le basi per la prima Prevenzione Primaria del Diabete Mellito condotta razionalmente in individui a reale rischio congenito, senza spesa per il SSN e su vastissima scala.

1° Convegno Nazionale:

"La Semeiotica Biofisica Quantistica ed il Nuovo Rinascimento della Medicina"

presso Sala Conferenze, Hotel 4 Venti, Via Vespucci, N 35

16039 Riva Trigoso, frazione di Sestri Levante (Genova)

Tel. 0185/42336 - Fax 0185 458074

Lectio Magistralis

Nuovo Rinascimento della Medicina. Prevenzione Primaria del Diabete Mellito tipo 2

*Sergio Stagnaro**

"E' difficile rimuovere metodi perfettamente organizzati, dalla lunga tradizione, sostenuti da nomi anche illustri, basati su un corredo dottrinario elegante ma errato, forte sotto l'aspetto politico, economico, organizzativo, finanziario, pseudo-sociale. Osiamo affrontare l'immane problema, più che nella convinzione di riuscire e risolvere, per non sentirci in colpa verso noi".
(Luigi Di Bella: "Cancro: siamo sulla strada giusta?" Edizioni Travel Factory Srl, Roma, 2001).

Introduzione.	1
La Lotta al Diabete Mellito: Stato dell'Arte.	3
Lo "Screening" del Diabete Mellito non è sinonimo di Prevenzione Primaria.	4
Medicina di Marte e di Venere: dal Medio Evo al Rinascimento della Medicina	6
Fisiopatologia e Prevenzione Primaria del Diabete Mellito tipo 2, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica.	8
Conclusioni	10
Bibliografia	11

Introduzione.

All'inizio del terzo millennio, soltanto una minima percentuale di diabetici è controllata in modo ottimale, secondo la valutazione semeiotico-biofisico-quantistica dei PPARs epatici, attualmente il miglior metodo di valutazione e di monitoraggio del metabolismo-glico-lipidico, conosciuto purtroppo da pochi medici (1-41).

Nonostante le misure di *screening*, finalizzate alla prevenzione *secondaria*, Diabete, CVD e Cancro sono epidemie in continuo aumento, per generale ammissione degli Autori di tutto il mondo (41). Infatti, la prevenzione *primaria* non esiste ancora, perché la Medicina tradizionale ed accademica ignora le Costituzioni Semeiotico-Biofisico-Quantistiche e i relativi Reali Rischi Congeniti, che ne rappresentano la *conditio sine qua non* (5-40).

Accanto al Diabete Mellito, di cui il tipo 2 rappresenta il 95% circa di tutti i casi, l'ipertensione arteriosa, il glaucoma, l'osteoporosi, la CVD, le varie forme di dislipidemia, ed il cancro (1-10) sono diagnosticate in genere tardivamente, cioè quando sono insorte le rispettive sintomatologie cliniche e di laboratorio, precedute, e quindi accompagnate, dalle cosiddette "complicazioni", dannose e spesso mortali, che insorgono dopo decenni dai Reali Rischi Congeniti, dipendenti dalle relative costituzioni, espressione di malattia potenziale (6-12, 20, 32, 33).

Questi pochi FATTI sottolineano in modo esemplare l'urgenza di procedere, senza ulteriori ritardi, verso quella NEW RENAISSANCE della conoscenza, sia nell'Arte sia nella Scienza, inclusa la

Medicina, auspicata da illuminati scienziati, riuniti nel Gruppo fiorentino, Lego-Ego-Creanet, diretto da Paolo Manzelli, il quale, in data 16 gennaio 2008, mi scriveva:

“Caro Sergio, chi come noi non crede che DIO GIOCHI A DADI CON LA NATURA, capisce a fondo che, la suddivisione arbitraria tra Soggetto ed Oggetto della scienza meccanica e' un limite riduttivo che genera la suddivisione tra macro- e microcosmo nella fisica e che genera di conseguenza tante altre auto-limitazioni del pensiero scientifico in relazione alla comprensione della vita”.

Recentemente, il 19 settembre 2010, ricevo da Diego Lucio Rapoport una gradita mail, in cui si legge, a proposito dell'attività del Gruppo Fiorentino:

“This work may provide for a basis for a New Renaissance, blending philosophy, physics, geometry and mathematics, logic, cybernetics, systemics, semiotics, physiology, perception, cognition, cosmology, anthropology, mythology, linguistics, history, to identify the main disciplines that come to my mind, not disregarding economics and sociology”.

L'esigenza della NEW RENAISSANCE è ovviamente la conseguenza dell'esistenza del presente Medio Evo della Medicina, che sembra contrastare, ma solo in apparenza, con i “progressi” della Medicina annunciati con regolarità e clamore propagandistico dai *mass-media*.

Il mio *J'Accuse* nei confronti del presente Medio Evo della Medicina risale al 2008, quando ho illustrato i principali motivi della desolante situazione della Medicina, con argomenti illustrati in un articolo in rete su un sito statunitense “segnalato” da *Nature* (23).

Nessuno ha potuto confutare finora le affermazioni contenute nell'articolo citato.

La Lotta al Diabete Mellito: Stato dell'Arte.

Il 21 dicembre 2006, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha dichiarato che il diabete mellito è una minaccia per tutto il mondo, indicando il 14 novembre Giornata Mondiale del Diabete.

Infatti, questa epidemia, in continuo ed inarrestabile aumento, è un serio pericolo per la nostra salute, al pari delle patologie infettive come l'Aids, la tubercolosi e la malaria.

L'incidenza e la prevalenza del diabete tipo 2 sono in costante aumento nei paesi sviluppati ed in via di sviluppo. Per esempio, in Italia i diabetici diagnosticati oggi sono 2 milioni e mezzo, senza parlare di quelli non ancora riconosciuti malati, ed è previsto che il numero di diabetici nel mondo salirà da 171 milioni nel 2000 a 366 milioni nel 2030, secondo quanto scrive l'autorevole rivista *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism* (2007) 3, 667.

A questo punto, degno di attenta riflessione è il numero di adulti con ipertensione arteriosa, che colpisce il 70% dei diabetici, mostrando una incidenza doppia di quella dei soggetti non-diabetici, ed è previsto un suo aumento del 60%, per un totale di 1.500 milioni nel 2025.

La patologia diabetica è notoriamente caratterizzata dal fatto che l'organismo colpito è incapace di utilizzare lo zucchero presente nel sangue e si manifesta esclusivamente in pazienti colpiti dal relativo Reale Rischio Congenito Semeiotico-Biofisico-Quantistico.

Il diabete mellito, sia di tipo I che di tipo 2, “può” danneggiare cuore, reni, occhi, nervi, cervello, arterie periferiche, ma esclusivamente nei pazienti positivi per il Reale Rischio Congenito negli organi bersaglio (11-15).

Infatti, senza questa patologica predisposizione, dipendente dalla relativa costituzione, riconosciuta con un fonendoscopio a partire dalla nascita dei singoli individui, i fattori ambientali di rischio, incluso il diabete, sono “*innocenti spettatori*” (32).

Una lunga e sicura esperienza clinica mi permette di affermare che, in assenza del Reale Rischio Congenito di diabete, dipendente dalla relativa costituzione semeiotico-biofisico-quantistica, di natura sia parenchimale sia microvascolare, caratterizzato dal “rimodellamento microvascolare”, tutti i fattori di rischio ambientali non sono dannosi, analogamente a quanto accade per l'insorgenza della CAD (32).

E' questa finalmente la soddisfacente spiegazione del fatto che solo il 50% circa dei pazienti con Sindrome Metabolica (11) è colpito da diabete tipo 2 e da lesioni vascolari distrettuali, non

generalizzate. Notoriamente, infatti, numerosi sono i diabetici senza alcun danno negli organi bersaglio.

All'inizio del terzo millennio, bambini e adolescenti sono colpiti dal diabete con una incidenza e prevalenza maggiore che nel passato: si calcola che il 3-5 % della intera popolazione mondiale è diabetica. In realtà, nel mondo occidentale, il 22 per cento dei ragazzi è in sovrappeso e il 7 per cento è obeso. Queste cifre, fornite dalle Competenti Autorità mondiali, sottolineano senza dubbio alcuno un fatto inconfutabile: tutte le dispendiose prevenzioni (*screening*) del diabete mellito, finora proposte ed attuate, sono esitate in un completo fallimento!

E' evidente, dunque, che qualcosa non funziona nella presente economia della Medicina e che nuovi paradigmi sono necessari per affrontare e risolvere i problemi essenziali della salute pubblica, tuttora aperti.

A mio parere, non è più possibile rinviare una onesta presa di posizione da parte di tutti i responsabili Ministeriali della Salute, Ricerca ed Università, che finalmente devono considerare le scoperte scientifiche in diabetologia, accettate da Editori di famose *peer-reviews*, finalizzate ad avviare una nuova ed efficace strategia, condotta *clanicamente* su vasta scala in una popolazione *razionalmente* e tempestivamente arruolata, contro il diabete mellito e le altre comuni e gravi malattie, come la CVD e il cancro (1-22, 41).

Sebbene il diabete continui ad essere una delle più gravi epidemie mondiali, nessuna competente Autorità Sanitaria si mostra intenzionata a modificare la costosa, obsoleta, riduttiva, fallimentare politica sanitaria finora attuata, rivolgendo la dovuta attenzione e la critica onesta a proposte originali, dimostratesi efficaci in una lunga esperienza clinica, i cui dati sono ormai consegnati ad una vasta ed autorevole Letteratura (1-5, 24).

All'inizio del terzo millennio non esiste nessun intervento, medico e chirurgico, che porti a guarigione il diabete. Sulla pericolosità dell'attuale impiego delle staminali, in data 11 novembre 2010, la *Federazione Argentina di Cardiologia*, FAC, ha messo in rete nel suo Forum un mio commento, inviato alle principali riviste mondiali (Chiedere a Google.com), in cui riferito la lettera pubblicata nel sito dell'Washington post tre anni or sono. Inoltre, soltanto una piccola percentuale di diabetici è controllata in modo ottimale, se valutata e monitorata con il migliore metodo in assoluto: la valutazione semeiotico-biofisico-quantistica dei PPARs epatici (1-7).

Infine, fatto di estrema importanza, le cosiddette "complicazioni diabetiche" iniziano decenni prima dell'insorgenza della sindrome diabetica, come consente di affermare anche la Semeiotica Biofisica Quantistica, a dimostrazione che non lo *screening*, ma la prevenzione primaria resta la migliore terapia in assoluto!

Purtroppo, la prevenzione del diabete è stata fino ad oggi realizzata in modo costoso, limitato, irrazionale, riduttivo, inefficace, a causa dei principi completamente errati su cui è fondata,.

Infatti, i medici non conoscono la Costituzione Semeiotico-Biofisico-Quantistica diabetica, mentre la preferenza è data alla tecnologia, nell'oblio di una Medicina centrata sull'Uomo, secondo lo spirito della "Single Patient Based Medicine" (5, 7, 9).

Lo "Screening" del Diabete Mellito non è sinonimo di Prevenzione Primaria.

Nella celebre rivista *Diabetologia*, considerata la "Bibbia" dei diabetologi, per esempio, nel Volume 50, Numero 11, Novembre 2007, non si trova un solo articolo veramente "clinico", i cui dati, cioè, possano essere sottoposti a confutazione al letto del malato usando un fonendoscopio.

In altre parole, la maggior parte degli articoli pubblicati in questa rivista, analogamente a quanto accade nelle altre riviste di diabetologia, si riferiscono a ricerche condotte utilizzando il laboratorio e le semeiotiche strumentali sofisticate, eseguibili in pochissimi centri universitari e istituti specializzati, non impiegabili pertanto su vasta scala nella popolazione.

Nonostante il progresso della tecnologia applicata alla diabetologia, solo apparentemente sorprendente e trionfalmente diffuso dai *mass-media* di tutto il mondo, il risultato paradossale è che nessun medico e nessun diabetologo è oggi in grado di riconoscere clinicamente, in modo quantitativo, nel corso della visita medica l'individuo a reale rischio congenito diabetico, cioè

realmente predisposto al diabete mellito, distinguendolo da chi non soffrirà sicuramente mai di diabete, anche se vivrà immerso nei numerosi fattori di rischio ambientali.

Detto altrimenti, il medico che conosce la sola semeiotica fisica ortodossa, accademica, tradizionale, fondata sul meccanicismo deterministico che ignora l'esistenza della realtà non-locale, accanto a quella locale, nei sistemi biologici, pur disponendo di attrezzatissimi laboratori e di semeiotiche strumentali sofisticate, non è in grado di diagnosticare *bedside* la costituzione diabetica, dislipidemica e il Reale Rischio Congenito Diabetico, "*conditio sine qua non*" dell'insorgenza del diabete (1-22, 31-35).

Le conseguenze desolanti di quanto sopra riferito, esempio eclatante del presente Medio Evo della Medicina ancella dell'Economia (23), sono troppo evidenti oggi per essere soltanto menzionate! Sulla base di una sicura esperienza clinica iniziata nel 1956, senza temere confutazioni da parte di qualcuno, affermo che l'efficace lotta al diabete mellito, condotta su vastissima scala con metodi *clinici*, deve necessariamente essere realizzata in TUTTI gli individui positivi per le costituzioni semeiotico-biofisico-quantistiche, sia diabetica sia dislipidemica, colpiti dal "Reale Rischio Congenito Diabetico, riconoscibili rapidamente con un semplice fonendoscopio a partire dalla nascita (1-22) (V. anche la Lettera Aperta da me inviata inutilmente all'ex-Ministro Prof. G. Sirchia nel maggio del 2004!: <http://www.clicmedicina.it/pagine-n-30/reale-rischio.htm>).

Nel programmare una impresa epocale e di largo respiro, come la prevenzione primaria del diabete mellito con uno strumento *clinico*, accanto alle buone intenzioni è indispensabile il rigoroso rispetto delle leggi di qualsiasi variante di logica, ricorrendo sia alla Medicina Basata sulla Evidenza sia alla più concreta, realistica, pratica Medicina Basata sul Singolo Paziente, ormai accettata in tutto il mondo (5-14).

Nelle inutili e dispendiose campagne contro il diabete condotte finora dalle Autorità competenti, a causa dell'irrazionale selezione dei soggetti da arruolare, il termine di prevenzione primaria è stato costantemente, erroneamente e tacitamente sostituito da quello di *screening*, precoce riconoscimento di una malattia ormai in atto da anni o decenni, ma non diagnosticata, indipendentemente dalla presenza e gravità delle sue cosiddette "complicazioni" presenti ed in pericolosa evoluzione.

Medicina di Marte e di Venere: dal Medio Evo al Rinascimento della Medicina

Da sempre mi conforta e mi sprona a proseguire e divulgare le mie ricerche nel campo della Semeiotica Fisica, finalizzate a dare inizio alla NEW RENAISSANCE (33), ponendo fine all'attuale Medio Evo della Medicina (23), il pensiero di F. Nietzsche:

"Il grande risultato dell'umanità attuale è che non abbiamo più bisogno di aver continuamente paura dinanzi alle bestie feroci, ai barbari, agli dei e ai nostri sogni". (Aurora. Frammento 5).

Una volta ammesso che il diabete è una epidemia in continuo aumento, realtà condivisa da tutti gli Autori nonostante l'ineffabile tecnologia applicata alla Medicina, dobbiamo applicare nuovi paradigmi e far seguire la terapia adeguata, tempestiva ed efficace, prima dell'insorgenza della patologia diabetica, abbandonando per sempre una economia della Medicina che si è rivelata fallimentare.

Iniziamo col riflettere sulla struttura teorico-pratica della presente Medicina, che conosce solo la realtà locale nei sistemi biologici, ignorando la realtà non-locale e le numerose costituzioni semeiotico-biofisico-quantistiche, su cui è fondata la *Single Patient Based Medicine* (9, 24-29) E' chiaro che si contrappongono due differenti "Weltanschauungen", sia sul piano filosofico sia su quello epistemologico: Medicina di Marte, del predominio, dell'imposizione, dell'attacco, del terrorismo psicologico jatrogenetico, *versus* Medicina di Venere, del contatto, del dialogo, dell'amore, secondo il vecchio adagio prima ascoltare il malato e poi auscultarlo (30).

La Medicina di Venere è caratterizzata dalla accurata raccolta anamnestica, secondo l'antico metodo clinico, seguita dall'esame obiettivo del malato, condotto in modo nuovo (42), reso possibile dalla semeiotica biofisica quantistica, che comprende e supera quella tradizionale, dal cui grembo ha

preso origine.

Solo alla fine del processo diagnostico, il Medico procede alla richiesta delle indagini di laboratorio e della semeiotica sofisticata, per immagini e invasiva, in modo finalmente personale e razionale, ponendo fine anche agli inutili sprechi della gestione attuale della Medicina.

A mio parere, tra i numerosi motivi della fallimentare e dispendiosa prevenzione secondaria, *screening*, del diabete, l'unica forma preventiva finora attuata, svolgono un ruolo primario alcuni fatti.

a) Le cosiddette "complicazioni" del diabete mellito, renali, retiniche, coronariche, cerebrali, ecc., insorgono decenni e decenni prima della comparsa della sintomatologia diabetica, sia laboratoristica (alterata glicemia a digiuno e/o post-prandiale, elevati livelli di emoglobina glicata, OGTT patologico, *clamping* normoglicemico-iperinsulinemico, ecc.), sia clinica, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (31, 33).

Ne consegue che la diagnosi tradizionale di diabete, anche quando sembra precoce, è sempre inevitabilmente tardiva, posta quando ormai sono iniziati i danni a carico degli organi bersaglio.

b) Le valutazioni raffinate e sufficientemente precise delle alterazioni del metabolismo glucidico nelle fasi iniziali, per esempio il *clamping* normoglicemico-iperinsulinemico, NON possono essere utilizzate su vasta scala per comprensibili motivi economici ed organizzativi, al contrario della valutazione semeiotico-biofisico-quantistica dell'attività dei PPARs (alfa) del fegato, il metodo più preciso – a mia conoscenza – per il monitoraggio del metabolismo gluco-lipidico (1-5).

c) La Sindrome Metabolica, costantemente preceduta dalla Sindrome Pre-Metabolica, classica e variante, descritta in precedenti lavori (11, 17), è diagnosticabile con un fonendoscopio fin dalla nascita, cioè quando la Sindrome Pre-Metabolica e le cosiddette "complicazioni" diabetiche sono presenti ma "potenziali" (5-10).

d) Il termine *screening*, usato arbitrariamente come sinonimo di *prevenzione primaria* dalle competenti Autorità Sanitarie e dai Medici, non è affatto corretto. Infatti, in questo caso non si tratta affatto di prevenzione primaria, che è attuata prima dell'insorgenza di una malattia in individui apparentemente sani ma a reale rischio congenito, dipendente dalla relativa patologia. Lo *screening* è una prevenzione secondaria, realizzata in pazienti ormai diabetici, magari non ancora diagnosticati, ma con danni d'organo della patologia ormai in atto.

La prevenzione, definita terziaria, è una ricerca che mira a contrastare il progredire delle complicazioni clinicamente presenti ed avanzate.

La natura della previsione è scientifica quando non sfugge, con l'aiuto di teorie *ad hoc*, alla falsificazione: prevedo che nella futura Diabetologia centrata sull'uomo, nel rigoroso rispetto della *Single Patient Based Medicine* (5, 7-10), e quindi secondo lo spirito della NEW RENAISSANCE della Medicina, reciterà il ruolo centrale la diagnosi "clinica", quantitativa di costituzione semeiotico-biofisico-quantistica diabetica "e" dislipidemia, del congenito reale rischio diabetico, seguita dal tempestivo riconoscimento della Sindrome Pre-Metabolica, poi di quella Metabolica in evoluzione diabetica, ed infine del diabete mellito in stadio veramente iniziale (21, 31).

Fisiopatologia e Prevenzione Primaria del Diabete Mellito tipo 2, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Come insegna l'epistemologia, l'affermazione "tutti" è facilmente falsificabile e, pertanto, è ricca di informazione (K. Popper, *Logik der Forschung*). "Tutti" i diabetici sono positivi per le Costituzioni dislipidemiche "e" diabetiche, ICAEM-dipendenti (5-8, 43-45), associate ai relativi Reali Rischi Congeniti, successivamente evoluti verso la sindrome pre-metabolica e quindi metabolica, sotto l'influenza negativa dei noti fattori ambientali di rischio, che non sono sinonimo di causa: vita sedentaria, fumo di tabacco, alimentazione eccessiva, ricca di lipidi saturi e carboidrati, aumento del peso corporeo (BMI 25 o superiore), eccetera. (5, 7, 9-11, 13-15, 17, 20).

IL diabete mellito rappresenta lo stadio finale di una lunga Storia Naturale, iniziata alla nascita, composta da 5 stadi, di cui il I Stadio è costitutivo appunto dalle nominate Costituzioni con i relativi Reali Rischi Congeniti (Tabella 1)

STORIA NATURALE DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Stadio I (Nascita dell'individuo)

Costituzione Diabetica “e” Dislipidemica. Reale Rischio Congenito Diabetico
(anche LATENTE)

Stadio II (entro i DIECI anni di VITA)

Anomala sintesi dei GAGs Perivascolari da parte di fibroblasti, periciti, mioblasti, eccetera;
Amilina nella Sostanza Fondamentale amorfa (Capillari, Piccole Arterie, Arteriole, AVA tipo II, B,
cutanee, DEB, ecc)

Stadio III (II Decennio di VITA)

IIR, Glomerulopatia con o senza Microalbuminuria, Iniziali Placche ATS, ecc.

Stadio IV (in genere III Decennio di VITA)

Prediabete (IGT, IFT), complicazioni vascolari già in atto
(OGTT, Clamping Iper-Insulinemico-Normo-Glicemico, Insulinemia)

Stadio V

Diabete Manifesto

Tabella 1

In realtà, è evidente che non “tutti” gli individui, ancorché obesi e/o ipertesi e/o dislipidemicici, sono diabetici, perché non siamo nati “tutti” uguali e predisposti alle stesse patologie.

Al contrario, gli individui a reale rischio congenito diabetico sono “tutti” caratterizzati dalle costituzioni semeiotico-biofisiche dislipidemica “e” diabetica, al momento magari latenti, ereditate per via materna mediante la Istangiopaia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica, una citopatia mitocondriale funzionale (5-8, 43-45), associate al Reale Rischio Congenito diabetico, quantificabile con un semplice fonendoscopio, *conditio sine qua non* del diabete tipo 2.

Ne consegue che oggi, grazie alla Semeiotica Biofisica Quantistica, siamo in grado di selezionare razionalmente, tempestivamente e clinicamente, a partire dalla nascita, tutti gli individui colpiti dalle costituzioni dislipidemica “e” diabetica, i soli da arruolare nella prevenzione primaria del DM, perché realmente a rischio di diventare diabetici (1-33).

A mio parere, l'inizio della prevenzione primaria del diabete deve iniziare il più presto possibile, auspicabilmente già nella donna positiva per la costituzione diabetica, o già diabetica, prima che cominci la gravidanza, come dimostra la *Manuel's Story* (35-40)

Necessariamente, il Medico di Medicina Generale deve essere in grado di riconoscere la predisposizione al diabete e monitorare, clinicamente ed obiettivamente, il decorso delle anomalie sia della sostanza fondamentale amorfa peri-microvascolare (meno acido ialuronico e più condroitin-(4,6)solfati, sia metaboliche gluco-lipidiche congenite, riconoscendone l'eventuale progressione, lenta e graduale, verso il diabete, favorito, ma non causato, dai fattori ambientali di rischio: dalle alterazioni geneticamente dirette della sintesi dei GAGs del metabolismo lipidico “e” glucidico verso la Sindrome Pre-Metabolica, e, poi, quella Metabolica, sia classica sia variante, negli stadi iniziali assolutamente prive di sintomatologia clinica, ma ben individuati con la Semeiotica Biofisica Quantistica (21, 34, 35). (Tabella1)

Dal punto di vista pratico, per quanto riguarda l'aspetto tecnico, il medico riconosce il reale rischio congenito diabetico, nel modo più semplice ma affidabile, mediante un “intenso” pizzicotto cutaneo a livello di VI dermatomero toracico, corrispondente alla parte superiore dell'ipocondrio (= l'area sottostante le emiarcate costali di destra e sinistra).

Nel sano, “simultaneamente” all'inizio della manovra, il riflesso gastrico aspecifico è assente,

comparando dopo 24 sec. esatti (1-35)

Al contrario, nei predisposti al diabete, il riflesso gastrico aspecifico appare “simultaneamente” all’inizio della stimolazione cutanea, mostrando una intensità inferiore a 1 cm., mentre nel diabetico l’intensità del riflesso è di 1 cm. o superiore, in relazione diretta con la gravità della sottostante patologia.

In altre parole, interessante sul piano pratico, l’intensità del riflesso è direttamente correlata con la gravità della alterata composizione della Sostanza Amorfa Interstiziale e del dismetabolismo glucidico, che spiega la presenza contemporanea di un intenso riflesso ureterale “in toto”.

Per comprendere la fisiopatologia alla base del comportamento del riflesso gastrico aspecifico ed ureterale, sopra illustrati, sono necessarie conoscenze sicure di Semeiotica Biofisica Quantistica (25-29).

Il II Stadio, infatti, è caratterizzato dalla espansione dello spazio interstiziale a causa dell’anomala sintesi e composizione dei locali GAGs, dove appare ridotta la produzione di acido ialuronico, mucopolisaccaride acido non-solfurato ad elevata idropessia, ed aumentata quella dei cheratan- e condroitin-solfati, per cui è alterato il fisiologico rapporto *bound-water/free-water*.

Pertanto, i due riflessi, pancreatico-ureterale “in toto” e gastrico aspecifico appaiono intensi e la velocità delle fluttuazioni microvascolari nelle isole di Langerhans è notevolmente rallentata con conseguente riduzione della durata della Plateau Line, espressione del rifornimento ematico al locale parenchima. (Fig.1)

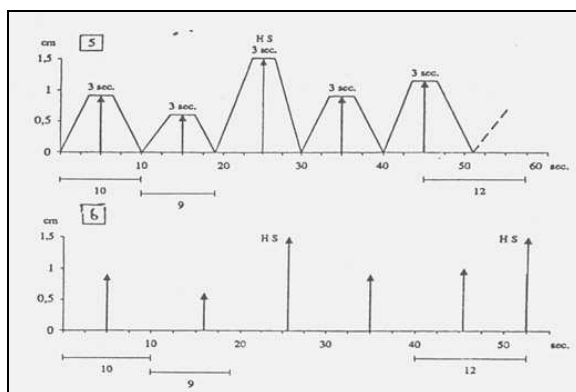


Fig 1

Fisiologiche fluttuazioni della vasomotility e vasomotion

La sostanza fondamentale amorfa svolge un ruolo essenziale nei confronti della vasomozione, della permeabilità, nella difesa organismica e nel transito di sostanze varie dai microvasi al parenchima, e viceversa, inclusa la stessa insulina (42, 43). La compromissione nel trasporto insulinico a causa dell’alterata composizione dei GAGs, a mio avviso, svolge un ruolo importante, pre-recettoriale, nella “insulino-resistenza”, caratterizzante il III Stadio.

Una volta riconosciuto il diabete, potenziale o in atto, il medico procede alla valutazione semeiotico-biofisico-quantistica del metabolismo glucidico e lipidico utilizzando numerosi metodi, tutti affidabili, ma differenti per eleganza e ricchezza di informazione (1-35).

Un aspetto importante della terapia è svolto dalla lotta al sovrappeso e alla obesità, che facilitano l’insorgenza del diabete ovviamente negli individui a reale rischio congenito.

Ne consegue la necessità di raggiungere l’obiettivo di mantenere il peso reale e quello ideale il più vicino possibile, raggiungendo e conservando il BMI fisiologico.

A modo di esempio, ricordo il ruolo centrale svolto dalla leptina, ormone che regola verso il basso i neuropeptidi stimolanti l’appetito, come il neuropeptide Y (NPY), l’ormone concentrante la melanina (MCH), l’orexina e il peptide agouti-correlato (AGRP).

Invece, i neuropeptidi anoressigeni, regolati verso l’alto dalla leptina, sono l’ormone-a stimolante i melanociti (α -MSH), che agisce sul recettore melanocortina-4 (MC4R), il trascrittore regolato dalla cocaina e dall’anfetamina (CART) e l’ormone di rilascio per la corticotropina (CRH) (41).

Infine, la terapia, fondata sulla dieta, etimologicamente intesa, finalizzata ad evitare sovrappeso e

obesità, e su farmaci istangioprotettori, come Melatonina Coniugata, Carnitene, Bio-flavonoidi, Cellfood, comprende applicazioni personalizzate di LLLT, inclusi i NIR-LED, a livello epigastrico (= proiezione pancreatica), e dispositivi metallici ad emissione di energia compatibile con i sistemi biologici.

Scopo principale della terapia è quello di migliorare, e possibilmente normalizzare, la funzione respiratoria mitocondriale sia nella cellula beta-insulare sia negli organi periferici.

Conclusioni

Fondata su una Fisiologia sclerotizzata, incapace di dare convincenti spiegazioni ai meccanismi d'azione dei numerosi segni semeiotico-biofisico-quantistici, e legata ad una Biologia che ignora l'esistenza della realtà non-locale, presente accanto a quella locale, e considera i vari organi ed apparati morfologicamente rinchiusi in fissi diametri, e correlati tra loro mediante le sole vie nervose e vascolari, arteriosa, venosa, linfatica, la Medicina Occidentale contempla dogmaticamente il comportamento solo apparentemente "statico" dei sistemi biologici, in accordo con l'omeostasi, secondo Claude Bernard e la *fixité du milieu intérieur* di Walter Cannon, che ha ormai fatto il suo tempo.

In contrasto con una simile intuizione del mondo, sicuramente fuori moda, della Medicina tradizionale, il comportamento fisiologico dei tessuti biologici è quello proprio dei sistemi dinamici lontano dall'equilibrio, dove anche le singole strutture cellulari e sub-cellulari oscillano in modo stocastico, imprevedibile, non predicibile, aleatorio, caotico-deterministico-quantistico: "i mitocondri respirano pulsando", diceva il grande clinico Carlo Sirtori (comunicazione personale). Contro ogni evidenza sperimentale, la Medicina dell'Occidente considera erroneamente gli individui nati tutti uguali e "sani", almeno fino al momento dell'insorgenza della malattia, secondo una visione platonico-manichea, vanamente puntellata da infinite ipotesi "ad hoc".

La Medicina occidentale è un gigante, ma i suoi piedi sono d'argilla (30).

Per i motivi riferiti sopra, che non esauriscono certamente il mio *J'Accuse* contro la presente fallimentare Medicina, ancella dell'Economia, è ormai giunto il tempo del suo Rinascimento, condotto sulla base delle scoperte fatte negli ultimi cinquant'anni nel campo della semeiotica fisica, culminate con la Semeiotica Biofisica Quantistica e la Diagnostica Psicocinetica (33)

* **Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it

dottsergio@semeioticabiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Bibliografia

1) Stagnaro Sergio. Biophysical-Semeiotic Bed-Side Evaluating PPARs Activity in Metabolic Syndrome. Cardiovascular Diabetology. (19 September 2005)

<http://www.cardiab.com/content/4/1/14/comments#211488>

2) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. Cardiovascular Diabetology. 2005,

4:13 doi:10.1186/1475-2840-4-13

3) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. Annals of Family Medicine 2007; 5: 14-20.

<http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14>

4) Stagnaro Sergio. Pivotal Role of Liver PPARs Activity Bed-side Evaluation in Monitoring glucidic and lipidic Metabolism. Lipids in Health and Disease. 02 June 2007,

<http://www.lipidworld.com/content/6/1/12/comments#284542>

5) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>

- 6) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del “Reale Rischio” Oncologico. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004.
- 7) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 8) Stagnaro Sergio. Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response>
- 9) 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/>
- 10) Stagnaro Sergio Sergio Stagnaro. Biophysical-Semeiotic Diabetic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, http://cyberlectures.indmedica.com/show/60/1/Diabetic_Constitution
- 11) Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009. <http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 12) 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. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 13) Stagnaro Sergio. Il “Reale Rischio” Semeiotico-Biofisico. <http://www.piazzettamedici.it/>. URL: <http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm>
- 14) 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, Roma, 2009.
- 15) Stagnaro Sergio. New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. Ann. Int. Med. <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 16) 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]
- 17) Stagnaro Sergio. Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. Eur J Clin Nutr. 2007 Feb 7; [Epub ahead of print] [Medline]
- 18) Stagnaro Sergio. Lettera di un medico in pensione ad un neolaureato, aggiornata e commentata. www.mednat.org, 22 marzo 2009. http://www.mednat.org/curriculum_stagnaro.htm
- 19) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Valutazione percusso-ascoltatoria del Diabete Mellito. Aspetti teorici e pratici. Epat. 32, 131, 1986
- 20) Sergio Stagnaro. Biophysical-Semeiotic Dyslipidaemic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, http://cyberlectures.indmedica.com/show/50/1/Biophysical-Semeiotic_Dyslipidaemic_Constitution
- 21) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La sindrome percusso-ascoltatoria da carenza di Carnitina. Clin. Ter. 145, 135 [Medline] 1994.
- 22) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99, 1997.
- 23) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today’s Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 24) Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47
- 25) Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007 <http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 26) Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d’Azione Ormonali. Dicembre 2007, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45

- 27) Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale. www.ilpungolo.com, Dicembre 2007
- 28) Stagnaro S. e Manzelli P. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica di Epatopatia . Dicembre 2007,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
- 29) 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>
- 30) Sergio Stagnaro. La Medicina Occidentale: un Gigante dai Piedi d'Argilla. 4 Gennaio. 2010,
<http://www.fcenews.it>, <http://www.fceonline.it/images/docs/gigante.pdf>
- 31) 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]**
- 32) Sergio Stagnaro. Without CAD Inherited Real Risk, All Environmental Risk Factors of CAD are innocent Bystanders. *Canadian Medical Association Journal*. CMAJ, 14 Dec 2009,
<http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/12/E267#253801>
- 33) Sergio Stagnaro. New Renaissance in Medicine. 01 October 2010, <http://www.scivox.com>.
<http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-10-01new+renaissance+in+medicine.html>
- 34) Stagnaro Sergio. Valutazione dell'amiloide insulare nel diabete mellito. www.fceonline.it, 2008, <http://www.fceonline.it/wikimedica/semiologica-biofisica/211/581-valutazione-dell-amiloide-insulare-nel-diabete.html>; e
<http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/amiloide.htm>
- 35) Caramel Simone. Primary Prevention of T2DM and Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus <http://ilfattorec.altervista.org/T2DM.pdf>
- 36) Sergio Stagnaro. Primo neonato negativo per il Terreno Oncologico nato da genitori positivi per la Variante RESIDUA in trattamento con Melatonina-Coniugata, secondo Di Bella-Ferrari. www.fce.it, 13 aprile 2010, <http://www.fceonline.it/images/docs/neonato.pdf>; nel sito
http://junior.cybermed.it/index.php?option=com_frontpage&Itemid=36, alle URLs
http://junior.cybermed.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1073&Itemid=51
http://www.cybermed.it/index.php?option=com_content&task=view&id=24687&Itemid=134;
<http://www.piazzetamedici.it/professione/professione.htm>
<http://www.liquidarea.com/2010/07/manuels-story-la-melatonina-nella-terapia-del-terrenooncologico/>
- 37) Sergio Stagnaro. New Way in the War against Cancer. Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk based Primary Prevention: Manuel' Story. 2 May, 2010. www.mysun.com ,
http://www.mysun.co.uk/stagnaro/blog/2010/05/02/new_way_in_the_war_against_cancer._oncological_terrain-dependent,_inherited_real_risk_based_primary_prevention:_manuel_story, and
<http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-07-21manuel%27s+story%3A+a+new+way+in+cancer+primary+prevention.html>
- 38) Sergio Stagnaro. Lettera Aperta alle Neo-Spose. La Storia di Manuel, che nessuno racconta. <http://www.masterviaggi.it> Giovedì, 15 Luglio 2010.
http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/40260-lettera_aperta_alle_neospose_la_storia_di_manuel_che_nessuno_racconta.php
- 39) Stagnaro Sergio. Oncogenesis is possible exclusively in individuals Oncological Terrainpositive. www.thescientist.com 2007. <http://www.the-scientist.com/blog/print/53498/>
- 40) Sergio Stagnaro. There are other, clinical ways in preventing disease transmission through mitochondria intervention. 15 April, 2010. www.thescientist.com, <http://www.thescientist.com/blog/display/57287/>
- 41) Sergio Stagnaro. Il Terreno Oncologico di Di Bella. www.fce.it, 11 ottobre 2010,
<http://www.fceonline.it/images/docs/terreno%20oncologico.pdf>;
<http://www.luigidibella.it/cms-web/upl/doc/Documenti-inseriti-dal-2-11-2007/Il%20Terreno%20Oncologico%20di%20Di%20Bella.pdf>;
<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.6420>
- 42) Stagnaro Sergio. La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo.

<http://www.fcenews.it>, 15, giugno 2009. <http://www.fcenews.it/docs/diagnostica2.pdf> ;
www.altrogiornale.org, <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4889>;
<http://www.nonapritequelportale.com/?q=la-psicocinesi-esiste-funziona>;
<http://unlocktor.altervista.org/forum/viewtopic.php?t=1192&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=&sid=af35aa98b69d6f08d116f65d34b55827>;
http://www.spaziamente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corroborata_la_psicocinesi.pdf

43) Curri S. B., *Le microangiopatie*, a cura di Inverni della Beffa, Arte Grafica S.p.A. Verona, 1986

43) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica condizione necessaria non sufficiente della oncogenesi. XI Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolaz. Abstracts, pg 38, 28 Settembre-1 Ottobre, Bellagio

44) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. Atti, 61. 6-7 Novembre, Siena

45) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. Gazz Med. It. – Asch. Sci, Med. 144, 423

46) JEQUIER E. Leptin Signaling, Adiposity, and Energy Balance. Ann. N. Y. Acad. Sci. 967: 379-

Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito:

Nosografia e Patogenesi

*Sergio Stagnaro**

Introduzione

Il diabete Mellito tipo 2 (DM) è una epidemia in continuo aumento sia nei Paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo. Infatti, gli epidemiologi prevedono che nel 2030 i diabetici nel mondo, oggi circa 250 milioni, saranno 366 milioni, una cifra certamente approssimativa (1).

E' evidente che finora il DM è stato affrontato in modo inefficace con strumenti inadeguati, in conseguenza soprattutto delle gravi lacune nelle attuali conoscenze della patogenesi della patologia (mio sito, Pratiche Applicazioni, Diabete, 6 articoli).

Se la presente lotta al DM non ha portato a risultati soddisfacenti, bisogna urgentemente cambiare paradigmi, innanzitutto riflettendo criticamente sulla interpretazione patogenetica del DM e poi costruendo efficaci modelli di lotta contro questa epidemia, riconosciuta tale da tutti gli autori (2).

A partire dal 1956, anno della mia laurea in Medicina al San Martino di Genova, ho rivolto una particolare attenzione su quanto sostenevano sulla natura e patogenesi Grandi Medici italiani e stranieri. Profeticamente Joslin affermava che il diabetico nasce e muore come paziente affetto da dismetabolismo "lipidico" e Dogliotti GC, Lenti e Pagano, che ho avuto il piacere e l'onore di conoscere, nei primi anni '60 definivano il diabete una mesenchimopatia eredo-costituzionale ad estrinsecazione dismetabolica e microangiopatica (1).

In questo articolo, illustrerò il valore epistemologico dei fondamenti eziopatogenetici del I Stadio della Storia Naturale del DM, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica (2).

Per poter finalmente combattere il DM con la Prevenzione Primaria dobbiamo essere in grado di tracciare una netta linea di demarcazione della popolazione mondiale, selezionando i soggetti a rischio reale da quelli che sicuramente non soffriranno di diabete (1-31).

La Costituzione Semeiotico-Biofisico-Quantistica Diabetica "e" Dislipidemica: I Stadio del DM.

Il ruolo primario svolto dalle varie costituzioni semeiotico-biofisico-quantistiche nell'insorgenza delle relative malattie è stata illustrata in numerosi articoli consegnati ormai alla Letteratura (3-25)

Tutte le costituzioni hanno in comune lo stesso fondamento genetico, che ne rappresenta la *conditio sine qua non*, cioè la citopatia mitocondriale trasmessa per via materna, da me denominata in modo descrittivo Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica, caratterizzata dall'alterazione funzionale dell'attività *red-ox* della catena respiratoria, di differente intensità da soggetto a soggetto, da tessuto a tessuto e da parte a parte dello stesso sistema biologico (17, 26).

Il DM insorge esclusivamente in individui con Reale Rischio Congenito diabetico, dipendente dalla relativa costituzione, "e" costituzione dislipidemica (18, 24-29). Infatti, in mancanza del relativo Reale Rischio Congenito, la corrispondente malattia non insorge affatto perché, in questa condizione, i fattori di rischio ambientali sono degli spettatori innocenti (30).

Nella Storia Naturale del DM, da me proposta (2), utile per la comprensione dell'insorgenza del DM e della sua prevenzione primaria, mai realizzata finora, il I Stadio è rappresentato dalla Costituzione Diabetica "e" Dislipidemica e dal Reale Rischio Congenito diabetica, magari latente, riconosciuto mediante *stress test*.

Costituzione dislipidemica, diabetica e reale rischio congenito diabetico, dipendenti dalla Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica (ICAEM), sono caratterizzati dal "rimodellamento microcircolatorio", centrale, nelle isole di Langherans, e periferico, specialmente nel muscolo scheletrico, tessuto adiposo, fegato (in assenza della Sindrome semeiotico-biofisico-

quantistica litiasica) e in tutti i sistemi biologici, dove si osservano i Dispositivi Endoarteriolar di Blocco, neoformati-patologici, tipo I, sotto tipo b) aspecifici (15, 18, 29, 31).

A questo punto, sulla base dei dati semeiotico-biofisco-quantistici, analizzerò brevemente gli eventi a carico dei rapporti funzionali tra i microvasi e il tessuto che li circonda, in fisiologia e quindi considererò le modificazioni microcircolatorie in un primo tempo più funzionali che strutturali (32-35).

Notoriamente, a partire dall'inizio del secolo scorso, microvasi e tessuto connettivo circostante sono considerati dai vari Autori, sebbene con sfumature differenti, una "unità funzionale": Funktionelle Einheit", secondo Tischendorf e Curri (36), e istangio, secondo Comel (37).

Il Periangio e la Sostanza Fondamentale Amorfa in Condizioni Fisiologiche.

Il reticolo pericapillare è parte essenziale ed integrante del periangio, anche se aderisce all'endotelio (da cui la definizione "pericapillare", appunto), avvolgendo ogni capillare, ed è "tessutale" perché è in continuazione con le fibre reticolari e collagene interstiziali e pericellulari degli elementi mesenchimali "fissi" dotati di reticolo (32, 33).

In questo reticolo pericapillare un ruolo speciale è svolto dai periciti che sono adesi all'endotelio, ma originano dalla cellula mesenchimale primitiva nel tessuto circostante l'endotelio. Confermerebbero questa origine dei periciti le modificazioni osservate in condizioni patologiche, che ne dimostrano appunto la loro origine dalla cellula mesenchimale primitiva pluripotente.

Secondo Curri (32), mio Maestro di Microangiologia-Microcircolazione (48), la sofferenza endoteliale invierebbe "messaggi" alla cellula mesenchimale primitiva, che si differenzerebbe generando i periciti che vanno ad aderire alla parete capillare con finalità riparativa.

All'esterno del reticolo pericapillare, ma in stretto contatto con questo, troviamo la matrice connettivale interstiziale, costituita dalla Sostanza Fondamentale Amorfa (SFA) e da cellule, fibrociti, fibroblasti, megacariociti, istiociti, monociti, ecc., che come le *smooth muscle cells*, endoteli e periciti, producono i glucosaminoglicani (GAGs) della SFA, immersa in fibre connettivali.

I GAGs, la cui natura è acida, possono essere solforati (cheratan-S, condroitin-4 e -6 S, eparan-S, ecc.) e l'acido ialuronico, molto idrofilico come l'albumina, non solforato. E' stato calcolato che ai GAGs si possono legare da 200 a 500 ml/gr di acqua (33).

Le funzioni della SFA, che partecipa con i microvasi allo svolgimento fisiologico della loro vasomozione e permeabilità, permette il passaggio ai soluti, acqua, ormoni, inclusa l'insulina, metaboliti, prodotti delle cellule parenchimali, ecc. di transitare dal lume vasale al parenchima e da questo ai microvasi.

Il Periangio e la Sostanza Fondamentale Amorfa nel I Stadio del Diabete Mellito tipo 2., valutato con la Semeiotica Biofisica Quantistica.

Nel secolo scorso numerosi Autori hanno descritto in modo eccellente le modificazioni *prevalentemente* funzionali dell'unità microvascolotessutale nel pre-diabete (32-38), quindi in uno stadio che segue di decenni il I stadio della classificazione semeiotico-biofisico-quantistica (1, 2), realizzata impiegando uno strumento clinico rivelatosi attendibile in una lunga esperienza (46-54). Infatti, questi studiosi non erano in grado allora di attribuire la reale causa del DM alla patologia mitocondriale funzionale in presenza di mutazioni genetiche complesse in articolare della cellula Beta delle isole di Langherans. In quel tempo, infatti, l'ICAEM, *conditio sine qua non* delle più comuni e gravi patologie, incluso il DM, era sconosciuta; essa fu scoperta alla fine degli anni '70 e descritta nei primi anni ottanta (17-31).

L'individuo nato da genitori entrambi positivi sia per l'ICAEM sia per la costituzione diabetica presenta nel 100% dei casi le stesse alterazioni mitocondriali e la costituzione diabetica dei genitori.

Per esempio, nell'unità microvascolotessutale delle isole di Langherans è presente il "rimodellamento microvascolare", con i tipici Dispositivi Endoarteriolar di Blocco (DEB) neofornati-patologici, tipo I, sottotipo b) aspecifici, osservabili, sia direttamente, mediante i riflessi ureterali medi caratteristici (18), sia indirettamente, nel modo più semplice, come di seguito è descritto.

Un "intenso" pizzicotto a livello dei *trigger-points* pancreatici, cioè il pizzicotto della cute del VI dermatomero toracico (= 3 cm. sotto le emiarcate costali lungo la linea emiclaveare), non provoca nel sano, "simultaneamente", modificazioni volumetriche dello stomaco, che si osservano esattamente dopo 24 sec. In altre parole, nelle condizioni sperimentali sopra riferite, il riflesso gastrico aspecifico è assente.

Al contrario, nel soggetto predisposto al diabete, "simultaneamente" all'inizio della "intensa" stimolazione dei *trigger-points* pancreatici, appare il riflesso gastrico aspecifico. Interessante il fatto che l'intensità del riflesso pancreatico-gastrico aspecifico, "simultaneo" all'applicazione dello stimolo "intenso", come sopra descritto, è in relazione diretta con la gravità dello stadio diabetico: minima intensità, circa 0,5 cm. ≤ 1 cm. nella costituzione diabetica con reale rischio congenito, corrispondente al I Stadio del DM, mentre nel diabete manifesto, cioè nel V Stadio del DM, raggiunge e supera i 4 cm.

Dal punto di vista pratico, per riconoscere la Costituzione Diabetica e i successivi stadi del diabete, si è rivelato utile l'impiego del *test dell'apnea*, che consiglio al Lettore di utilizzare (16-18): dopo la valutazione di base, di cui si valuta con esattezza la presenza o meno del riflesso gastrico aspecifico, il Medico ripete la manovra dopo aver invitato l'esaminando a non respirare "esattamente" per 5 secondi (Test dell'Apnea) (17-46).

A mio parere, l'ICAEM, quando colpisce sia le cellule parenchimali sia quelle ad esse correlate e produttrici dei GAGs, provoca, se intensa, il rimodellamento microvascolare con due meccanismi:

- a) l'orientamento della struttura del microcircolo da parte del locale parenchima, secondo la teoria dell'Angiobiopatia (39-43);
- b) le modificazioni della composizione della SFA, dove l'ac. ialuronico diminuisce e aumentano i GAS acidi solforati, alterando la struttura delle pareti micro circolatorie, il rapporto *bound water/free water* della SFA, la vasomozione, il trasporto interstiziale dei numerosi metaboliti, ormoni, cataboliti, joni, ecc., dove particolare importanza va attribuita all'ostacolato transito di insulina e lipidi, ed intervenendo patologicamente sulla struttura della parete micro vasale (32-38).

Conclusioni.

Per poter realizzare in modo razionale, tempestivo e su vasta scala la Prevenzione Primaria del DM i Medici devono familiarizzare con la Costituzione Diabetica "e" Dislipidemica, e col Reale Rischio Congenito diabetico, dipendente dalla relativa costituzione, in modo da riconoscere precocemente, a partire dalla nascita auspicabilmente, i soggetti veramente predisposti al diabete, i soli che devono essere arruolati nella campagna di prevenzione, sottoponendoli alla opportuna terapia (2), e monitorandoli a seconda della necessità, come insegna la Semeiotica Biofisica Quantistica.

*** Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it ;

dottsergio@semeioticabiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Bibliografia

- 1) **Sergio Stagnaro.** Lettera Aperta al Ministro della Salute, On. Ferruccio Fazio. Epidemia Diabetica: originale Prevenzione Primaria e Nuovo Rinascimento della Medicina. 15 novembre 2010, www.masterviaggi.it, http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/40738
[il dr sergio stagnaro invia una lettera aperta al ministro della salute on ferruccio fazio.p hp](http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/40738)
- 2) **Sergio Stagnaro.** Nuovo Rinascimento della Medicina. Prevenzione Primaria del Diabete Mellito tipo 2. Relazione al I Convegno Nazionale su “Semeiotica Biofisica Quantistica. Nuovo Rinascimento della Medicina”. 19-20 Dicembre 2010, Riva Trigoso (Genova)
- 3) **Stagnaro S.** Pivotal role of Biophysical Semeiotic Constitutions in Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*, 2:1, 2003
<http://www.cardiab.com/content/2/1/13/comments#5753>
- 4) **Stagnaro Sergio** Biophysical Semeiotic Constitutions, Genomics, and Cardio-Vascular Diseases. *BMC Cardiovascular Disorders* <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/20/comments#95454>
- 5) **Stagnaro Sergio.** Bedside diagnosing diabetic and dyslipidaemic constitutions and diabetes real risk. 2 October 2006 <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/175/7/733>
- 6) **Stagnaro Sergio.** Bedside recognizing diabetics with or without CHD real risk or silent CHD. *BMC Cardiovascular Disorders* 2006, 6:41 <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/6/41/comments#243544>
- 7) **Stagnaro Sergio.** Hypertensive Constitution accounts for the existence of diabetics with and without Hypertension. *Cardiovascular Diabetology* 2006, 5:19 doi:10.1186/1475-2840-5-19
- 8) **Stagnaro Sergio.** Biophysical-Semeiotic Diabetic “and” Dyslipidaemic Constitutions and Primary Prevention. *Annals of Family Medicine*, 2006 <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/4/5/427>
- 9) **Stagnaro Sergio.** Biophysical-Semeiotic Constitutions play a pivotal role also in age-related diseases. *Immunity & Aging*. 12 June 2007 <http://www.immunityageing.com/content/2/1/8/comments#285549>
- 10) **Stagnaro Sergio.** Bedside diagnosis of osteoporotic constitution, real risk of inheriting osteoporosis, and finally osteoporosis. *Theoretical Biology and Medical Modelling* 21 June 2007. <http://www.tbiomed.com/content/4/1/23/comments#285569>
- 11) **Stagnaro Sergio.** Mitochondrial Genome of the Mastodon highlights Human Constitutions. *PLOS Biology*, (01 August 2007) <http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pbio.0050207#r1725>

- 12) **Stagnaro Sergio.** Inherited lythiasis biophysical-semeiotic constitution and lythiasis real risk. *World Journal of Surgical Cancer*. <http://www.wjso.com/content/5/1/94/comments#285624>
- 13) **Stagnaro Sergio.** Biophysical Semeiotic Osteoporotic Constitution And Its Inherited Real Risk. *Medical News Today*. 14 October, 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/youropinions.php?opinionid=33650>
- 14) **Stagnaro Sergio.** Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 15) **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. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 16) **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
- 17) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it/>
- 18) **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, Roma, 2009.
- 19) **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
- 20) **Stagnaro Sergio.** Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science, 2005. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response>
- 21) **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]
- 22) **Stagnaro Sergio.** Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000).
- 23) **Stagnaro Sergio.** Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Feb 7; [Medline]
- 24) **Sergio Stagnaro.** Biophysical-Semeiotic Dyslipidaemic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, <http://cyberlectures.indmedica.com/show/50/1/Biophysical-Semeiotic-Dyslipidaemic-Constitution>
- 25) **Sergio Stagnaro.** Biophysical-Semeiotic Diabetic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, <http://cyberlectures.indmedica.com/show/60/1/Diabetic-Constitution>
- 26) **Stagnaro S.,** Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. *Gazz Med. It. - Asch. Sci, Med*. 144, 423, 1985
- 27) **Caramel Simone.** Primary Prevention of T2DM and Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus <http://ilfattorec.altervista.org/T2DM.pdf>
- 28) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.** Valutazione percusso-ascoltatoria del Diabete Mellito. *Aspetti teorici e pratici*. Epat. 32, 131, 1986
- 29) **Stagnaro Sergio.** Without CAD Inherited Real Risk no diabetic is involved by coronary disorder. *CMAJ*, 6 May 2009. <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/180/9/919#127646>
- 30) **Sergio Stagnaro.** Without CAD Inherited Real Risk, All Environmental Risk Factors of CAD are innocent Bystanders. *Canadian Medical Association Journal*. *CMAJ*, 14 Dec 2009, <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/12/E267#253801>

- 31) **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>
- 32) **Curri S. B.,** Le microangiopatie, a cura di Inverni della Beffa, Arte Grafica S.p.A. Verona, 1986.
- 33) **Curri S. B.,** Rapporti tra vasomotilità, periangio, sostanza fondamentale del connettivo e linfatici. *Minerva Angiol.* 17 (Suppl. 2 al N. 2), 181, 9, 1992.
- 34) **Custro N., Scafidi V.,** Costanza G., orsello . P., Resistenza insulinica in pazienti con malattia di Graves e ridotta tolleranza al glucosio, *Min. Med.* 81, 523
- 35) **Ditzel J.** Functional and early structural changes in diabetic microangiopathy, Rel. XI Congr. Naz. Soc. It. Di Microangiologia e Microcircolazione, Bellagio, 28 settembre – ottobre 1983
- 36) **Tischendorf F., Curri SB.** Le anastomosi artero-venose e I Dispositivi di Blocco nella morfologia normale e patologica. *Riv. Anat. Pat. Oncol.* 8, 825, 1954.
- 37) **Comel M.** Les frontieres e les horizons de l'angéiologie. Allocuzione III Cong. Int. Angiologia, Sanremo 1958, pag. XII _ XVI, Nistri Ed., Pisa, 1961
- 38) **Butturini U., Coscelli C.** Correlazioni tra alterazioni istologiche delle anastomosi artero-venose del polpastrello delle dita e stati dismetabolici (diabete mellito, obesità, dispurinia). *Bioch. Exp. Biol.* 10, 213, 1972.
- 39) Stagnaro S. Semeiotica Biofisica Quantistica: senso e significato dell'Angiobiopatia. www.fce.it, 2010, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=47
- 40) **Stagnaro Sergio.** Quantum Biophysical Semeiotics: The Theory of Angiobiopathy. <http://sciphu.com/>, 11 May, 2009. and <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/>
- 41) **Sergio Stagnaro.** Angiobiopatia: Krogh Aveva Ragione ! www.fce.it, 21 gennaio, 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/krogh.pdf> e alla URL <http://www.mednat.org/krogh.pdf>
- 42) **Sergio Stagnaro.** CAD Inherited Real Risk: Nosography and Therapy. The Concept of Angiobiopathy. February, 2010. www.docstoc.com. <http://www.docstoc.com/docs/27177703/CAD-Inherited-Real-Risk-Nosography-and-Therapy>
- 43) **Sergio Stagnaro.** Teoria Patogenetica Unificata. Una Originale Prevenzione Primaria Cardiovascolare. 9 Marzo 2010, www.fce.it, <http://www.fceonline.it/images/docs/patogenetica.pdf>
- 44) **Stagnaro Sergio.** Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.
- 45) **Stagnaro S.,** Valutazione percusso-ascoltatoria della microcircolazione cerebrale globale e regionale. Atti, XII Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. 13-15 Ottobre, Salerno, e *Acta Medit.* 145, 163, 1986.
- 46) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Il test della Apnea nella Valutazione della Microcircolazione cerebrale in Cefalalgici. Atti, Congr. Naz. Soc. Ita. Microangiologia e Microcircolazione. A cura di C. Allegra. Pg. 457, Roma 10-13 Settembre 1987. Monduzzi Ed. Bologna.
- 47) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1988.
- 48) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.,** Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. *Acta Med. Medit.* 5, 141, 1989.
- 49) **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Basi microcircolatorie della semeiotica biofisica. Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione, Firenze ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 2, 94, 1995.
- 50) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.,** Semeiotica Biofisica: valutazione della compliance arteriosa e delle resistenze arteriose periferiche. Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione, Firenze Ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 2, 93, 1995.

- 51) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica: valutazione della compliance arteriosa e delle resistenze arteriose periferiche. Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione, Firenze Ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 2, 93, 1987.
- 52) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopoiesi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25, 1997.
- 53) **Stagnaro S.**, Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. Min. Med. 76, 1211 , 1985. **[Medline]**
- 54) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Modificazioni della viscosità ematica totale e della riserva funzionale microcircolatoria in individui a rischio di arteriosclerosi valutate con la percussione ascoltata durante lavoro muscolare isometrico. Acta Med. Medit. 6, 131-136, 1990.

Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2.

*Sergio Stagnaro**

Prefazione.....	6
Introduzione	7
Appendice.	15
Semeiotica Biofisica Quantistica: senso e significato dell' Angiobiopatia	15
Cap.1	19
La Semeiotica Biofisica diventa Quantistica.	19
Cap. 2	27
Realtà Non-Locale in Biologia. Natura dei Riflessi Semeiotico-Biofisici.	27
SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA: REALTÀ NON-LOCALE IN BIOLOGIA.....	29
Cap.3	33
Pensare l' Impensato da Pensare. Bi-fasicità della Secrezione Ormonale.	33
Meccanica Quantistica e Meccanismi d' Azione Ormonali.....	37
Problemi Endocrinologici sollevati dalla Semeiotica Biofisica Quantistica	37
L'impensato da pensare: una spiegazione quantistica	39
Cap. 4	42
Manovra di Lory nella Diagnosi Precoce e nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito. .	42
Breve Storia dell'Esperimento di Lory	46
LIMITI DELLA MEDICINA UFFICIALE. L'ESPERIMENTO DI LORY	48
ESPERIMENTO DI LORY E CRISI DEI FONDAMENTI DELLA MEDICINA OCCIDENTALE.....	51
Cap. 5	54
Semeiotica Biofisica Quantistica nella Diagnostica delle Malattie Epatiche.	54
Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica Quantistica di Epatopatia.	56
Cap. 6	60
La Semeiotica Biofisica diventa Quantistica.	60
SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA	62
Cap. 7	68
Valutazione della complessa Secrezione Ormonale con la Semeiotica Biofisica Quantistica. .	68
Semeiotica Biofisica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale.	72
Cap. 8	75
Valutazione dell'attivazione surrenalica spontanea: strumento diagnostico essenziale.	75
Semeiotica Biofisica Quantistica: Ruolo diagnostico della Manovra di Attivazione Surrenalica Jatrogenetica.....	79
Cap. 9	84
La Evidenza sperimentale Semeiotico- Biofisico-Quantistica corrobora l'Ipotesi del DNA- Antenna proposta da Paolo Manzelli.	84
Appendice.	88
Valutazione Clinica della Secrezione di Aldosterone con la Semeiotica Biofisica Quantistica	88
Cap. 10	93
Medicina Predittiva.	93
Il fondamentale errore della Medicina odierna.	93
Cap. 11	99

Il Test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina endogena nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito.	99
Una nuova via di lotta al diabete: il test dell'osteocalcina endogena.	101
Cap. 12	105
Nuovi Orizzonti Diagnostici della Semeiotica Biofisica Quantistica.	105
Informazione nella Realtà non locale in Biologia.	105
Nuovi paradigmi diagnostico-clinici.	106
Appendice	110
REALE RISCHIO CONGENITO DI CANCRO RENALE : il Segno di Pollio*	110
Cap.13.	114
Semeiotica Biofisica Quantistica del Reale Rischio Congenito.	114
L'Esame obiettivo nella Medicina del terzo Millennio.	115
Valutazione clinica di alcune interessanti Attività Biologiche.	116
Presente e Futuro della Semeiotica Biofisica Quantistica.	118
Appendice.	123
Bedside Recognizing Lung Cancer Inherited Real Risk rather than IL-12 treatment.	123
Cap.14.	126
DIAGNOSTICA PSICOCINETICA, EVOLUZIONE DELLA SEMEIOTICA BIOFISICA QUANTISTICA.	126
Realtà Non Locale e Realtà Locale nei Sistemi Biologici.	130
Semeiotica Biofisica Quantistica e Psicocinesi: una utile interazione.	132
Evidenze Cliniche dimostrano la Diagnostica Psicocinetica.	133
Appendice.	137
Dall'Esperimento di Lory alla Diagnostica Psicocinetica. Ruolo fondamentale della Realtà Non Locale in Biologia.	137
Cap. 15	144
L'Esame obiettivo nella Diagnostica Psicocinetica.	144
Realtà Non Locale, fondamento della Diagnostica Psicocinetica.	145
Il Principio ologrammatico nella corretta Interpretazione dei Segni raccolti.	146
La Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora la Psicocinesi.	152
Diagnostica Psicocinetica, una Rivoluzione epocale.	154
La Forza della Mente è determinante nella Insorgenza dell' <i>Entanglement</i>	155
La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo.	157
Diagnostica Psicocinetica: Localizzazione e Valutazione volumetrica tridimensionale delle Neoformazioni tessutali in Sede profonda	159
Cap. 16	163
Valutazione Diagnostica Psicocinetica durante stimolazione e inibizione di singole attività dei sistemi biologici.	163
Valutazione dell'attività funzionale dei sistemi biologici, globale e distrettuale, con la diagnostica psicocinetica.	169
Monitoraggio terapeutico nella biologia psicocinetica.	172
La Diagnostica Psicocinetica nella Lotta al Terrorismo Psicologico Jatrogenico.	173
Cap. 17	179
Semeiotica Biofisica Quantistica: I Cinque Stadi della Storia Naturale del Diabete Mellito tipo 2. Possiamo finalmente iniziare la Prevenzione Primaria.	181
Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito:	193
Nosografia e Patogenesi	193
Introduzione	193
La Costituzione Semeiotico-Biofisico-Quantistica Diabetica "e" Dislipidemica: I Stadio del DM.	193
Il Periango e la Sostanza Fondamentale Amorfa in Condizioni Fisiologiche.	194

Il Periangolo e la Sostanza Fondamentale Amorfa nel I Stadio del Diabete Mellito tipo 2., valutato con la Semeiotica Biofisica Quantistica.....	194
Nel secolo scorso numerosi Autori hanno descritto in modo eccellente le modificazioni prevalentemente funzionali dell'unità microvascolotessutale nel pre-diabete (32-38), quindi in uno stadio che segue di decenni il I stadio della classificazione semeiotico-biofisico-quantistica (1, 2), realizzata impiegando uno strumento clinico rivelatosi attendibile in una lunga esperienza (46-54). Infatti, questi studiosi non erano in grado allora di attribuire la reale causa del DM alla patologia mitocondriale funzionale in presenza di mutazioni genetiche complesse in articolare della cellula Beta delle isole di Langherans. In quel tempo, infatti, l' ICAEM, <i>conditio sine qua non</i> delle più comuni e gravi patologie, incluso il DM, era sconosciuta; essa fu scoperta alla fine degli anni'70 e descritta nei primi anni ottanta (17-31).	194
Conclusioni.	195
Bibliografia	196
Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica	200
dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2.....	200
Introduzione.	203
Teoria del DNA Antenna ed Endocrinologia Semeiotica Biofisica Quantistica	203
Ruolo centrale della <i>Vasomotility</i> nella Valutazione della Sensibilità dei Recettori insulinici.	205
Bifasicità dell' Azione Insulinica in Fisiologia nella Costituzione Diabetica e nel Reale Rischio Congenito di Diabete Mellito.....	208
Dimostrazione della Stimolazione Quantica del Recettore Insulinico della Cellula Muscolare nella Prima Fase di Azione Ormonale	209
Conclusioni	209
Siniscalchi's Sign*. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus.....	213
Introduction.....	213
The war against diabetes: State of the Art.	213
The "screening" of Diabetes Mellitus is not synonymous of Primary Prevention	215
The five Stages of Type 2 Diabetes Mellitus	216
Siniscalchi's Sign.....	218
Conclusions.....	218
References.....	220
Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilità a riposo e dopo il <i>test</i> di Secrezione del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione clinica della Insulino-Resistenza	224
Introduzione	224
Descrizione del Metodo	224
Valutazione della Insulino-Resistenza mediante la Manovra di Ferrero-Marigo	225
La Vasomotilità in Fisiologia e nella Ridotta Sensibilità dei Recettori insulinici.....	226
Discussione e conclusione	227
Bibliografia	228
PLOS-Biology, Response:	233
New intelligibility of Nature, according to Paolo Manzelli.....	233
Diagnostica Psicocinetica regressa e progressa. Il Futuro della Medicina.	236

Introduzione.

In un precedente articolo, per la prima volta ho dimostrato la bifasicità del meccanismo d'azione ormonale, conseguenza della Teoria del DNA Antenna e della presenza della realtà non-locale nei sistemi biologici, scoperta con la Semeiotica Biofisica Quantistica (1).

Da molto tempo avevo osservato fenomeni biologici, alcuni dei quali veramente paradigmatici e riferiti nel citato articolo, che sfuggivano a qualsiasi interpretazione fondata sulla fisica classica. Una soddisfacente spiegazione dei meccanismi fisio-patologici di questi eventi, fino ad allora sconosciuti, è stata ottenuta con la loro lettura in chiave quantistica (1).

La presenza nei sistemi biologici di una realtà non-locale accanto a quella locale, a mio parere, non deve affatto stupire. Infatti, il trasferimento dell'ermeneutica quantistica dal mondo sub-microscopico alla dimensione macroscopica, tenuto conto dell'insegnamento delle teorie di D. Bohm dell'implicito ed esplicito, e dell'embriologia, è giustificato dal fatto che la realtà che cade nel dominio dei sensi nel normale processo noetico è fondata su particelle sub-atomiche che danno origine ad atomi, questi a molecole, ad agglomerati molecolari ed infine alla cellula in seguito alla organizzazione sempre più complessa delle varie strutture molecolari per formare gli organuli endocellulari e le varie membrane.

In realtà, le difficoltà interpretative sono sorte molto anni or sono, prima della nascita della Semeiotica Biofisica Endocrinologica che le ha evidenziate ulteriormente, nel momento in cui furono scoperti numerosi riflessi, che veramente non sono solo riflessi, e la presenza del caos deterministico quantistico in tutti i sistemi biologici, inspiegabili con le presenti conoscenze scientifiche della fisiologia e biologia accademiche (1-16).

Come tutti i sistemi biologici, il pancreas, esocrino ed endocrino, oscilla sei volte al minuto secondo un periodo che varia da 9 sec. a 12 sec. (valore medio = 10,5, numero frattale) e un'intensità "convenzionale variabile tra 1 cm. e 3 cm. (2-5).

Ne consegue che non è possibile calcolare contemporaneamente il suo volume e la velocità del suo moto, che è proprio di tutte le sue parti: testa, corpo, coda, lobuli, cellule, molecole, atomi e particelle sub-atomiche.

In questo articolo, facendo ricorso alla meccanica quantistica e alla teoria del DNA Antenna, eventi biologici di natura endocrinologica riguardanti la sensibilità dei recettori insulinici nei primi due stadi del diabete, secondo lo schema da me proposto (Tab. 1), nel fegato, muscolo scheletrico, tessuto adiposo, eccetera, sono soddisfacentemente chiariti, originando nuove intuizioni in endocrinologia, come la possibilità di riconoscere i primi due stadi del diabete mellito tipo 2, in un modo affidabile e veramente raffinato (17).

Teoria del DNA Antenna ed Endocrinologia Semeiotica Biofisica Quantistica.

Come afferma Karl R. Popper, noi spieghiamo il noto mediante l'ignoto (18).

Con la seguente illustrazione di fatti affascinanti osservati con la Semeiotica Biofisica Quantistica in ambito endocrinologico, correlati con i meccanismi d'azione ormonali alla luce della originale metodica, non si tratta affatto di privilegiare la fisica non-lineare trascurando quella classica, oppure la realtà non-locale nell'oblio della locale.

In realtà, è opportuno sottolineare sia la necessità sia l'importanza della NON LOCALITA' in biologia per spiegare ciò che fino ad oggi è rimasto un problema senza soddisfacente soluzione, come il meccanismo bifasico dell'azione ormonale (1), incluso quello dell'insulina, ed utilizzarlo

per la diagnosi clinica precoce delle alterazioni della sensibilità dei rispettivi recettori, da me osservate a partire dalla fine del I stadio/inizio del II stadio del diabete mellito tipo 2 (DM). Infatti, è necessario iniziare la prevenzione primaria del DM al più presto possibile, quando le cosiddette complicazioni o non sono ancora iniziate oppure sono prevalentemente funzionali e quindi reversibili, come scrivo nell'articolo.

Questo, dunque, è il messaggio da trasmettere ai medici, dimostrando la validità sperimentabile e la facile riproducibilità delle affermazioni empiriche presenti in questo lavoro, nell'interesse del malato e della Medicina.

Se associamo i dati della meccanica quantistica, come la teoria del DNA Antenna, a quella classica anche nella dimensione macroscopica, propria della seconda, numerosi eventi biologici, in particolare endocrinologici, sono compresi in modo ottimale, ripercuotendosi positivamente sulla comprensione della sintesi degli ormoni, dei loro meccanismi d'azione e di conseguenza della diagnostica clinica semeiotico-biofisico-quantistica dei primi due stadi della Storia Naturale del DM, *conditio sine qua non* della prevenzione primaria della patologia eredo-costituzionale, estrinsecantesi con manifestazioni all'inizio solo di tipo mesenchimale-microangiopatico, prevalentemente funzionale: "funktionelle microangiopatie" di Ditzel, e microangiopatia diabetica iniziale di Lenti e Coll. (in 17)

Scrivo l'amico Paolo Manzelli: "L'idea sviluppata nell'ambito dell'Open Network for New Science e' quella di esplorare come il DNA si comporti come una Antenna Rice-Trasmittente di segnali Bio-Fononici. Sappiamo che il DNA oscilla tra un comportamento bio-elettrico statico, che corrisponde ad un carattere isolante di un bio-polimero, mentre quanto viene aperto per la traduzione dei codici genetici, il DNA, proprio a causa della rottura dei legami ad idrogeno (LEG-H), modifica il suo carattere di conducibilità bio-elettrica in quello di un semiconduttore.

Infatti le varie possibili conformazioni del DNA (A,B,Z), permettono di variare l'apertura dei canali laterali che hanno la capacità di fare da guida ad emissioni direzionali di fononi.

Le aperture e chiusure ed ogni altra forma di rimodellamento della struttura del DNA, permettono quindi alla doppia catena polinucleotidica (cioè al DNA-denaturato per la Rottura dei LEG-H) di comportarsi come una "duplice guida" riconfigurabile di segnali vibrazionali (Fononi), in modo tale che il DNA-ANTENNA, possa regolare a distanza le attività di centri di reazione risonanti emettendo impulsi modulati dal codice genetico" (19).

I sistemi viventi dispongono di un eccellente sistema di comunicazione, per cui il funzionamento del DNA non può essere considerato soltanto come un deposito di informazione genetica. Dobbiamo considerare il sistema dinamico DNA/RNA come espressione della Energia Informazione (EI) catalitica, secondo Manzelli, in grado di trasmettere e ricevere segnali quantici biofisici verso e dalle proteine nelle cellule viventi, così che il DNA può essere pensato come una "antenna" che trasmette informazione non-locale mediante segnali quantistici dei geni.

Di fatto il DNA e' un sistema biologico ricetrasmittente, che si auto-informa ed informa ad ogni istante l'organismo intero di ogni essere Vivente e quindi tutte le sostanze, batteri, parassiti interni, ma non solo, esso inter-comunica anche con l'ambiente esterno e con le informazioni dell'UniVerso (http://www.mednat.org/cure_natur/DNA_antenna.htm).

"La trasmissione di dati Fononici avviene quando i Legami ad H vengono rotti, sia tra le basi A-T (contenenti un Doppio LEG-H), che tra le basi C-G (tenute assieme da un Triplo LEG.H). Dato che la concentrazione A-T//C-G varia lungo il DNA, il segnale emesso viene modulato in modo differente a seconda delle differenti zone di apertura e chiusura del DNA.

Quando il DNA si apre, come se fosse una chiusura lampo, le due eliche si polarizzano (generando Bipolaroni) i quali , interagendo con i fononi (quanti vibrazionali), ne provocano una eccitazione, amplificano così la potenza di trasmissione fononica a distanza del DNA-ANTENNA” (19).

I ricettori della trasmissione di segnali generati dal programma genetico, nel presente caso del DNA codificante l’insulina nelle cellule beta-insulari, accanto ai ribosomi, che sono predisposti alla sintesi della pro-insulina, comprendono anche i recettori insulinici nei tessuti periferici sensibili all’ormone.

In realtà, il DNA Antenna può essere considerato non solo un sistema emittente, ma anche ricevente quando si richiude per il ristabilimento dei legami ad H, diventando apolare.

Pertanto, alla luce della teoria del DNA-Antenna riferirò di seguito il controllo a distanza della espressione genetica della codificazione insulinica, illustrando per la prima volta interessanti dati che, da un lato corroborano i 5 Stadi dell’insorgenza del diabete mellito tipo 2 (DM), da me suggeriti (17) (Tab. 1), e dall’altro offrono la dimostrazione clinica dell’esistenza di questa attività a distanza del DNA.

Questa ipotesi teorica della funzione del DNA, considerato come una antenna rice-trasmittente, corroborata dalla Semeiotica Biofisica Quantistica, si è rivelata di estrema utilità sia nella comprensione del meccanismo d’azione insulinica, come in precedenza dimostrato per altri ormoni (1), sia nella precoce e rapida diagnosi *bedside* dei primi due stadi del DM, indispensabili per iniziare la prevenzione primaria, razionalmente condotta su vasta scala, in modo tempestivo e quindi efficace, cioè prima dell’insorgenza delle “cosiddette” complicazioni diabetiche, assenti in forma strutturale, organica, ma solo prevalentemente funzionale e reversibile, nei due stadi iniziali del processo diabetico (17).

In realtà, la vecchia idea di una replicazione esatta e veloce del DNA non è sostenibile né corretta, alla luce dei dati che clinici riportati di seguito.

Ruolo centrale della *Vasomotility* nella Valutazione della Sensibilità dei Recettori insulinici.

Per riconoscere in modo affidabile, elegante e quantitativo come funzionano i recettori insulinici nei diversi sistemi biologici, il Medico deve saper valutare con precisione la *vasomotility* degli organi bersaglio dell’insulina, in particolare quella del muscolo scheletrico la principale sede della insulino-resistenza. In pratica, assai comoda da esaminare si è rivelata la microcircolazione del muscolo bicipite (20-29).

Si procede alla valutazione di base della *vasomotility* nell’esaminando (a) supino (a), a riposo, con gli occhi chiusi, e poi, osservando le fluttuazioni del terzo superiore dell’uretere (Fig. 1).

Si controlla il tempo di latenza dell’incremento della intensità delle fluttuazioni nel *test di secrezione del picco acuto di insulina*: nel sano, “simultaneamente” all’inizio della stimolazione dei *trigger points* pancreatici (= pizzicotto di media intensità della cute sottostante 2-3 cm. sotto le emiarcate costali lungo la linea emi-clavicolare) le oscillazioni ureterali si intensificano in modo statisticamente significativo (NN: intensità della dilatazione ureterale = 2 cm. o più) e appaiono prolungate, salendo la loro durata da 6 sec. a 8 sec.) (Fig. 2)

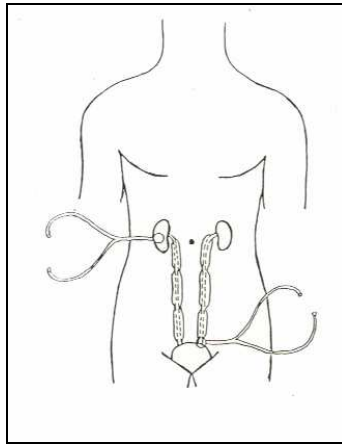


Fig. 1

Nella figura sono indicati i tre riflessi ureterali: superiore (vasomotility e AVA tipo II, gruppo B), medio (Dispositivi Endoarteriolari di Blocco e AVA tipo I) e inferiore (vasomotion).

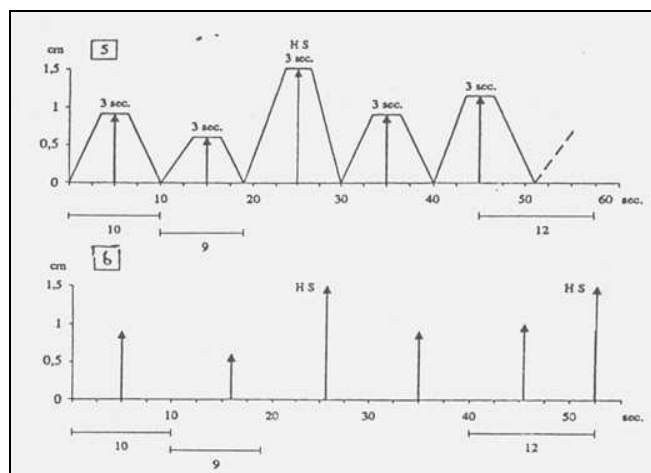


Fig 2

Nella parte superiore sono geometrizzate le fluttuazioni fisiologiche a riposo del terzo superiore dell'uretere. In basso il relativo tacogramma.

Valori parametrici da valutare: AL (linea ascendente), PL (Linea Plateau), DL (Linea Discendente). L'area sottesa alla curva informa sulla flow-motion, cioè sulla entità del rifornimento di materia-informazione-energia al relativo parenchima.

In precedenti articoli ho illustrato il metodo semeiotico-biofisico-quantistico che permette al Medico di osservare e valutare queste interessanti dinamiche non lineari, casuali, stocastiche, aleatorie, che tuttavia, ad una prolungata osservazione, permettono di riconoscere l'ordine superiore che le sottende (31-33).

Al contrario, nella Costituzione Diabetica e, in modo più evidente, nel Reale Rischio Congenito diabetico, la prima fluttuazione della *vasomotility*, dopo l'inizio della secrezione insulinica, persiste immutata, mentre la seconda oscillazione mostra una più lenta Linea Ascendente (AL), della durata di 2 sec. (NN = 1-1,5 sec.) una Linea di Plateau (PL) inferiore a 3 sec. e l'intensità non raggiunge i 2 cm. (NN: intensità della dilatazione ureterale = 2 cm. o più).

Infine, la contrazione delle piccole arterie ed arteriole avviene nel tempo normale di 1 sec. (DL).

Naturalmente è possibile riconoscere sia la Costituzione Diabetica sia il Reale Rischio Congenito diabetico con metodi più facili, affidabili, ma meno eleganti (1, 5, 17).

In queste condizioni nell'unità microvascolotessutale delle isole di Langherans è presente il "rimodellamento microvascolare", con i tipici Dispositivi Endoarteriolar di Blocco (DEB) neoformati-patologici, tipo I, sottotipo b) aspecifici, osservabili, sia direttamente, mediante i riflessi ureterali medi caratteristici (34), sia indirettamente, nel modo più semplice, come di seguito è descritto.

Nel sano, il pizzicotto cutaneo "intenso", applicato a livello dei *trigger-points* pancreatici, cioè il pizzicotto della cute del VI dermatomero toracico (= 2-3 cm. sotto le emiarcate costali lungo la linea emi-claveare), non provoca, "simultaneamente", modificazioni volumetriche dello stomaco, che si osservano esattamente dopo 24 sec.

In altre parole, nelle condizioni sperimentali sopra riferite, il riflesso gastrico aspecifico è assente.

Al contrario, nel soggetto predisposto al diabete, "simultaneamente" all'inizio della "intensa" stimolazione dei *trigger-points* pancreatici, appare il riflesso gastrico aspecifico.

Interessante il fatto che l'intensità del riflesso pancreatico-gastrico aspecifico, patologicamente "simultaneo" all'applicazione dello stimolo "intenso", come sopra descritto, è in relazione diretta con la gravità dello stadio diabetico: minima intensità, circa 0,5 cm. ≤ 1 cm. nella costituzione diabetica con reale rischio congenito, corrispondente al I Stadio del DM, mentre nel diabete manifesto, cioè nel V Stadio del DM, la intensità del riflesso raggiunge e supera i 4 cm. (Tab. 1).

STORIA NATURALE DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Stadio I (Nascita dell'individuo)

Costituzione Diabetica "e" Dislipidemica

Reale Rischio Congenito Diabetico (anche LATENTE)

Stadio II (entro i DIECI anni di VITA)

Anomala sintesi dei GAGs Perivascolari da parte di fibroblasti, periciti, mioblasti, eccetera;

Amilina nella Sostanza Fondamentale amorfa

(Capillari, Piccole Arterie, Arteriole, AVA tipo II, B, cutanee, DEB, ecc)

Stadio III (II Decennio di VITA)

IIR, Glomerulopatia con o senza Microalbuminuria, Iniziali Placche ATS, ecc.

Stadio IV (in genere III Decennio di VITA)

Prediabete (IGT, IFT), complicazioni vascolari già in atto

(OGTT, Clamping Iper-Insulinemico-Normo-Glicemico, Insulinemia)

Stadio V

Diabete Manifesto

Dal punto di vista pratico, per riconoscere la Costituzione Diabetica e i successivi stadi del diabete, si è rivelato utile ricorrere ad un *test* da sforzo, come il *test dell'apnea*, consigliabile nella pratica quotidiana: dopo la valutazione di base con lo stimolo "intenso", di cui si valuta con esattezza la presenza o meno del riflesso gastrico aspecifico, il Medico ripete la manovra dopo aver però invitato l'esaminando a non respirare "esattamente" per 5 secondi (Test dell'Apnea) (21).

Dal punto di vista diagnostico e diagnostico-differenziale, si è rivelato utile e ricco di informazioni il diverso comportamento della risposta recettoriale all'insulina nel sano e nel soggetto con

Costituzione Diabetica con o senza Reale Rischio Congenito diabetico, utilizzando la bifasicità dell'azione ormonale.

Bifasicità dell'Azione Insulinica in Fisiologia nella Costituzione Diabetica e nel Reale Rischio Congenito di Diabete Mellito.

Come ormai noto, la realtà non locale, è quella in cui non è possibile localizzare una particella e contemporaneamente calcolare la velocità del suo movimento, secondo il Principio di Indeterminatezza di Heisenberg.

Infatti, nei sistemi biologici, cellule di identica origine embrionale (per esempio, cellule ghiandolari, salivari ed insulo-pancreatiche) reagiscono simultaneamente, come un tutto unico nei confronti di stimoli esercitati soltanto su una parte del tutto, come ho dimostrato con l'Esperimento di Lory (35-37).

Un fondamentale evento in Endocrinologia, finora non chiarito, è rappresentato dalle modalità di secrezione ormonale. Nel sano, l'insieme delle cellule di una ghiandola a secrezione interna, per esempio, le cellule beta-pancreatiche delle isole di Langherans, secernono insulina in modo pulsato e correlato, cioè in perfetta sintonia di fase, come se si trattasse di "una" sola cellula. La quantità prodotta è in funzione dei numerosi stimoli, come quelli originati dalla presenza del cibo nel tratto intestinale, indipendentemente dal possibile riposo funzionale, alternato all'attività secernente di cellule insulo-pancreatiche.

Non è possibile spiegare in modo completo la secrezione ormonale contemporanea di tante cellule con le nostre attuali conoscenze endocrinologiche. Io penso alla presenza di un locale pace-maker che regola l'attività secernente di tutte le cellule e che risulti soggetto al flusso di forze interattive terrestri (1), in modo identico alla stimolazione dei neuroni dei centri diencefalici, in soggetti con alterazioni congenite del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, esitando nella ridotta secrezione insulinica.

Appare interessante il fatto, a mia conoscenza finora sconosciuto, che se sopra un nodo di Hartman o di Curri è collocata "soltanto" la testa dell'esaminando orientando l'asse antero-posteriore verso il Nord o il Sud, mentre il pancreas è situato al di fuori di questa posizione critica, anche la secrezione di insulina è influenzata negativamente (38).

Importante per la diagnosi e diagnosi differenziale, esaminiamo ora le differenze di comportamento della risposta dei recettori insulinici nel sano e nel soggetto positivo per la Costituzione Diabetica, con o senza Reale Rischio Congenito di diabete, subito dopo la prima fase, quantitativa, intensa ma di breve durata, nelle condizioni sperimentali illustrate sopra.

Nel sano, la quarta oscillazione della *vasomotility* nel muscolo striato (o in qualsiasi altro organo bersaglio dell'insulina), dopo l'inizio del *test* di secrezione del picco acuto di insulina, mostra valori parametrici propri del riposo, o basali: AL inferiore a 2 sec.; PL di 3-4 sec.; DL di 1 sec.

Al contrario, negli individui con predisposizione al DM, sono almeno due le fluttuazioni di tipo basale, a riposo, che fanno seguito all'attivazione micro circolatoria di tipo I, associato, meno intensa di quella fisiologica, instauratasi soltanto alla terza fluttuazione, a partire dall'inizio del *test*, come sopra descritto. Seguono quindi altre fluttuazioni mai così intense e durature come nel sano: massima intensità 2 cm. con la durata di tre consecutive fluttuazioni.

L'evidenza sperimentale, sopra riferita, è di estrema importanza per la comprensione della fisiopatologia del DM, per la diagnosi raffinata dei primi due Stadi di questa patologia e per corroborare la Teoria del mit-DNA e n-DNA Antenna (1, 17).

Dimostrazione della Stimolazione Quantica del Recettore Insulinico della Cellula Muscolare nella Prima Fase di Azione Ormonale

In qualsiasi tessuto bersaglio dell'azione insulinica, per es., nel muscolo bicipite, se è vero che il pizzicotto cutaneo "intenso" del VI dermatomero toracico (*trigger points* pancreatici), necessario per provocare il test della secrezione del picco acuto dell'insulina (8), "simultaneamente" provoca con meccanismo catalitico l'oscillazione-stimolazione dei recettori insulinici, allora si deve osservare la "simultanea" attivazione micro circolatoria di tipo I, associata, a cui deve seguire necessariamente incremento dell'ossigenazione e dell'energia libera endocellulare, valutate mediante l'allungamento del tempo di latenza del riflesso muscolo striato-gastrico aspecifico (NN di base = 10 sec.).

In altre parole, se gli eventi sono veramente quelli descritti nel precedente paragrafo, nel sano, dove la composizione del glicocalice della cellula muscolare striata, è fisiologica il tempo di latenza del riflesso m. striato-gastrico aspecifico, di base 10 sec., salirà, "simultaneamente" all'applicazione della stimolo pressorio dei *trigger points* pancreatici a 20 sec., raddoppiando il suo valore. Il glicocalice, differente strutturalmente dalla membrana, funzionalmente è una sua estensione, perché facilitandone elasticità e flessibilità facilita la realizzazione delle funzioni membrana rie.

Dal punto di vista logico, se realmente col meccanismo quantico descritto risultano stimolati i recettori insulinici e quindi gli *Insulin Receptor Substances*, 1 e 2, simultaneamente all'applicazione dello stimolo (= pizzicotto cutaneo "intenso" dei *trigger points* pancreatici), nella cellula è attivata la via dei segnali intracellulari (nel nostro esempio, il muscolo bicipite), e pertanto all'aumentato lavoro deve "simultaneamente" corrispondere localmente l'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato.

La conseguenza ultima degli eventi sopra riferiti risulterà allora l'aumento dell'ossigenazione cellulare e l'incremento del livello di Energia libera (ATP) endocellulare.

A questo punto vediamo cosa succede nella sperimentazione reale:

Nel sano, il tempo di latenza di base del riflesso m. bicipite-gastrico aspecifico è notoriamente 10 sec. , ma se è valutato una seconda volta, dopo almeno 10 sec. di interruzione, "simultaneamente" all'inizio del *test* della secrezione del picco acuto dell'insulina, sale a 20 sec., cioè raddoppia, come si osserva nel preconditionamento muscolare, a dimostrazione della coerenza interna della teoria.

Al contrario, nel soggetto con Costituzione diabetica con Reale Rischio Congenito il tempo di latenza, di base ancora 10 sec., ma con durata *patologica* di 4 sec. (NN > 3sec. < 4 sec.), sale medialmente a 18 sec. SENZA però raddoppiare.

Infine, nel diabetico, in rapporto alla gravità della malattia, il tempo di latenza di base sale al valore massimo di 17 sec. o inferiore, in rapporto alla gravità del dismetabolismo.

Interessante è il fatto che il *test* alla Osteocalcina endogena (5, 34, 39-43) corrobora i dati sopra riferiti.

Conclusioni

Nel soggetto positivo per la Costituzione Diabetica, con o senza il Reale Rischio Congenito, le modificazioni della *vasomotility* nel muscolo striato, e negli altri organi bersaglio dell'insulina sono

espressione di alterazione della Sostanza Fondamentale Amorfa, assenti nella parte iniziale del II stadio diabetico, caratterizzato dalla alterata composizione del solo glicocalice.

In queste condizioni patologiche del secondo stadio della storia naturale del DM, la modificata dinamica dei microvasi si manifesta nell'attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, differente nettamente per valori parametrici dalle oscillazioni del riflesso ureterale superiore osservate nel sano.

Ne consegue la possibilità di porre *bedside* rapidamente diagnosi e diagnosi differenziale della "potenziale" patologia diabetica a partire dal I e dall'inizio del II stadio, dello schema da me proposto per la Storia Naturale del DM., con utili ripercussioni sulla prevenzione primaria del diabete mellito tipo 2 in una fase veramente iniziale, in cui è alterata la struttura e funzione del solo glicocalice, mentre non sono ancora presenti le patologiche espressioni mesenchimopatiche a carico dell'unità micro vascolo tessutale, inclusa la Sostanza Fondamentale Amorfa.

Bibliografia

18. Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
19. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Moscatelli G., Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 155, 125,1996.
20. 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.
21. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 153, 99, 1994.
22. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004 www.travelfactory.it
23. Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata. Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV,1978
24. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. Acta Med. Medit. 13, 125, 1997.
25. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: valutazione clinica 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 – Acta Med. Medit. 13, 99,1997.
26. Stagnaro S. Semeiotica Biofisica, Geobiofisica e Geopatie. <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>)
27. Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma. 2006
28. 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>
29. Stagnaro Sergio Endothelial cell function can ameliorate under safer drugs, such as Melatonin-Adenosine. BMC Cardiovascular disorders. <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/4/4/comments> 2004
30. Stagnaro S., Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. Min. Med. 76, 1211, 1985 [Medline]
31. Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Il Segno di Bilancini-Lucchi nella diagnosi clinica del diabete mellito. The Pract. Ed. It. 176, 30, 1993.
32. Stagnaro-Neri M. Stagnaro S., Diagnosi percusso-ascoltatoria e monitoraggio terapeutico della sindrome Magnesio-carenziale. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 147, 259,1988.

33. Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Percussione Ascoltata della Sindrome Ferro-Carenziale. *Med. Praxis* 17, 4, 1, 1986.
34. 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
35. K.R. Popper, *Conoscenza Oggettiva*, Armando Ed., Roma, 1975
36. Manzelli P. Caratterizzazione del DNA come "antenna biologica" - FOOD-FUTURE BIOTECHNOLOGY. <http://www.edicolaweb.net/arti018a.htm>
37. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004.
http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
Stagnaro S., Valutazione percusso-ascoltatoria della microcircolazione cerebrale globale e regionale. *Atti, XII Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione*. 13-15 Ottobre, Salerno, e *Acta Medit.* 145, 163, 1986.
38. **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, Il test della Apnea nella Valutazione della Microcircolazione cerebrale in Cefalalgici. *Atti, Congr. Naz. Soc. Ita. Microangiologia e Microcircolazione*. A cura di C. Allegra. Pg. 457, Roma 10-13 Settembre 1987. Monduzzi Ed. Bologna.
39. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. *Acta Med. Medit.* 4, 91, 1988.
40. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. *Acta Med. Medit.* 5, 141, 1989.
41. **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.**, Basi microcircolatorie della semeiotica biofisica. *Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione*, Firenze ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 2, 94, 1995.
42. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica: valutazione della compliance arteriosa e delle resistenze arteriose periferiche. *Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione*, Firenze Ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 2, 93, 1995.
43. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica: valutazione della compliance arteriosa e delle resistenze arteriose periferiche. *Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione*, Firenze Ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 2, 93, 1987.
44. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopoiesi acuta e cronica. *Acta Med. Medit.* 13, 25, 1997.
45. **Stagnaro S.**, Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. *Min. Med.* 76, 1211, 1985. [**Medline**]
46. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Modificazioni della viscosità ematica totale e della riserva funzionale microcircolatoria in individui a rischio di arteriosclerosi valutate con la percussione ascoltata durante lavoro muscolare isometrico. *Acta Med. Medit.* 6, 131-136, 1990.
47. **Stagnaro-Neri M., Moscatelli G. Stagnaro S.**, Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. *Gazz. Med. It. Arch. Sc. Med.* 155, 125, 1996.
48. **Stagnaro-Neri M., Moscatelli G.**, Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. *Gazz. Med. It. - Arch. Sc. Med.* 155, 125, 1996.
49. **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.
50. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed. Theoretical and practical aspects. *Gazz. Med. It. - Arch. Sc. Med.* 153, 99, 1994.

51. **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
52. **Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo.** Semeiotica Biofisica Quantistica: Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it , 29 maggio 2008,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
53. **Stagnaro Sergio.** Esperimento di Lory e Crisi dei Fondamenti della Medicina Occidentale. 17 Febbraio 2008, www.fce.it.
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1003&Itemid=47&limit=1&limitstart=3
54. **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>
55. Stagnaro S. Semeiotica Biofisica, Geobiofisica e Geopatie. <http://www.piazzettamedici.it/> , 2006. <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>)
56. **Stagnaro Sergio.** Bedside Biophysical-Semeiotic Osteocalcin Test in Diagnosing and Monitoring Diabetes. www.sciphu.com, 2008
<http://sciphu.com/2009/04/osteocalcin-quantum-biophysical.html>
57. **Stagnaro Sergio.** Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008.
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47 e alla URL <http://quatico-appunti.blogspot.com/2010/03/il-test-della-osteocalcina-nella.html>
58. **Stagnaro Sergio.** Semeiotica Biofisica Quantistica: test della Osteocalcina nella Prevenzione Primaria del Diabete Mellito. <http://www.piazzettamedici.it/>, Ottobre 2008
<http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm>
59. **Stagnaro Sergio.** [Osteocalcin Quantum-Biophysical-Semeiotic Manoeuvre in bedside Recognizing Diabetes, even in initial stage of diabetic Constitution](http://www.sciphu.com), April 16, 2009, at URL <http://sciphu.com>, and at URL <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/>
60. **Sergio Stagnaro.** Il Test della Osteocalcina nella Prevenzione Primaria Semeiotica-Biofisica-Quantistica del Diabete Mellito. 27 marzo 2010, www.altrogiornale.org
<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.5950>

* **Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) Italy

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics,

Honorary President of Società Internazionale di

Semeiotica Biofisica Quantistica (SISBQ)

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it ;

dottsergio@semeioticabiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Siniscalchi's Sign*. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus.

*Sergio Stagnaro***

Siniscalchi's Sign*.....	213
Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus.	213
Introduction.....	213
The war against diabetes: State of the Art.	213
The "screening" of Diabetes Mellitus is not synonymous of Primary Prevention	215
The five Stages of Type 2 Diabetes Mellitus.....	216
Siniscalchi's Sign.....	218
Conclusions.....	218
References.....	220

Introduction

Despite screening measures adopted in the *secondary* prevention, at the moment there is no primary prevention because the traditional and pedantic Medicine ignores Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and the correlated Inherited Real Risks (1-9), such as of the diabetes, CVD and Cancer (Oncologic Terrain), pathologies that all the Authors consider ever-growing epidemics (1-5).

Next to Diabetes Mellitus, whose type 2 represents about the 50% of all the cases, arterial hypertension, glaucoma, osteoporosis, CVD, the several forms of dyslipidemia, and cancer (1-10) are generally diagnosed too late, only when the classic clinical and laboratory symptoms set in, "anticipated" and accompanied by harmful complications, often lethal, which notoriously manifest decades after the Congenital Real Risk, dependant of the correlated Constitution, expression of the potential disease (6-12).

These few exemplar FACTS underline the urgency in Medicine to proceed without any further delay towards the New Renaissance of Medicine (1), for the first time with the aid of primary prevention of Diabetes Mellitus, CAD, and cancer, three growing epidemics.

Recently, illustrating my Lecture at I National Meeting of International Society of Quantum-Biophysical-Semeiotics, Riva Trigoso (Genoa), I have announced a paramount clinical tool in the war against type 2 DM, Siniscalchis Sign (1). See also website <http://www.sisbq.org>

The war against diabetes: State of the Art.

On the 21st December, 2006 the General Assembly of the United Nations declared that diabetes mellitus is a threat for the whole world, designating the 14th November as World Diabetes Day.

In fact, this epidemic, ever-growing and unstoppable, is a serious threat to health, on the same level as infectious diseases like Aids, tuberculosis and malaria. The incidence and predominance of diabetes type 2 are growing in underdeveloped and developing countries.

For example, today in Italy diagnosed diabetics are two millions, without counting those who haven't been recognized ill, while the numbers of diabetics in the world is foreseen to rise from 171 millions in 2000 to 366 millions in 2030 (Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism 2007, 3, 667).

To be carefully considered it is the number of adults with arterial hypertension, which affects the 70% of the diabetics, showing a double incidence compared with non-diabetics subjects, and it is foreseen an increase of the 60%, for a total equal to 1.500 millions in 2025.

Diabetic pathology is notoriously characterized by the fact that the affected body can't make use of the sugar present in the blood and it appears only in patients with Quantum-Biophysical-Semeiotic Congenital Real Risk.

Diabetes mellitus, both type I and type II, can damage heart, kidneys, eyes, nerves, peripheral arteries of the patients affected by the congenital real risks in the target organs (11-15). Without this pathological condition, dependant on the related constitution, the environmental risk factors, like diabetes, are "innocent spectators" (32).

In fact a long and successful clinical experience allows me to state that in the absence of this characteristic parenchymal congenital and microvascular alteration, the "micro vascular remodelling", all the environmental risks factors are not harmful, similarly to what happens in case of CAD (32).

This at last explains why only about the 50% of patients suffering from Metabolic Syndrome (11) is affected by diabetes type 2 as well as by the regional and not systemic vascular damage, and the existence of several diabetics without lesions in the target organs!

I think that it is no longer possible to delay an honest stance on everyone's behalf, but especially the Government responsible for Health, Research and University, who must eventually consider the scientific discoveries in diabetology, accepted by Publishers of famous "peer-reviews", aimed to start a new and effective strategy against diabetes mellitus and other serious and common diseases, such as CVD and cancer "clinically" carried out on a large scale in a population "rationally" enrolled (1-22).

Although diabetes keeps being one of the most serious world epidemic, no world authorized Health Authority shows interest in modifying the expensive, obsolete, disastrous management enforced so far, paying the due attention and honest critic to original proposals, that proved effective in a long clinic experience, whose data are by now spread in a wide Literature (1-5, 24).

At the beginning of the third millennium no medical or surgical intervention exists, that can give complete recovering from diabetes. About the dangers of present use of stem cells, the day 11 November, 2010, the *Federation Argentina de Cardiologia*, FAC, has posted in its Forum my comment, I have sent to the most prestigious peer-reviews of the world (Ask Google.com), wherein I referred to my earlier letter published on Washington Post website in 2007.

Furthermore only a small percentage of diabetics is kept under control in a satisfying way, if evaluated and monitored in the best possible way available today: the biophysical-semeiotic evaluation of hepatic PPARs (1-7).

In a few words, the so-called diabetic complications begin decades before leading to the diabetic syndrome, as allows me to state also Quantum Biophysical Semeiotics, showing that primary prevention is the best therapy ever!

Unfortunately up to this day primary prevention of diabetes has been realized in an expensive, limited, impractical, reductive, ineffective way, due to completely wrong principles on which it is founded, in the absolute preference for technology and neglecting a Medicine focused on Man, according to the spirit of the "Single Patient Based Medicine" (5, 7, 9).

The “screening” of Diabetes Mellitus is not synonymous of Primary Prevention

In the well-known magazine *Diabetologia*, considered rightly, in my opinion, the “Bible” for diabetologists, for example in the Volume 50, Number 11, November 2007, there is no article actually clinical, whose data can be cross-examined at the patient’s bedside using a stethoscope.

In other words, the majority of articles published in that magazine, similarly to what happens in the others, report the conclusions of researches based on results from laboratories and sophisticated semeiotic instruments, among them genetic investigations that can only be performed in very few university centres and specialized institutes, and for this reason not applicable on a large scale of the population.

In spite of the progress, only apparently astonishing, of technology applied to diabetology, the paradoxical result is that today, during a physical examination, preferably at the patient’s birth, no doctor and no diabetologist is able to clinically recognize and discern, in a quantitative way, the one with diabetic real risk, that is actually predisposed to diabetes mellitus, from the one who surely will never suffer from diabetes, even if he/she will live surrounded by several environmental risk factors.

Otherwise stated, the doctor who only knows the orthodox, academic, traditional physic semeiotics, based on the deterministic mechanics in the service of power, even having the use of state-of-the-art laboratories and sophisticated and expensive instrumental semeiotics, cannot “bedside” diagnose the diabetic constitution, the dyslipidemic constitution and the congenital Diabetic Real Risk, which represent the “*conditio sine qua non*” of the onset of diabetes (1-22, 31-35).

The consequences of what mentioned above, a striking example of Medieval Medicine, maidservant of Economy (23), are too evident to be only mentioned!

On the basis of a successful clinical experience of more than 50 years, without fearing refutations I state that the fight against diabetes mellitus, carried out on a very large scale with clinical methods, must necessarily be realised in ALL the individuals who are positive to diabetic “and” dyslipidemic constitutions, quickly recognizable with the help of a simple phonendoscope, and at the same time positive to the “Congenital Diabetic Real Risk” (1-22) (see also the open letter I sent to the former Minister Prof. G. Sirchia on May 2004!: <http://www.clicmedicina.it/pagine-n-30/reale-rischio.htm>).

In order to predict achievable objectives in a far-reaching enterprise like the primary prevention diabetes mellitus, more than relying on good intentions it is useful to carefully consider the logic held in it, associating the Medicine Based on the Obvious to the more pragmatic, realistic and practical Medicine Based on the Single Patient, which by now is accepted worldwide (5-14).

In the useless and expensive campaigns against diabetes so far fought, due to the irrational selection of the subjects to enrol, the term of primary prevention has been constantly, erroneously and silently substituted by *screening* (early recognition of a disease already in existence, but not diagnosed for years or decades, independently from the presence or seriousness of its “complications” already acting and from its well-known development).

I think that among the several reasons of the failing and wasteful prevention of diabetes carried on until now, the following facts lead a primary role:

a) The so-called diabetic, kidney, retinic, coronary, etc. “complications” show up decades and decades before the onset of the diabetic symptoms, both haematological (altered glycaemia on an empty stomach and/or post-prandial, high levels of glycosylated haemoglobin, pathologic OGTT, etc.), and clinic, according to the Angiobiopathy theory (31). It follows that the traditional diagnosis of diabetes, even when it seems early, is “always” inevitably late, done when by that time the target organs have already been damaged.

b) Stylish and precise enough evaluations of the alterations of the glycidic metabolism of the initials

phases (e.g. hyperinsulinemic-normoglycemic clamping) CANNOT be used on a large scale for obvious economical and organizational reasons, contrary to the quantum-biophysical-semeiotic evaluation of PPARs (alfa) of the liver, the most precise method – to my knowledge – to monitor the gluco-lipidic metabolism (1-5).

c) Metabolic Syndrome, constantly anticipated by the Pre-Metabolic Syndrome, classic and variant, described in previous papers (11, 17), can be diagnosed by a phonendoscope since birth, that is when the Pre-Metabolic Syndrome and the so-called diabetic “complications” are present, but “potential” (5-10).

d) The term "*screening*", used arbitrarily as a synonymous of *primary prevention* by the Health Authorities and Doctors, is not correct at all. In fact, in this case we are not talking about primary prevention, carried out before the onset of a disease in individuals who are apparently healthy, but with congenital real risk, dependant on the relative pathology, but it is secondary prevention, carried out on diabetic patients, perhaps not yet diagnosed, but with the complications of the disease already in action. The tertiary prevention aims to contrast the progression of clinically present and advanced complications.

The nature of a prediction is scientific when can't escape, with the help of *ad hoc* theories, to falsification: I foresee that in future Diabetology based on Man, in the scrupulous respect of the "Single Patient Based Medicine" (5, 7-10), and accordingly in agreement with the spirit of the NEW RENAISSANCE of Medicine, the “clinical” diagnosis will play the leading role, quantitative of diabetic “and” dyslipidemic quantum-biophysical-semeiotic constitutions, diabetic congenital real risk, followed by the acknowledgement of Pre-Metabolic Syndrome and consequently of the Metabolic one in diabetic evolution and eventually of diabetes mellitus on a very initial stage (21, 31).

The five Stages of Type 2 Diabetes Mellitus

Since their births all diabetic individuals show quantum biophysical semeiotic signs typical of dyslipidemic “and” diabetic constitutions, and all the related, ICAEM- dependent, Inherited Real Risks, subsequently evolved first into pre-metabolic syndrome and after into metabolic under the negative influence of well-known environmental factors: sedentary lifestyle, tobacco smoke, overeating, a diet rich in saturated fats and carbohydrates, weight gain (BMI 25 or more), and so on (5, 7, 9-11, 13-15,17, 20). (Table 1)

Natural History of type 2 Diabetes Mellitus

Stage 1 (individual's birth)

**Diabetic “and ” Dislipidemic Constitutions
Diabetic Inherited Real Risk (e.g. LATENT)**

Stage II (under 10 years)

Abnormal synthesis of Perivascular GAGs by fibroblasts, pericytes, mioblasts, megacariocytes, a.s.o.; Amiline in the Interstitial Fundamental Substance, and so on. (Location: Capillaries, Small Arteries, Arterioles, AVA type II, group B, cutaneous, EBD, a.s.o.)

Stage III (Second decade of life)

IIR, Microalbuminurie, Initial ATS Plaques , a.s.o.

**Stage IV (about third decade of life)
Prediabetes, overt microvascular Complications.
(OGTT, Iper-Insulinemic-Normo-Glicemic Clamping, Insulinemia)**

**Stadio V
Type 2 overt Diabetes**

Tabella 1

In fact, it is evident that not “all” the individuals, even though obese and/or hypertensive, are at diabetes risk with different probabilities, obviously, as instead health authorities, both Ministers of Health and Instruction, university professors and also the General Practitioners keep – so it seems – thinking.

On the contrary, the individuals with diabetic “real risk” are all those who are positive to dyslipidemic “and” diabetic biophysical-semeiotic constitutions, inherited only from the mother, and associated to the diabetic Congenital Real Risk, measurable only with a simple phonendoscope, *conditio sine qua non* of diabetes type 2.

Quantum Biophysical Semeiotics allows physician, since birth, rationally and clinically to select “all” the individuals affected by dyslipidemic “and” diabetic constitutions, even latent, the only ones to enrol in the primary prevention because carriers of the diabetic congenital real risk (1-33).

Furthermore, for the first time the General Practitioner is able to monitor, clinically and objectively, the course of gluco-lipic congenital metabolic anomalies, recognizing the possible progression, slow and gradual, towards diabetes, favoured, but not caused, by the environmental risk factors: from the genetically directed alterations of lipidic “and” glucidic metabolism towards the Pre-Metabolic Syndrome first and, after, the Metabolic one, both absolutely lacking the traditional clinical symptoms, well recognized instead by Quantum Biophysical Semeiotics (21, 34, 35). (Table1)

As for the technical aspect, in the easiest way the doctor can recognize diabetic congenital real risk by an “intense” skin pinch at the level of the VI thoracic dermatome, which corresponds to the superior part of the epicondrium (= the area beneath the right and left costal arches).

In a healthy patient, “simultaneously” the gastric aspecific reflex is absent, appearing after 24 sec sharp (1-35)

On the contrary, in those patients who are predisposed to diabetes, the reflex appears “simultaneously”, showing an intensity inferior to 1 cm, while in the diabetic patient is 1 cm or more, in relation to the here beneath mentioned pathology.

In other words, interesting from the practical viewpoint, reflex intensity parallels the seriousness of the alterations of amorphous fundamental substance as well as glycemetic metabolism impairment, which highlights the contemporaneous intense “in toto” ureteral reflex” (1)

Interestingly, from practical view point, the intensity of reflex is directly linked to the seriousness of the glucidic dysmetabolism.

Once diabetes has been recognized, potential or overt, the doctor proceeds to the quantum-biophysical-semeiotic evaluation of the glucidic metabolism, using several methods, all reliable but different in style and information (1-35).

A therapeutic important aspect is played by the war against overweight and obesity, which facilitate diabetes onset, obviously exclusively in individuals at inherited real risk.

As a consequence, doctors have to reach the goal of maintaining the real weight near to ideal weight at the best, i.e., conserving physiological BMI.

Siniscalchi's Sign.

In health, lying down psycho-physically relaxed, in supine position with closed eyes to lower melatonin secretion, "intense" (24-28) cutaneous pintchig of VI thoracic dermatome, i.e., trigger-point of pancreas (= the skin 3 cm. about below costal arch, at right or left), does not bring about "simultaneously" the gastric aspecific reflex, which occurs after exactly 24 sec., as after pancreas preconditioning (5, 12, 14) (Fig. 1).

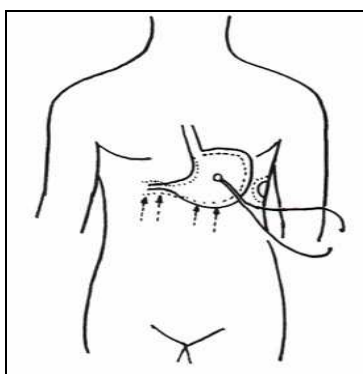


Fig. 1

The figure shows centripetal lines, along which digital percussion has to be applied, gently and quickly, starting from outer areas and moving towards the bell piece of stethoscope. For further technical information, See www.semeioticabiofisica.it, Technical Page Number 1.

On the contrary, under identical experimental condition, illustrated above, in individuals involved by Diabetic Constitution, Diabetic Constitution-Inherited Real Risk, and overt Diabetes Mellitus, of course, "simultaneously" appears the gastric aspecific reflex (respectively of $0,5 < 1$ cm. and 1 cm. or more, showing an intensity of about 3 cm in diabetes out of proper control.

Conclusions.

Based on a sclerotized Physiology, incapable of giving persuasive explanations of the several quantum-biophysical-semeiotic signs and of a Biology that disregards a non-local Reality next to a local one, Western Medicine only considers biological systems which are "static" and with a rigid metabolic balance and, according to Claude Bernard and Walter Cannon, intra-correlated only through nervous and vascular ways, arterial, venous, lymphatic.

In contrast with the blind ignorance of traditional Medicine, the physiological behaviour of biological systems is indeed that of a dynamic system far away from a fixed balance, where also the single cellular and sub-cellular structures vibrate in a stochastic, unpredictable, uncertain, chaotic way.

In addition, Western Medicine erroneously considers individuals born equal and “healthy” until the moment of the onset of the disease, according to a platonic-manichean vision, vainly underpinned with "*ad hoc*" hypothesis. Western Medicine is a giant with clay feet (30).

For all the above mentioned reasons, which surely don't exhaust my *J'Accuse* against the present Middle Ages of Medicine, maid of Economy, it now time of its Renaissance, on the basis of the discoveries done in the last 50 years and which brought to the foundation of Quantum Biophysical Semeiotics (33).

Regarding the present war against DM, based on the useless screening, unfortunately until now physician fight such as metabolic, complex disorder exclusively with therapy, however showing to be not able to bring under optimal control metabolic impairment.

Quantum Biophysical Semeiotic primary prevention of type 2 DM, providing an efficacious, reliable tool, as Siniscalchi's Sign, here illustrated for the first time, allows, easily and quickly, to recognize individuals at real risk of DM, to be enrolled in the original primary prevention.

* Mario Siniscalchi, my dearest Friend, Cardiologist in Neaple, skilled in Quantum Biophysical Semeiotics of hearth disorders.

** Sergio Stagnaro MD

Via Erasmo Piaggio 23/8

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it

dottsergio@semeioticabiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

References

- 1) 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 ; <http://www.semeioticabiofisica.it/semeioticabiofisica/Documenti/Ita/Nuovo%20Rinascimento%20Medicina%20RELAZIONE%20I%20Congr.doc>; english version <http://www.semeioticabiofisica.it/semeioticabiofisica/Documenti/Eng/Nuovo%20Rinascimento%20eng.doc>
- 2) Stagnaro Sergio. Pivotal PPARs Activity Bed-side Evaluation in Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome Primary Prevention. *Cardiovascular Diabetology*. 2005, 4:13 doi:10.1186/1475-2840-4-13
- 3) Stagnaro Sergio. Bedside biophysical-semeiotic PPARs evaluation in glucose-lipid metabolism monitoring. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 14-20. <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/5/1/14>
- 4) Stagnaro Sergio. Pivotal Role of Liver PPARs Activity Bed-side Evaluation in Monitoring glucidic and lipidic Metabolism. *Lipids in Health and Disease*. 02 June 2007, <http://www.lipidworld.com/content/6/1/12/comments#284542>
- 5) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 6) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del "Reale Rischio" Oncologico. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004.
- 7) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 8) Stagnaro Sergio. Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response>
- 9) 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/>
- 10) Stagnaro Sergio Sergio Stagnaro. Biophysical-Semeiotic Diabetic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, http://cyberlectures.indmedica.com/show/60/1/Diabetic_Constitution

- 11) Stagnaro Sergio. Pre-Metabolic Syndrome and Metabolic Syndrome: Biophysical-Semeiotic Viewpoint. www.athero.org, 29 April, 2009.
<http://www.athero.org/commentaries/comm904.asp>
- 12) 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. www.athero.org, 29 April, 2009
<http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 13) Stagnaro Sergio. Il "Reale Rischio" Semeiotico-Biofisico. <http://www.piazzettamedici.it/>.
URL:<http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm>
- 14) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolari di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 15) Stagnaro Sergio. New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann. Int. Med.* <http://www.annals.org/cgi/eletters/0000605-200708070-00167v1>
- 16) 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]
- 17) Stagnaro Sergio. Epidemiological evidence for the non-random clustering of the components of the metabolic syndrome: multicentre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Feb 7; [Epub ahead of print] [Medline]
- 18) Stagnaro Sergio. Lettera di un medico in pensione ad un neolaureato, aggiornata e commentata. www.mednat.org, 22 marzo 2009.
http://www.mednat.org/curriculum_stagnaro.htm
- 19) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M. Valutazione percusso-ascoltatoria del Diabete Mellito. Aspetti teorici e pratici. *Epat.* 32, 131, 1986
- 20) Sergio Stagnaro. Biophysical-Semeiotic Dyslipidaemic Constitution. Cyber Lecture, www.indmedica.com, 2006, http://cyberlectures.indmedica.com/show/50/1/Biophysical-Semeiotic_Dyslipidaemic_Constitution
- 21) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., La sindrome percusso-ascoltatoria da carenza di Carnitina. *Clin. Ter.* 145, 135 [Medline] 1994.
- 22) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: valutazione clinica 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 – *Acta Med. Medit.* 13, 99, 1997.
- 23) Stagnaro Sergio. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
- 24) Stagnaro Sergio. Il test Semeiotico-Biofisico della Osteocalcina nella prevenzione primaria del diabete mellito. www.fce.it Febbraio 2008.
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=909&Itemid=47
- 25) Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007
<http://www.ilpungolo.com/leggitutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>
- 26) Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 27) Stagnaro S. e Manzelli P. Semeiotica Biofisica Quantistica: Bifasicità della Secrezione Ormonale. www.ilpungolo.com, Dicembre 2007
- 28) Stagnaro S. e Manzelli P. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico-Biofisica di Epatopatia . Dicembre 2007,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45
- 29) 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>
- 30) Sergio Stagnaro. La Medicina Occidentale: un Gigante dai Piedi d'Argilla. 4 Gennaio. 2010, <http://www.fcenews.it>, <http://www.fceonline.it/images/docs/gigante.pdf>
- 31) 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]

- 32) Sergio Stagnaro. Without CAD Inherited Real Risk, All Environmental Risk Factors of CAD are innocent Bystanders. *Canadian Medical Association Journal*. CMAJ, 14 Dec 2009, <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/12/E267#253801>
- 33) Sergio Stagnaro. New Renaissance in Medicine. 01 October 2010, <http://www.scivox.com>. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-10-01new+renaissance+in+medicine..html>
- 34) Stagnaro Sergio. [Valutazione dell'amiloide insulare nel diabete mellito](http://www.fceonline.it). www.fceonline.it, 2008, <http://www.fceonline.it/wikimedicina/semiologica-biofisica/211/581-valutazione-dell-amiloide-insulare-nel-diabete.html>; e <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/amiloide.htm>
- 35) Caramel Simone. Primary Prevention of T2DM and Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus <http://ilfattorec.altervista.org/T2DM.pdf>
- 36) Sergio Stagnaro. Primo neonato negativo per il Terreno Oncologico nato da genitori positivi per la Variante RESIDUA in trattamento con Melatonina-Coniugata, secondo Di Bella-Ferrari. www.fce.it, 13 aprile 2010, <http://www.fceonline.it/images/docs/neonato.pdf>; nel sito http://junior.cybermed.it/index.php?option=com_frontpage&Itemid=36, alle URLs http://junior.cybermed.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1073&Itemid=51 http://www.cybermed.it/index.php?option=com_content&task=view&id=24687&Itemid=134; <http://www.piazzetamedici.it/professione/professione.htm> <http://www.liquidarea.com/2010/07/manuels-story-la-melatonina-nella-terapia-del-terreno-oncologico/>
- 37) Sergio Stagnaro. [New Way in the War against Cancer. Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk based Primary Prevention: Manuel' Story](http://www.mysun.com). 2 May, 2010. www.mysun.com. , http://www.mysun.co.uk/stagnaro/blog/2010/05/02/new_way_in_the_war_against_cancer_oncological_terrain-dependent_inherited_real_risk_based_primary_prevention_manuel_story, and <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-07-21manuel%27s+story%3A+a+new+way+in+cancer+primary+prevention.html>
- 38) Sergio Stagnaro. Lettera Aperta alle Neo-Spose. La Storia di Manuel, che nessuno racconta. <http://www.masterviaggi.it> Giovedì, 15 Luglio 2010. http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/40260-lettera_aperta_alle_neo-spose_la_storia_di_manuel_che_nessuno_racconta.php
- 39) Stagnaro Sergio. Oncogenesis is possible exclusively in individuals Oncological Terrain-positive. www.thescientist.com 2007. <http://www.the-scientist.com/blog/print/53498/>
- 40) Sergio Stagnaro. There are other, clinical ways in preventing disease transmission through mitochondria intervention. 15 April, 2010. www.thescientist.com, <http://www.the-scientist.com/blog/display/57287/>
- 41) Sergio Stagnaro. Il Terreno Oncologico di Di Bella. www.fce.it, 11 ottobre 2010, <http://www.fceonline.it/images/docs/terreno%20oncologico.pdf>; <http://www.luigidibella.it/cms-web/upl/doc/Documenti-inseriti-dal-2-11-2007/Il%20Terreno%20Oncologico%20di%20Di%20Bella.pdf>; <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.6420>
- 42) **Stagnaro Sergio**. La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo. <http://www.fcenews.it>, 15, giugno 2009. <http://www.fcenews.it/docs/diagnostica2.pdf> ; www.altrogiornale.org, <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4889>; <http://www.nonapritequelportale.com/?q=la-psicocinesi-esiste-funziona>; <http://unlocktor.altervista.org/forum/viewtopic.php?t=1192&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=&sid=af35aa98b69d6f08d116f65d34b55827>; http://www.spaziamente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corrobora_la_psicocinesi.pdf
- 43) Curri S. B., *Le microangiopatie*, a cura di Inverni della Beffa, Arte Grafica S.p.A. Verona, 1986
- 43) **Stagnaro S.**, Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica condizione necessaria non sufficiente della oncogenesi. XI Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolaz. Abstracts, pg 38, 28 Settembre-1 Ottobre, Bellagio

- 44) **Stagnaro S.**, Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. Atti, 61. 6-7 Novembre, Siena
- 45) **Stagnaro S.**, Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica. Gazz Med. It. – Asch. Sci, Med. 144, 423
- 46) JEQUIER E. Leptin Signaling, Adiposity, and Energy Balance. Ann. N. Y. Acad. Sci. 967: 379-388 (2002)

Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilità a riposo e dopo il test di Secrezione del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione clinica della Insulino-Resistenza.

Sergio Stagnaro*

Introduzione	224
Descrizione del Metodo	224
Valutazione della Insulino-Resistenza mediante la Manovra di Ferrero-Marigo	225
La Vasomotilità in Fisiologia e nella Ridotta Sensibilità dei Recettori insulinici	226
Discussione e conclusione	227
Bibliografia	228

Introduzione

Lo scopo del lavoro era quello di evidenziare l'utilità dei vari metodi semeiotico-biofisico-quantistici di valutazione della ridotta sensibilità dei recettori insulinici, nota come insulino-resistenza, pre-recettoriale, recettoriale e post-recettoriale, di base e dopo stimolazione acuta del picco insulinemico, sottolineandone la coerenza interna ed esterna (1-4).

La coerenza interna ed esterna di una teoria scientifica non è sinonimo di verità. Tuttavia, ne rappresenta la *conditio sine qua non*.

L'insulino-resistenza (IR), sempre associata all'iperinsulinemia, costituisce il III Stadio nella evoluzione del dismetabolismo glicidico (V. nel mio sito www.semeioticabiofisica.it in Pratiche Applicazioni, 6 articoli su Diabete Mellito), recita un ruolo primario nell'insorgenza del diabete mellito, che colpisce esclusivamente soggetti con Costituzione Diabetica e Dislipidemica, e Reale Rischio congenito diabetico (1-4)

Descrizione del Metodo

In un individuo, supino e psicofisicamente rilassato, il medico valuta prima di tutto i parametri del riflesso muscolo bicipite-gastrico aspecifico (= dilatazione dello stomaco), espressione di acidosi istangica critica locale: nel sano a digiuno, la compressione "intensa" del m. bicipite tra il pollice e le altre dita causa la dilatazione dello stomaco dopo un tempo dilatenza (tl) di 10 sec. (33, 34). Il riflesso dura $> 3 < 4$ sec. (valore parametrico di estremo interesse, in relazione alla efficacia dell Riserva Funzionale Microcircolatoria) e, quindi, scompare per una durata $> 3 < 4$ sec. prima di ricomparire (= "tl differenziale"), che corrisponde esattamente alla **dimensione frattalica** del caos deterministico della *vasomotility* e *vasomotion* del muscolo scheletrico, valutata in modo più sofisticato e complesso (33-36).

Al contrario, nel DM tipo I e nel DM tipo 2 con *ridotta* secrezione insulinica il tl di base scende a < 10 sec. (NN = **10 sec.**), durata del riflesso (D) > 4 sec. (NN < 4 sec.) e tl "differenziale" ≤ 3 (NN $> 3 < 4$ sec.). Interessante il fatto che nella IIR e nella IGT iniziale il tl di base è $12 \geq 13$ sec., D $> 3 < 4$ sec. e il tl "differenziale" è $> 3 < 4$ sec. I tre parametri del riflesso m. bicipite (fegato, tessuto adiposo)- gastrico aspecifico sono tra loro correlati altra dimostrazione della coerenza interna ed esterna della teoria da noi sostenuta (33-36).

Successivamente si valutano una seconda volta i descritti parametri dopo stimolazione della secrezione insulinica, provocata mediante pizzicotto "lieve" e prolungato o pressione digitale "lieve" e persistente del VI dermatometro toracico (= cute all'incrocio tra emiclaveare ed arcata costale di destra o di sinistra) per una durata di 12 secondi esatti, causa di ipertono dei B-adrenorccettori pancreatici (34-39). Analogamente a quanto accade nel muscolo scheletrico, si può valutare l'attività recettoriale per l'insulina nel fegato e tessuto adiposo sia centrale sia periferico (V. mio sito, <http://www.semeioticabiofisica.it>)

La **manovra di Ferrero-Marigo** consente al medico di raccogliere dati clinici di estremo interesse, specialmente per la prevenzione primaria, che permettono di riconoscere in modo relativamente semplice e rapido, una pericolosa situazione disendocrino-dismetabolica, considerando che per un lungo tempo non è accompagnata da fenomenologia clinica.

Nel DM con ridotta secrezione insulinica, dopo la manovra il tl rimane immutato, inferiore all norma (< 10 sec.; NN = 10).

Nel sano, il modesto aumento, eventualmente presente, del tl non è statisticamente significativo, mentre nell'IIR e nella IGT il tl del riflesso m. bicipite-ciecale e/o gastrico aspecifico da 10 sec. di base sale in modo caratteristico a 12 sec. circa ($p < 0,001$).

Gli altri numerosi segni, relativi alla secrezione insulinica, sono illustrati in modo particolareggiato in precedenti lavori (1-4, 33-45).

In realtà, l'evidenza clinica e sperimentale dimostra che nell'DM tipo I la secrezione insulinica è ridotta, quando non del tutto assente e si esaurisce rapidamente durante lo stimolo B-adrenorecettoriale pancreatico in 2-3 secondi.

Ne consegue che il tl del riflesso gastrico aspecifico risulta immutato con valori patologicamente bassi (< 7 sec.) dopo la manovra di Ferrero-Marigo.

Al contrario, nel sano, dove la secrezione insulinica è fisiologicamente regolata con meccanismo di feedback negativo dall'insulinemia (16, 18), l'insulino-secrezione ritorna ai valori di base in 10 secondi esatti, che è la durata del riflesso VI-dt.- pancreatico (= attivazione microcircolatoria tipo i, attivato, del pancreas), valutabile con l'originale semeiotica fisica (33, 36-40).

Pertanto subito dopo la manovra nel sano il tl del riflesso m. bicipite-ciecale risulta solo lievemente allungato, in conseguenza dell'incremento della energia libera nelle cellule muscolari (epatiche e adipose), secondario alla ossidazione di parte del glucosio assorbito durante la manovra stessa: $10 \pm 0,5$ sec. versus $10,5 \pm 0,5$ sec.; $p = \text{NS}$).

Infine, nella IIR, dove la secrezione insulinica intensa si prolunga, sfasata, per 14 secondi circa, il muscolo, sebbene lentamente, assorbe ed utilizza il glucosio, che successivamente segue un duplice destino metabolico, ossidativo e non ossidativo, per effetto, dell'insulina (6-11, 18).

Ne consegue che, dopo la manovra di Ferrero-Marigo, nella IIR il tl del riflesso m. bicipite-gastrico aspecifico è allungato in modo caratteristico e statisticamente significativo: 12 sec. versus 14 sec. circa; $p < 0,001$).

Interessante appare il fatto che la *vasomotilità* (e quindi la *vasomotion*) pancreatica e muscolare, valutata come oscillazione del riflesso ureterale superiore (= *vasomotility*) ed inferiore (= *vasomotion*), che informa sul modo di essere dei *nutritional capillaries* e venule post-capillari locali, mostra modificazioni correlate con quelle del tl del riflesso ciccale nelle identiche condizioni (33-40) (V. il sito www.semeioticabiofisica.it/microangiologia).

Valutazione della Insulinino-Resistenza mediante la Manovra di Ferrero-Marigo

L'insulino-resistenza recettoriale è alla base del differente comportamento del tempo di latenza del riflesso muscolo scheletrico-gastrico aspecifico, durante stimolazione pressoria medio-intensa del tessuto muscolare (per esempio, muscolo bicipite), nel sano e nel diabetico, a partire dal II stadio della Storia Naturale del diabete mellito tipo 2 (DM) prima di base e poi dopo la secrezione del picco acuto insulinemico della durata precisa di 10 sec. (5-10).

Nel sano, il tempo di latenza (tl.) del riflesso basale, a riposo, è di 10 sec. precisi e tale rimane anche quando è valutato immediatamente dopo la stimolazione del picco acuto della secrezione insulinica della durata di 10 secondi.

Al contrario, nella IR, la prima valutazione può essere nei valori normali (10 sec.), ma la seconda indagine mostra un tl. prolungato che sale a 12 sec. o più, in relazione alla intensità della sottostanze patologia (1).

La verosimile spiegazione di questi valori parametrici è che fisiologicamente l'attivazione microcircolatoria di tipo primo, associato, provocata dall'insulina nel muscolo scheletrico (nel nostro caso il muscolo bicipite, è "simultanea" all'inizio della stimolazione e dura per tutta l'esecuzione del *test*. Pertanto, alla seconda valutazione la situazione microcircolatoria locale è ritornata ai valori basali, così che il tempo di latenza del riflesso muscolo bicipite-gastrico aspecifico risulta di 10 sec.

Nella IR, invece, manca la *simultaneità* dell'attivazione microcircolatoria, che inizia successivamente, sfasata di alcuni secondi nei confronti dell'inizio del *test* e si prolunga quindi di pochi secondi dopo la cessazione (5, 6).

Ne consegue che il tl. del secondo riflesso muscolo scheletrico-gastrico aspecifico supera i fisiologici 10 sec.

La Vasomotilità in Fisiologia e nella Ridotta Sensibilità dei Recettori insulinici

La coerenza, interna ed esterna, della teoria sopra illustrata è rivelata dalla attenta valutazione del comportamento delle diverse fasi delle fluttuazioni del riflesso ureterale superiore (*vasomotilità*) e inferiore (*vasomotion*) durante stimolazione dei *trigger points* muscolari mediante compressione di "lieve-media" intensità tra il pollice e le altre dita. (Fig. 1)

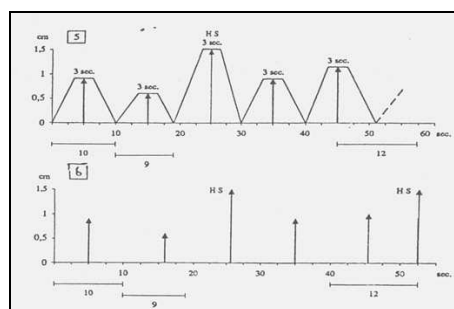


Fig. 1

In alto, le fluttuazioni mostrano il comportamento fisiologico, caotico-deterministico-quantistico della vasomotilità (= terzo ureterale superiore): si osserva la rapida Linea Ascendente (AL), seguita da una Plateau Line (PL), orizzontale della durata di 3-4 sec., seguita dalla veloce Linea Discendente (LD), espressione della contrazione microvasale.

In basso il relativo tacogramma.

Il medico procede ora alla stimolazione della secrezione del picco acuto di insulina (= pizzicotto cutaneo di media intensità, applicato alla cute sottostante 2-3 cm. le emi-arcate costali: *trigger points* pancreatici) iniziando esattamente alla fine di una oscillazione.

Nel sano “simultaneamente” appare l’intensificazione della fluttuazione, come mostra, per esempio, la Fig.2. (53-55)

E’ facilmente intuibile che l’area sotto la curva è in relazione diretta col calibro microvasale e, quindi, alla entità del flusso microcircolatorio e al rifornimento tessutale di materia-informazione-energia.

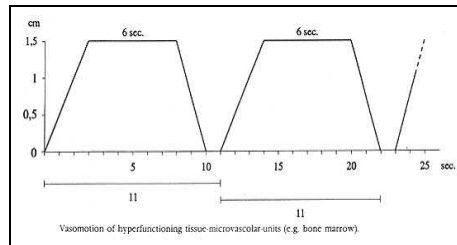


Fig. 2

Le fluttuazioni vasomotorie sono di massima intensità: AL rapida, PL prolungata, LD attuata velocemente. L’aria sotto la curva è massima.

Tuttavia, a differenza di quanto si osserva nella Fig.2, dove le oscillazioni proseguono tutte di massima intensità, come accade nella sede di una flogosi acuta, la terza fluttuazione nel nostro esperimento, osservata subito dopo la fine del *test* della secrezione del picco acuto insulinemico, ritorna rapidamente ai valori parametrici di base cosicché l’ossigenazione tessutale locale presenta i livelli basali.

Ne consegue che il tempo di latenza del riflesso muscolo bicipite-gastrico aspecifico, valutato appena è terminato il *test* del picco acuto insulinemico mostra valori di livello energetico endocellulare identici a quelli iniziali, basali, perché identica è la ossigenazione istamica.

Al contrario, nella IR, la fluttuazione osservata durante il *test* del picco acuto insulinemico è ritardata di qualche secondo in relazione alla gravità della insulin-resistenza, si attua più lentamente e le oscillazioni ureterali sono meno intense. Questo comportamento, geometrizzato magari solo mentalmente, spiega il prolungamento del secondo tempo di latenza, caratteristico di questa situazione, i cui valori sono in rapporto con la gravità della compromessa sensibilità dei recettori insulinici.

Discussione e conclusione

Negli ultimi 20 anni le nostre conoscenze dei meccanismi d’azione cellulare e molecolari dell’insulina, l’ormone centrale della regolazione metabolica, si sono enormemente accresciute (24), in parte a causa dell’interesse suscitato dalla prevalenza della iperinsulinemia-insulin-resistenza (29, 41), essenziale nella patogenesi di molte malattie, quali obesità, DM, ipertensione arteriosa, forse (26-27), iperandrogenismo ovarico e, come noi sosteniamo, IPB (40).

Inoltre, recentemente la Semeiotica Biofisica Quantistica ha permesso di dimostrare la bifasicità dell’azione ormonale, inclusa quella dell’insulina (53-56)

Con le sue azioni correlate del metabolismo dei carboidrati, proteine e lipidi l’insulina esercita un effetto prevalente nel regolare la "omeostasi" del glucosio, specialmente a livello epatico, muscolare e nel tessuto adiposo (7, 15, 16, 31, 40-46).

Nel fegato l’insulina inibisce la gluconeogenesi e la glicogenolisi mentre promuove la sintesi e il deposito di glicogeno. Nel muscolo e nel tessuto adiposo, invece, l’insulina stimola l’assorbimento, il consumo e il deposito di glucosio. Gli eventi biochimici, differenti e tessuto specifici, a tale scopo impiegati, si realizzano in un tempo variabile da pochi secondi fino ad ore: rapido incremento della captazione del glucosio (28,46); attivazione e inattivazione mediante la proteinchinasi di enzimi (per es., la glicogenosintetasi) responsabili dell’accumulo e del metabolismo glucidico; modificazioni nella espressione di numerosi geni (22).

Accanto a ciò notevole è il ruolo della insulina nella regolazione del metabolismo proteico e lipidico (7, 22) e quale fattore di crescita (40).

Le conseguenze cliniche della frequente, asintomatica e subdola IIR possono essere divise in due grandi categorie, che comprendono eventi biologici secondari alla difettosa azione insulinica, per esempio IGT e DM, e, rispettivamente, alla eccessiva azione dell'ormone, per esempio acantosi nigricans, iperandrogenismo, IPB (40), in conseguenza della stimolazione dei recettori IGF-1, attivati dalla autofosforilazione di residui tirosinici, come accade per il recettore insulinico (24).

Oltre ad esitare nel DM I e 2, notoriamente associati alla cardiopatia ischemica, la IIR è essa stessa un fattore di rischio indipendente per le malattie cardiovascolari e per l'insorgenza della retinopatia diabetica proliferativa da stimolazione di questi recettori e direttamente implicata nella duplicazione delle cellule muscolari lisce e, quindi, nell'ATS (46), nella patogenesi dell'IA e della ipertrigliceridemia, nella induzione della sintesi e del deposito di anticorpi nella parete capillare (47), realizzando varie fenomenologie cliniche, tra cui la sindrome di Reaven classica (28) e la variante, da noi descritta (43).

Non è completamente noto come la IIR intervenga nella patogenesi della IA. Tuttavia, l'insulina stimola il sistema nervoso simpatico, come da noi dimostrato clinicamente mediante i PNE e promuove l'assorbimento del sodio (34, 44).

A proposito delle azioni dell'insulina ricordiamo i risultati di un nostro studio clinico, che evidenziò una intesa attività vasospastica ormonale della a. brachiale, accanto ad un netto aumento del tono e ridotta dimensione frattalica della *vasomolality* e *vasomotion*, a livello dei muscoli scheletrici del braccio e delle mani (37).

In conclusione, da quanto sopra riferito risulta l'importanza della IIR come fattore di rischio per numerose e gravi patologie, tra cui bisogna annoverare la IPB, secondo una nostra indagine (40), i cui dati definitivi saranno pubblicati in un prossimo articolo. Al letto del malato, per la prima volta il medico può diagnosticare e "quantizzare" la frequente IIR, asintomatica e, pertanto, subdola, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica, impiegando tempestivamente una personalizzata terapia dietetica (normo-calorica ed ipo-glicidica), e farmacologica a base di istangioprotettori, quali il Quinapril, Co Q10, Finasteride, Camitina, in grado di normalizzare, negli stadi iniziali ovviamente, la alterata secrezione insulinica e ripristinare la fisiologica attività dei recettori per questo ormone a livello di muscolo scheletrico, fegato, tessuto adiposo e nello stesso pancreas.

I meccanismi d'azione degli istangioprotettori, sulla base della dieta etimologicamente intesa, la quale recita sempre un ruolo di fondamentale importanza riportando nella norma i valori di BMI, sono numerosi, complessi e solo in parte conosciuti.

Secondo il nostro parere, basato su di una lunga esperienza con il nuovo metodo clinico di indagine, un fattore di primo piano è rappresentato dalla eliminazione, più o meno efficace, della acidosi tissutale, comunque provocata, in individui positivi per la Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica-a (ICAEM) (51-56).

Infatti, nella virosi influenzale, dove a differenza delle infezioni batteriche, la acidosi tissutale, specialmente in individui ICAEM-positivi, è particolarmente intensa, è sempre presente ed accentuata la IIR. L'acidosi riduce l'attività recettoriale verso l'insulina (36)

La manovra di Ferrero-Marigo, accanto ad altri numerosi segni della Semeiotica Biofisica Quantistica, illustrati sia nel mio sito sia nei lavori citati, consente di diagnosticare e "quantizzare" bed-side questa grave patologia, oggi considerata universalmente una epidemia in continuo aumento, ad estrinsecazione mesenchimopatica ed endocrino-metabolica, al momento magari priva di sintomatologia clinica eclatante e, pertanto, ancora più pericolosa a causa della possibile e lenta evoluzione verso numerose condizioni patologiche, mortali o invalidanti.

Bibliografia

- 1) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica: la manovra di Ferrero-Marigo nella diagnosi clinica della iperinsulinemia-insulino resistenza. *Acta Med. Medit.* 13, 125, 1997.
- 2) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica: valutazione clinica 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 – *Acta Med. Medit.* 13, 99, 1997
- 3) **Stagnaro Sergio.** Insulin Secretion Acute Pick Test and Renal Test of Hyperinsulinemia-Insulinresistance. April 16, 2009, <http://sciphu.com/> and at URL <http://www.shiphusemeioticscom-stagnaro.blogspot.com/>
- 4) **Stagnaro Sergio.** Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi Clinica dell'Iperinsulinemia-Insulinoreistenza. <http://www.fcenews.it>, Ottobre, 2009. <http://www.fcenews.it/docs/iper.pdf>
- 5) Andronico G., Mule G., Mangano M.T., Piazza G., Donatelli M., Cerasola G., Bompiani G.D., Insulin-resistance and endogenous digoxin-like factor in obese hypertensive patients with glucose intolerance, *Acta Diabetol.*, 1992, 28, 203.
- 6) Antognetti L., *Trattato di Endocrinologia*, Casa Ed. Ambrosiana, Milano, 1968.
- 7) Bell G.L, Kayano T., Buse J.B. et Al., Molecular biology of mammalian glucose transporters, *Diabetes Care*, 1990, 13, 198.
- 8) Bergman R.N., Finegood D.T., Ader M., Assessment of insulin sensitivity in vivo, *Endocrin. Rev.*, 1985, 6, 45. Borgoni N., Sintesi e regolazione del glucosio ematico, In: *Basi Biologiche della Medicina Moderna*, GC Ed. Medico Scientifiche, Torino, 1980, /, 513.
- 9) Bergoni N, Sintesi e regolazione del glucosio ematico. In: *Basi Biologiche della Medicina Moderna*, GC Ed. Medico Scientifiche, Torino, 1980, I, 513.
- 10) Capito K., Hansen S.E., Hedeskov C.T., Islin H., Thams P., Fat-induced changes in mouse pancreatic islet insulin secretion, insulin biosynthesis and glucose metabolism, *Acta Diabetol.*, 1992, 28, 193.
- 11) Chieffi G., / bioregolatori e loro meccanismi d'azione. In: *Basi Biologiche della Medicina Moderna*, GC Ed. Medico Scientifiche, Torino, 1980, I, 317.
- 12) Christlieb A.R., Krolewski A.S., Warram J.T., Soeldner J.S., In insulin the link between hypertension and obesity? *Hypertension*, 1985, 7 (suppl. H), 54.
- 13) Custro N., Scafidi V., Costanza G., Corsello F.P., Resistenza insulinica in pazienti con malattia di Graves e ridotta tolleranza al glucosio. *Min. Mcd.*, 1990, 81, 523.
- 14) Denton R.M., Brownsey R.W., Beishon G.J., A partial view of the mechanism of insulin action, *Diabet.*, 1981, 27, 347.
- 15) Dinnen S., Geriche J., Rizza R., Carbohydrate metabolism in non-insulin-dependent diabetes mellitus, *N.Engl. J. Med.*, 1992, 327, 707.
- 16) Elahi D., Nagulesparan M., Herschcopf R.J., Muller D.C., Tobin J.D. et Al., Feedback inhibition of insulin secretion by Insulin, *N. Erigi. J. Med.*, 1982, 306, 1196.
- 17) Felig P., Bergman M., *Integrateci physiology of carbohydrate metabolism*. In: Rifkin H., Porte D. eds., *Ellenberg and Rifkin's diabetes mellitus*, 1990, Elsevier, New York, 354.
- 18) Goodner C.J., Walike B.C., Koerker D.J., Ensinnck J.W., Brown A.C. et al., Insulin, glucagon and glucose exhibit synchronous, sustained oscillations in fasting monkeys, *Science*, 1995, 195, 177.
- 19) Haddy F.J., Endogenous digoxin-like factor or factors, *N. Engl. J. Med.*, 1987, 316, 763.
- 20) Halkin H., Modan M., Shefi M., Almog G. Altered erythrocyte and plasma sodium and potassium in hypertension, a facet of hyperinsulinaemia, *Hypertension*, 1988, II, 71.
- 21) Haring H.V., Obermaier-Kusser B., Muhlfachr C., Zum Mechanismus der zellularen Insulinwirkung. Rezeptor-kinase Defekt beim Typ II Diabetes, *Med. Klin.*, 1989, 84, 144.

- 22) Kahn B.B., Flier J.S., Regulation of glucose transporter gene expression in vitro and in vivo, *Diabetes Care*, 1990, 13, 548.
- 23) Mathiesen E.R., Oxenboll R., Johansen K., Svedsen P.A., Deckert T., Incipient nephropathy in type I (insulin-dependent) diabetes, *Diabet.*, 1984, 26, 406.
- 20) Moller D.E., Flier J.S., Insulin resistance. Mechanisms, syndromes and implications, *N. Engl. J. Med.*, 1991, 325, 938.
- 25) Newman B., Selby J.V., King M.C., Slemenda C., Fabsitz R., Friedman G.D., Concordance for type 2 (non insulin-dependent) diabetes mellitus in male twins, *Diabet.*, 1987, 30, 763.
- 26) O'Brien R.M., Gramer D.K., PEPCK genes as a model of inhibitory effects of insulin on gene transcription, *Diabetes Care*, 1990, 13, 327.
- 27) Paolisso G., Gambardella A., Verza M., Varricchio M., Quinapril reduces arterial blood pressure and improves metabolic control in elderly hypertensive diabetic patients. *Diabete & Metabolismo*, 1990, 16, 264.
- 28) Reaven G.M., Role of Insulin resistance in human diseases, *Diabetes*, 1988, 37, 1595.
- 29) Roth J., Insulino-recettori nel diabete. *Minuti Menarini*, 1981, nov-dic, 37.
- 30) Sad M.F., Lillioja S., Nyomba B., Castillo C., Ferraro R. et Al., Racial differences in the relation between blood pressure and insulin-resistance, *N. Engl. J. Med.*, 1991, 324, 733.
- 31) Salomaa V.V., Strandberg T.E., Vanhanen H., Nankarinen V., Sama S., Miettinen T.A., Glucose tolerance and blood pressure: long-term follow-up study in middle aged men, *Brit. Med. J.*, 1991, 302, 493.
- 32) Slater E.E., Insulin resistance and hypertension, *Hypertension*, 1991, 18 (suppl. I), 108.
- 33) Stagnaro S., Moscatelli G., Biophysical semeiotics: deterministic chaos and biological systems, *Gazz. Med. It., Arch. Sci. Med.*, 1996, 3, 125.
- 34) Stagnaro S., Percussione ascoltata degli attacchi ischemici transitori ruolo dei potenziali cerebrali evocati, *Min. Med.*, 1985, 76, 1211.
- 35) Stagnaro S., Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata, *Accad. Lig. Sci. Lett.*, 1977, 34, 176.
- 36) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Basi microcircolatorie della semeiotica biofisica. *Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione*, Firenze ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 1995, 2, 94.
- 37) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica Biofisica: valutazione della compliance arteriosa e delle resistenze arteriose periferiche. *Atti del XVII Cong. Naz. Soc. Ital. Studio Microcircolazione*, Firenze Ott. 1995, Biblioteca Scient. Scuola Sanità Militare, 1995, 2, 93.
- 38) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Deterministic chaotic biological system: the microcirculatory bed, *Gazz. Med. It., Arch. Sci. Med.*, 1994, 153, 99.
- 39) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Flebopatie Ipotoniche istangiopaliche. *Min. Angiol.*, 1994, 19, 57.
- 40) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Microangiologia clinica della ipertrofia prostatica benigna. Ruolo patogenetico delle modificazioni del sistema microvascolotessulare valutate con la semeiotica biofisica, *Acta Card. Medit.*, 1996, 14, 21.
- 41) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Pancreatite acuta edematosa interstiziale. Diagnosi percussione ascoltatoria e terapia, *Acta Med. Medit.*, 1987, 3, 45.
- 42) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Semeiotica biofisica: valutazione del caos deterministico dei sistemi biologici, *Medici in Genova*, 1995, 3-4, 22.
- 43) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Sindrome di Reaven classica e variante in evoluzione diabetica. *Il Cuore*, 1993, 6, 617.
- 44) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Stadio pre-ipertensivo della ipertensione arteriosa e monitoraggio terapeutico, *Omnia Med. Therap. Arch.*, 1989-1990, I, 12.

45) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Valulazione clinica percusso-ascoltatoria del sistema nervoso vegetativo e del sistema renina-angiolensina, circolante e tessutale, Arch. Med. Int., 1992, 3, 173.

46) Stout R.W., Overview of the association between insulin and altherosclerosis, Metabolism, 1985, 7 (suppl. II), 12.

47) Tolimson S., Bjorkman L., Keiding P., Lundmark S., Bengston C., Diabetes in patients with hyperlension receiving pharmacological treatment, Diabet., 1982, 22, 1.

48) Wiedemann P., Heimann K., Diabelische Retinopalhle: Risikofaktoren und Therapiekonzepte, Med. Klin., 1992,87, 428.

49) Williams, Trattato di Endocrinologia, Piccin Ed., Padova, 1972, II, Vol.

50)Yudkin J.S., Hypertension and non-insulin dependent diabetes, Brit. Med. J., 1991, 303, 730.

51) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica condizione necessaria non sufficiente della oncogenesi. XI Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolaz. Abstracts, pg 38, 28 Settembre-1 Ottobre, Bellagio 1983

52) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. Atti, 61. 6-7 Novembre, Siena 1981

53) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidosica Enzimo-Metabolica. Una Patologia Mitocondriale Ignorata. Gazz Med. It. – Arch. Sci. Med. 144, 423, 1985 (**Infotrieve**)

54) Stagnaro. Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito:Nosografia e Patogenesi. www.fce.it 17 novembre 2010.

<http://www.fceonline.it/images/docs/diagnosi%20diabete.pdf>

55) Sergio Stagnaro. Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2. www.fce.it, 19 novembre 2010.

http://www.fceonline.it/images/docs/dna_diabete.pdf

56) 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

*** Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticbiofisica.it

dottsergio@semeioticbiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Appendice

Un articolo, pubblicato sulla prestigiosa rivista *PLOS Biology* Vol 6, Numero 1 di febbraio 2008, illustrava una interessante teoria sulle cause della evoluzione della modificazione del colore della pelle in numerosi vertebrati, come i camaleonti, ed invertebrati.

Per riassumere brevemente, gli autori dell'articolo dimostravano di conoscere soltanto la tradizionale spiegazione della conoscenza e della sua nota evoluzione. Il processo noetico avverrebbe mediante un meccanismo analogo all'impressione di forme su una lastra fotografica; le successive registrazioni costituiscono il progredire della conoscenza, cioè l'accumulo di dati, che il soggetto possiede del mondo esterno oggettivo, secondo la superata visione lockiana del processo conoscitivo, oggi superato.

Siamo evidentemente nella classica interpretazione del processo della conoscenza, formale, fondato su una fisica lineare, basata sul principio della causa-effetto, ormai superato e ben lontano dal poter fornire una soddisfacente spiegazione dei complessi meccanismi alla base della conoscenza.

PLOS Biology, che ha ospitato altri miei commenti critici, ha accettato e messo in rete la mia seguente *Response*, in cui illustro l'intelligibilità della natura secondo l'originale interpretazione di Paolo Manzelli, che utilizza anche la meccanica quantistica e tipicamente non contrappone il soggetto all'oggetto nel processo noetico.

La Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica, anche in questo lavoro condiviso da i responsabili di una prestigiosa *peer-review*, ha offerto una efficace corroborazione a teorie scientifiche, troppo a lungo ignorate dalla scienza ufficiale, a danno del nostro patrimonio culturale.

A questo proposito, la seguente evidenza sperimentale, facilmente riproducibile, rappresenta l'ennesima corroborazione, in chiave semeiotico-biofisica-quantistica, delle geniali interpretazione del mio amico fiorentino.

L'esaminando, supino e psico-fisicamente rilassato con gli occhi chiusi per evitare la stimolazione luminosa della retina, ad un segnale del medico apre gli occhi, rapidamente sollevando le palpebre: "simultaneamente" le aree cerebrali occipitali presentano attivazione microcircolatoria di tipo I, attivato.

In seguito, ho illustrato nei dettagli i risultati di mie ricerche che confutano l'interpretazione data fino ad allora all'Esperimento di Libet, offrendone una migliore ermeneutica, nei due articoli:

1) **Stagnaro Sergio.** Benjamin Libet's experiments: Quantum Biophysical Semeiotics viewpoint! *The General Science Journal*. 31 Dec. 2008.

<http://www.wbabin.net/comments/stagnaro.htm>

2) **Stagnaro Sergio.** Quantum Biophysical Semeiotics Enlightens Benjamin Libet's Experiments. <http://www.fceonline.it/>, 14 gennaio 2009.

http://www.fceonline.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2194&Itemid=45

PLOS-Biology, Response:

New intelligibility of Nature, according to Paolo Manzelli.

Stagnaro Sergio. *PLOS Biology*, (01 February 2008)

<http://biology.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response&doi=10.1371/journal.pbio.0060025>

In my opinion, this research is really interesting also as regards human intelligibility of nature, according to my friend-co-worker Paolo Manzelli (1-10). Admittedly, research authors state that the ability to change colour has evolved in numerous vertebrate and invertebrate groups, the most well-known of which are chameleons and cephalopods (octopuses and their relatives). All that happens in a large range of variations. In addition, the authors show that evolutionary changes in the

capacity for colour change are consistently associated with the use of social signals that are highly conspicuous to the visual system of chameleons. Well. The data of the research undermine the present traditional knowledge theory, considering that animal, as well as human knowledge can just be considered as an accumulation of data gathered in passive way exclusively with the aid of senses, like a photograph machine, justifying subjectivity and objectivity in knowledge events.

On the contrary, our intelligibility of nature has far more complex.

As a matter of facts, according to P. Manzelli, the interpretation of physical phenomena persists to be based upon some rather broad assumptions, as the arbitrary splitting form subject and object of the physical observation. This arbitrary separation of the observer from the concept of physics, close the intelligibility of nature in a reductive mode, continuously forced in the tradition of a mechanical science understanding. In any case physical science, during the last century, produces very important theoretical assumptions, based on various equations, mathematically demonstrable at a good quantitative reply; but forever this mathematical approach remains closed into an evident paradigmatic incorrectness, and, as a consequence of the limited assumption the creative reasoning, science falls in the proper method of predictability, essentially because never considers belonging to the observed Nature the observer her/she self (1-10).

Following the dualistic experimental observation of nature of quantum “wave/particles”, light energy (E) as well matter (M) behave to a double quantum interpretation of energy/matter interaction. This two modes of understanding has shaped the course of the Quantum Mechanics (Q.M.) in the last century. The fundamental implication of the duality of Q.M suggests that it is no possible to know reality through a cause-effect logic, as in the Classical Physics. So that Q.M. subsequently at the Uncertainty Principle (1927), suggests that in a deeper level, existing under the macro world, the successful description of reality scientifically available, is based only on a probabilistic approach of knowing.

In a few words, I agree with Manzelli, who claims since ever that a opening action will be to introduce into the Conservation of the Total Energy the “Information Energy”, as a new form of energy codification, corroborated recently by Quantum Biophysical Semeiotics (11-16). Following this aperture in science it is possible to develop subsequent original activities, particularly focused to give a better interpretation of the biological communication. In fact inside of “Man”, the brain do not work directly manipulate external lighting rays or sound’s notes, or other known forms of physical energy, this because inside of the brain, biological materials, (neurons, nerves, neurotransmitters, hormones, etc.) are not row materials, and also bio-electric energy, interact in order to transform in “mental information”, the input of quantum wave/particles, received through the sensory receptors. Therefore starting from the brain it is becoming admissible a new kind of “Information Energy” (I), and we suppose that (I) can be codified in a new space-time dimension, that never it is taken in account in the old mechanic paradigm of science. In fact today (I) as energy it is becoming of straightforward importance to initiate to understand more profoundly also the biology of thinking process in science and art by crossing internal and external reality.

References.

- (1)- Chemical Affinity Revision: <http://www.wbabin.net/science/manzelli26.pdf>
- (2) –Quantum Entanglement : <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/09/070921112416.htm>
- (3)- The Science of Quality: http://www.edscuola.it/archivio/lre/science_of_quality_1.htm
- (4) -Destructive Interference Example: <http://www.cst.com/Content/Applications/Article/9>
- (5) – Solitons : <http://en.wikipedia.org/wiki/Soliton> , <http://www.ma.hw.ac.uk/solitons/> ;

<http://people.uncw.edu/hermanr/Research/solitons.htm>;
<http://optica.mty.itesm.mx/pmog/projects/solitons.html> ;
<http://massey.dur.ac.uk/research/bec/bec.html>

(6)- Self-Organization : <http://www.racai.ro/~dragam/Frontiers.html>

(7) - Forms of Molecules and Art :http://www.esof2004.org/pdf_ppt/session_material/pohl.pdf

(8) – Solitons art- gallery: <http://www.math.h.kyoto-u.ac.jp/~takasaki/soliton-lab/gallery/index-e.html>

(9)- Nano art Gallery : <http://www.wellcome.ac.uk/node5956.html> ; <http://www.nanoart21.org>.

(10) Open Network for New Science & Art : www.egocreanet.it

(11) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Natura Quantistica di una Originale Manovra Semeiotico Biofisica Quantistica di Epatopatia . Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=862&Itemid=45

(12)Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica.
<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5243>

13) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Limiti della Medicina Ufficiale. L'Esperimento di Lory.
03 Gennaio 2008, www.ilpungolo.com
<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5267>

14) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica Quantistica: Diagnosi Precoce e Rapida di Metastasi Ossee. www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5308>

15) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, www.ilpungolo.com, <http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5217>

16)Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45

Diagnostica Psicocinetica regressa e progressa. Il Futuro della Medicina.

Giunto alla fine della Monografia, il Lettore ha certamente compreso, dal punto di vista sia teorico sia pratico, l'importanza dei progressi fatti dalla Semeiotica Fisica negli ultimi cinquant'anni.

Di conseguenza, in un futuro auspicabilmente vicino è facilmente prevedibile un miglioramento del modo di essere di tutte le discipline mediche, per esempio, la Diabetologia, la Cardiologia, la Gastro-Enterologia, l'Oncologia.

Oggi, all'inizio del terzo millennio, non è scientifico sottoporre "tutti" gli individui alla prevenzione primaria delle più comuni e gravi malattie, secondo un comportamento che si è sempre rivelato costoso e praticamente ben poco utile, come dimostrano le attuali epidemie di diabete, CVD, cancro, in continuo aumento, per generale ammissione.

Non ha senso alcuno spendere il denaro, pubblico e privato, per la prevenzione di malattie in individui che sicuramente non potranno essere colpiti perché privi della relativa costituzione e del correlato reale rischio congenito. Inoltre, è un fatto gravissimo, al momento sfuggito alle Autorità Sanitarie competenti, che il malato venga sottoposto ad esami di laboratorio e del dipartimento delle indagini senza conoscere la "diagnosi clinica", almeno sospetta, provocando Terrorismo Psicologico Jatrogenetico.

Nel mondo occidentale, i medici non sanno fare clinicamente diagnosi di gastro-duodenite, come sostiene il mio amico indiano Dottor R.B. Singh, Editore Capo presso la Bentham Science Publisher (comunicazione personale). Il dolore epigastrico e/o all'ipocondrio destro, magari ritmato con i pasti, non è notoriamente tipica espressione di infiammazione dello stomaco e duodeno, ma espressione di almeno altre 100 patologie. Ad un simile paziente, pertanto, il medico curante o, come accade purtroppo oggi, il medico del Pronto Soccorso, viene consigliata l'endoscopia, eseguita dopo molti giorni di ansiosa attesa, a patto che questa prestazione specialistica non sia attuata in ambiente privato a pagamento.

Ne consegue che un individuo, che potrebbe in pochi minuti essere correttamente diagnosticato con la Semeiotica Biofisica Quantistica come gastro-duodenitico e trattato rapidamente con successo, inizia un *iter* diagnostico, generalmente causa di ansia prolungata, molto spesso ingiustificata, non soltanto per se stesso.

La richiesta di bio-marcatori tumorali in pazienti senza Terreno Oncologico oppure positivo per il Terreno Oncologico ma negativo per il Reale Rischio Congenito oncologico nella sede della lesione, di glicemia in individui privi di Costituzione Diabetica, di esami per la ricerca del reumatismo (Lupus, Artrite Reumatoide, Sclerodermia, eccetera) in soggetti senza la costituzione reumatica, sono alcuni esempi che corroborano la mia vecchia definizione di Medio Evo della presente Medicina (1).

La conseguenza peggiore di questo scoraggiante comportamento dei medici che non conoscono i progressi della Semeiotica Fisica avvenuti negli ultimi 5 decenni, cioè la Semeiotica Biofisica Quantistica e la Diagnostica Psicocinetica, è rappresentato da una patologia emergente, il **Terrorismo Psicologico Jatrogenetico**.

Come Karl Popper, anch'io non sono schiavo della parola (Jatrogenetico = causato dal medico, dal greco *jatros*; di *jatrogeno* c'è solo la madre del medico), che considero un semplice veicolo di significato; essenziale è essere tutti d'accordo sul senso del significato trasportato dalla parola, con buona pace di Gorgia da Lentini.

Nel caso paradigmatico, il medico che consiglia ad una donna, magari già consapevole di avere un nodo nella mammella, l'esecuzione di una ecografia o mammografia (in considerazione della densità della ghiandola), per poter escludere o riconoscere un cancro, dal momento che ignora la Semeiotica Biofisica Quantistica, è causa di Terrorismo Psicologico!

Basato su una lunga esperienza clinica che mi ha permesso di raccogliere una abbondantissima casistica di questa patologia emergente, il **Terrorismo Psicologico Jatrogenetico** rappresenta

l'obiettivo principale della lotta che il medico dovrà affrontare, a partire dal 2000, nell'interesse dell'Umanità sofferente.

In rete su numerosi siti (Chiedere a Google.com), di seguito è riportato il mio manifesto di lotta, strutturato a modo di *J'accuse*.

27 SETTEMBRE 2009 Villanterio (Pavia).

Contra eos qui venifica arte mendacium simulate vulgant.

Terrorismo Psicologico Jatrogenetico: Una Patologia Emergente.

*Sergio Stagnaro**

Introduzione.

In un commento datato 28.04.08, h 14:03, in rete su un interessante blog, mettevo in evidenza l'esistenza del Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, causa di danni notevoli alla "maggior parte" degli individui.

http://blog.edidablog.it/blogs//index.php?blog=275&title=first_open_network_of_new_science_aa_mp_a&more=1&c=1&tb=1&pb=1: "Come ho scritto direttamente all'amico Paolo Manzelli, il suo encomiabile sforzo tendente a fondare un nuovo Umanesimo è certamente auspicabile anche nel mondo della Medicina. Sotto l'apparenza di epocali progressi si cela un desolante vuoto culturale e potenziali pericoli di terapie redditizie, ma potenzialmente dannose, da me denunciato, tra l'altro, attraverso *Nature.com*; cito soltanto la URL

http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/04/stress_as_a_therapy_1.html#comments e in numerosi articoli su www.ilpungolo.com, Scienza.

La dicotomia dell'antica SOFIA, iniziata da Aristotele, in *theorein* e *praxis* ha segnato l'inizio di una caduta culturale che ancora oggi evolve negativamente, senza segni di inversione di rotta.

E' un fatto epocale, a mio parere, prenderne coscienza, per impegnarsi a cambiare il corso della Storia, intesa come Spirito dispiegato nel Tempo.

In Medicina oggi è dilagante il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, basato sul preconcetto, caro alla *Evidence Based Medicine*, che TUTTI gli individui sono creati uguali e, pertanto, predisposti alle comuni malattie, come Tumore, Diabete, Ipertensione Arteriosa, CVD, Osteoporosi, ecc.

Una simile *Weltanschauung* porta inevitabilmente alla necessità della prevenzione primaria in TUTTI i soggetti, nessuno escluso, al dilagare della diagnostica di laboratorio e per immagini, oggi insostenibile dal punto di vista finanziario, e così via.

La Medicina Occidentale è un Gigante dai piedi d'argilla (<http://www.ilpungolo.com/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5387>), le cui basi sono totalmente da riscrivere. E qualcuno le sta scrivendo con l'aiuto di Editori lungimiranti".

Definizione e Clinica del Terrorismo Psicologico Jatrogenetico.

Con il termine di Terrorismo Psicologico Jatrogenetico si deve intendere la condizione patologica, caratterizzata da ansia e depressione, reattive alla mala-informazione in Medicina, creata da una parte delle cosiddette Autorità sanitarie, di *opinion leaders* medici, e dalla maggioranza dei mass-media.

All'inizio del terzo millennio, questa malattia emergente, purtroppo non diagnosticata, ignorata con sospetto, in continua, inarrestabile crescita, ha raggiunto un livello non più tollerabile.

Al momento, chi è affetto dalle deleterie conseguenze di una desolante Medicina Medievale, da cui tuttavia è possibile uscire (1), nell'assoluta ignoranza delle cause della emergente patologia, è trattato, con scarsi risultati, esclusivamente con l'impiego costoso e di lenta realizzazione, di strumenti diagnostici sofisticati, sia di laboratori sia del dipartimento delle immagini, nella totale inefficacia della semeiotica fisica tradizionale ed accademica.

Del tutto appropriato è l'aggettivo "desolante" per una situazione in cui l'uomo progressivamente si è annullato ed il momento strumentale ha preso il sopravvento su quello individuale, basato sulla cultura, esperienza ed acume critico del medico con il conseguente avanzamento della tecnologia, ma involuzione clinica ed umana.

In altre parole, il progresso tecnologico ha portato con sé il distacco del medico dal malato e la disumanizzazione della Medicina, inesorabilmente esitando nel presente Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, espressione dell'attuale Medio Evo della Medicina (1), e contro il quale con evidente onestà intellettuale ho sollevato il mio *J'accuse*, come nel sito Wachter World alla URL

http://community.the-hospitalist.org/blogs/wachters_world/archive/2009/01/01/can-the-physical-examination-save-us-from-the-technology-induced-dehumanization-of-medicine.aspx

Stagnaro Sergio said:

I appreciate blog topic, i.e., Can the Physical Examination Save Us From the Technology-Induced Dehumanization of Medicine?, to which I have dedicated my 53-year-long researcher activity (See my website). Today's technology is clearly useful, but too often it is also distressingly terroristic. For instance, I mean that, ignoring quantum biophysical semeiotic constitutions and related INHERITED Real Risk of common disorders, including cancer, brings about jatrogenetic psychological terrorism through prescription of blood level oncological markers, NMR, biopsy, a.s.o, to individuals negative for Oncological Terrain

(http://blogs.nature.com/nm/spoonful/2008/04/stress_as_a_therapy_1.html#comments).

Finally, the End of clinical Medicine is the END of Medicine.

Mon, Jan 19 2009 9:19 PM

E' emblematica della desolante situazione, ancora una volta denunciata nel mio scritto, l'attuale psicosi prodotta dalle pessime informazioni fornite alla popolazione sui rischi della possibile epidemia di influenza A/H1N1, ogni giorno ricordata da tutti i mass-media in modo generalmente tendenzioso, precisando arbitrariamente periodo ed entità della futura epidemia, accanto naturalmente alle presenti possibilità terapeutiche, *in primis* il vaccino (2).

A nulla sembrano servire per evitare il panico le indicazioni, obiettive e sagge, sul comportamento ottimale da seguire in questa circostanza, rilasciate da autorità meritevoli di apprezzamento, primo tra tutti, a mio parere, l'On Ferruccio Fazio.

"L'11 giugno, l'Oms ha portato il livello a 6 su 6, dichiarando il periodo pandemico della nuova influenza, cioè l'aumentata e prolungata trasmissione del virus nella popolazione in numerosi Paesi del mondo; l'Oms ha sottolineato il carattere "moderato" di questa pandemia. Come precisato dal Vice Ministro *Ferruccio Fazio* il massimo livello di allerta per la nuova influenza "non è dovuto alla gravità clinica dei sintomi, ma alla grande diffusione geografica del virus". Purtroppo, la Medicina è Ancella dell'Economia; questo spiega il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, che interessa anche la probabile, prevista epidemia da virus H1N1, da me spesso denunciato come si può evincere da centinaia di riferimenti nelle pagine scientifiche del web" (2).

In un articolo del 6 maggio 2008 (1) scrivevo: "La teoria semeiotico-biofisica sull'ipertensione arteriosa e sul reale rischio congenito ipertensivo è già stata trattata altrove, ma è recente la risposta, gratificante per chi scrive, di un lungimirante Editorialista inglese dell'*European Journal of Hypertension*, al cui articolo avevo mosso alcune fondate critiche. Infatti, egli non fa mancare la sua autorevole approvazione alle mie teorie portate avanti dagli anni '80 (4), arricchite oggi dal nuovo concetto di Reale Rischio Congenito, ormai accettato da numerose 'peer-reviews' e leggibili in numerosi miei interventi su *Nature.com*' (*Chiedere a Google.com, ed oggi anche nel volume alla voce N° 5*). In realtà, dopo una provocatoria insistenza ho ricevuto l'imbarazzata risposta via e-mail

di una celebrità italiana nel campo della lotta all'ipertensione, segno che qualcosa, dopo un silenzio di mezzo secolo, lentamente si muove – come ho fatto notare immediatamente all'illustre Collega - in favore della diffusione delle Costituzioni Semeiotico-Biofisiche, indispensabile nell'eliminare l'attuale Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, che contribuisce a corroborare la mia definizione del nostro tempo come l'Era dei Lumi Spenti (6, 7).

Pensiamo al caso paradigmatico di C.F., 35 anni di Sestri Levante, sposata senza figli. Da Aprile a Luglio 2008, cioè per ben 4 mesi, la paziente si è sottoposta a visite mediche, specialistiche (senologiche e chirurgiche), esami laboratoristici, ecografici, mammografici, completati da TAC e dall'esame istologico su materiale bioptico prelevato dal quadrante mammario sede del nodo "sospetto".

Per l'amicizia che mi lega ai suoceri, tre giorni prima dell'intervento chirurgico di quadrantectomia (quadrante superiore interno della mammella sinistra) visitai la giovane che risultò negativa per il Terreno Oncologico!

La diagnosi clinica è stata corroborata dai Colleghi del Reparto di Chirurgia del locale ospedale, dopo l'intervento.

Altro caso significativo: P.M. di Sestri Levante, anni 67, in perfette condizioni di salute, gli era stata diagnosticata nella primavera del 2007 una "sospetta neoplasia" nel lobo destro della prostata, a seguito dei dati dell'ecografia transuretrale della ghiandola e di un esame di controllo del PSA che risultò aumentato nei confronti del precedente: 6,4 ng. Pertanto, fu consigliata urgentemente biopsia prostatica con esame istologico sul materiale prelevato.

Assente il medico curante, mio carissimo amico, ho visitato il "paziente", comprensibilmente ansioso, certamente meno della moglie. Entrambi si rasserenarono dopo che fu escluso il Terreno Oncologico.

L'esame istologico eseguito sul materiale bioptico, risultò ovviamente negativo. Dopo due anni, il "malato" continua a godere ottima salute, sebbene consigliato a sottoporsi, *secondo le Linee-Guida* universalmente accette, ad altri numerosi, periodici, inutili controlli del solo PSA, rientrato nella norma.

E' tanto importante quanto ovvio sottolineare il fatto che un soggetto con Terreno Oncologico può essere colpito dal cancro in un qualsiasi sistema biologico a condizione, tuttavia, che *in loco* sia presente dalla nascita (sic!) il Reale Rischio Oncologico, dipendente dalla predisposizione al tumore maligno (1, 5, 6).

Quanto affermato per il cancro vale comprensibilmente per tutte le altre patologie dipendenti dalle relative costituzioni e reali rischi congeniti: CVD, osteoporosi, diabete mellito, dislipidemie varie, glaucoma, reumatismo, ipertensione, eccetera.

Ricordo, per esempio, che il dolore artralgico può diventare causa di ansia-depressione per il malato, se il curante non conosce la Costituzione Reumatica ed il Reale Rischio Congenito Reumatico, magari assente nel nostro caso (8-12).

Terapia del Terrorismo Psicologico Jatrogenetico

Il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico, certamente dannoso per la salute dei pazienti, magari non tali in realtà, anche a causa dello *stress* prolungato nel tempo, costituisce un serio motivo di grave preoccupazione per i loro familiari e amici, provocando notevoli danni economici dovuti a perdita di ore lavorative o assenza dalla scuola, inutili esami di laboratorio per ricercare, per esempio, i biomarcatori tumorali in individui senza Terreno Oncologico, oppure positivi per il TO. ma senza il Reale Rischio Congenito Oncologico nella sede della lesione.

Per quanto riguarda poi l'inutile spesa sanitaria, un fatto da non sottovalutare mai, se fosse risparmiata potrebbe coprire azioni utili condotte in altri settori della sanità.

A questo proposito, desidero ricordare il mio caso personale: colpito da Infarto Miocardico Acuto il 7 luglio del 2001, tempestivamente diagnosticato come “Impending Infarction”, e seguito dopo circa venti minuti da arresto cardiaco per Fibrillazione Ventricolare quando mi trovavo a 200 metri dal PS dell’Ospedale di Lavagna, periodicamente “devo” sottopormi a prelievi di sangue per il dosaggio, tra l’altro, della glicemia, anche se sono negativo per la Costituzione Diabetica!

Il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico è facilmente eliminabile mediante l’aggiornamento medico, non condizionato, esclusivamente guidato da motivi scientifici (1). La terapia di questa patologia emergente è la conoscenza precisa e sicura delle Costituzioni Semeiotico-Biofisiche-Quantistiche e dei relativi Reali Rischi Congeniti, diagnosticati rapidamente, in modo quantitativo, auspicabilmente a partire dalla nascita dei singoli individui col solo uso di un fonendoscopio (1-13).

Bibliografia.

- 1) **Stagnaro Sergio.** Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>
 - 2) **Stagnaro Sergio.** Influenza A da H1N1: una lettura critica dei fatti. [M.V. IX nr. 172 | 10-09-2009 12:21 <http://www.masterviaggi.it/detail.php?IdArt=35207>
 - 3) **Stagnaro Sergio.** Nuovi trattamenti dell'Ipertensione Arteriosa. www.ilpungolo.com, 6 Maggio 2008, <http://www.ilpungolo.it/leggi-tutto.asp?IDS=13&NWS=NWS5582>
 - 4) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S., Stadio pre-ipertensivo e monitoraggio terapeutico della ipertensione arteriosa. *Omnia Medica Therapeutica. Archivio*, 1-13, 1989-90.
 - 5) **Stagnaro Sergio.** Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, Luglio, 2009.
 - 6) **Stagnaro Sergio.** Lettera Aperta all'On. Fabio Mussi, Ministro dell'Università e della Ricerca, su Cellule Staminali e Terreno Oncologico. 13 marzo 2009, <http://www.fceonline.it/> , <http://www.fcenews.it/docs/staminali.pdf>
 - 7) **Stagnaro Sergio.** Cellule staminali congelate: era dei lumi "spenti". www.ilpungolo.com, 05 Marzo 2006, <http://www.ilpungolo.com/site/leggi.asp?TYPE=A&IDS=13&NWS=NWS3718>
 - 8) **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
 - 9) **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
 - 10) **Stagnaro S.,** Auscultatory Percussion of Rheumatic Diseases. X European Congress of Rheumatology. Moscow. 26 June-July, Proceedings, pg 175, 1983
 - 11) **Stagnaro S.,** Auscultatory percussion of the cerebral tumour: Diagnostic importance of the evoked potentials, *Biol. Med.*, 7, 171-175, 1985.
 - 12) **Stagnaro S.,** Polimialgia Reumatica Acuta Benigna Variante. *Clin. Ter.* 118, 193
- [PubMedline]**
- 13) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
 - 14) **Stagnaro Sergio.** Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science, 2005. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response>

Sergio Stagnaro MD

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2009

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticaBiofisica Quantistica.it

dottsergio@semeioticaBiofisica Quantistica.it

La diagnostica psicocinetica può essere applicata nel passato e nel futuro, come dimostrano i due articoli di seguito riferiti, ormai ampiamente riferiti in Letteratura, che rappresentano il traguardo più elevato già raggiunto nella Semeiotica fisica.

Diagnostica Psicocinetica: l'Evidenza sperimentale dimostra che la Mente modifica sia la Materia sia la Energia Informazione alla base dell'Entanglement quantistico nella Dimensione spaziale.

*Sergio Stagnaro**

Introduzione

Per la prima volta, con l'aiuto della Semeiotica Biofisica, prima del 2007 non ancora Quantistica, ho osservato un numero veramente notevole di fatti non spiegabili con le conoscenze di fisiologia e biologia di allora, a causa della erronea credenza che la realtà nei sistemi biologici fosse solo "locale" (1-3).

Per illustrare alla meglio la valenza astratta dei concetti, procedo con pochi esempi, estremamente chiari anche ai non addetti ai lavori.

A) Il drenaggio linfatico manuale di una mammella (= Test della Suzione Simulata, nel mio sito www.semeioticabiofisica.it) provoca l'incremento significativo della locale vasomozione (= fluttuazione dei microvasi, in seguito alla migliorata condizione periva scolare, o periangio) con conseguente incremento dell'ossigenazione istangica: nella donna sana, il tempo di latenza del riflesso mammella-gastrico aspecifico di base è 9,5 sec., ma sale a 19 sec., raddoppiando cioè il valore di base, dopo il drenaggio linfatico (= riduzione della "free water" interstiziale e quindi aumento della locale viscosità dell'interstizio. "Simultaneamente", il miglioramento interessa anche l'ossigenazione della mammella contro-laterale! Non si osserva, invece, nessun miglioramento dell'ossigenazione in altri sistemi biologici.

B) L'applicazione sulla proiezione cutanea del cuore di **NIR-LED** (Near Infra Red-Light Emitting Diode), stimolando notoriamente l'attività respiratoria mitocondriale, come ho dimostrato per la prima volta dal punto di vista clinico (4), causa l'innalzamento statisticamente significativo dell'ossigenazione miocardica: nel sano, indipendentemente dall'età, sesso e razza, il tempo di latenza basale del riflesso cuore-gastrico aspecifico è di 8 sec. esatti. In seguito agli effetti della NIRLED il tl. sale a 16 sec., ancora una volta cioè il tl. raddoppia. Simultaneamente, appena iniziata l'applicazione, raddoppia anche il valore di ossigenazione nel polpastrello: il tempo di latenza basale del riflesso polpastrello digitale-gastrico aspecifico passa dal valore di base di 8 sec. a 16 sec. (1-3)

C) La palpazione ritmica di un articolazione, per esempio il ginocchio destro (ma anche l'applicazione sulla stessa articolazione di **NIR-LED**), causa in loco attivazione microcircolatoria di tipo I, associato, ed aumentato apporto di materia-energia-informazione al locale parenchima (= la "flow-motion" appare immediatamente accentuata). Simultaneamente, l'ossigenazione del ginocchio controlaterale e di tutte le altre articolazioni risulta aumentata, raddoppiando il valore basale.

Analogamente, la stimolazione del trago di un orecchio provoca simultaneamente gli stessi fenomeni microvascolari appena descritti nell'orecchio controlaterale.

Al contrario, in questa condizione sperimentale, non si rileva nessuna modificazione dell'O₂ tessutale in altri apparati e tessuti (1-20).

E' necessario sottolineare che non esistono correlazioni nervose che possano rendere ragione di questi fatti (via riflessa); l'unica spiegazione soddisfacente delle immediate variazioni microvasali a distanza è rappresentata dalla teoria della realtà non-locale, fondata sull'embriogenesi.

Infatti, in tutti gli esempi riferiti, e naturalmente in molti altri non riportati per motivo di spazio, la risposta "a distanza" alla stimolazione fisica si manifesta esclusivamente in tessuti composti da cellule con identica origine, in accordo con la vecchia denominazione di "memoria embriologica".

I dati semeiotico-biofisici, oggi anche quantistici, brevemente riferiti, a mio parere, possono offrire una risoluzione a problemi finora aperti, come i meccanismi d'azione della terapia omeopatica e dei risultati di terapia antiaggregante e vaso-protettiva con somministrazione di acido-acetilsalicilico a dosaggi "minimi", a confronto del numero di piastrine e di endoteli (1-20).

Concetti fondamentali: della Realtà Non Locale alla base della Diagnostica Psicocinetica

Grazie alla collaborazione del mio prezioso amico Paolo Manzelli, a cui si deve la definizione di *Semeiotica Biofisica Quantistica*, ho dimostrato la presenza di una realtà non locale nei sistemi biologici, parallela a quella locale. Le conseguenze favorevoli di questa scoperta sul piano sia della diagnosi clinica sia della ricerca sono ormai ben documentate in Letteratura (1-15). Nella **realtà locale**, caratterizzata dalla matrice spazio/temporale quadrimensionale (3 D/S e 1 D/T), l'EI (energia-informazione) è notoriamente "trasmessa" con consumo di tempo e dispendio energetico (1-20).

Al contrario, la **realtà non locale**, presente nei sistemi biologici accanto alla precedente (ibidem), è caratterizzata invece dalla "simultaneità" di informazione, conseguenza del fatto che la materia (particella) è localizzata ma non l'onda, che ne rappresenta il vettore e può dare origine, magari transitoriamente, all'entanglement o groviglio, con altre onde. Nel libro "La realtà quantistica", Nick Herbert afferma che la non-localizzazione delle particelle spiegherebbe questa loro "Simultanea" comunicazione non mediata né da campi né da nessun altro fenomeno sperimentato in riferimento alla struttura spazio temporale Euclidea, proprio perché in un mondo tri-dimensionale nello spazio e mono-dimensionale nel tempo, si ammette che la Informazione così come la Energia e la Materia debba essere trasferita tra due posizioni localizzabili in termini di coordinate Cartesiane. Pertanto la "Simultaneità" degli eventi è considerata del tutto fortuita e fenomeni di simultaneità di informazione quali la telepatia o l'empatia sono considerati privi di ogni possibile spiegazione scientifica. Ne consegue che i nostri concetti tradizionali di spazio e tempo vengono messi nuovamente in discussione, come d'altra parte era già accaduto rispettivamente con la teoria della relatività e la meccanica quantistica.

Il modello non-locale della realtà può addirittura condurre la fisica teorica ad includere molti eventi osservati in Biologia quando la Semeiotica Biofisica non era arricchita dal prezioso contributo della fisica quantistica, pertanto rimasti senza spiegazione alcuna fino al 2007.

A seguito dell'Esperimento di Lory (7-11, 17-20), è nata la Diagnostica Psicocinetica che permette al medico di diagnosticare malattie in un paziente lontano centinaia e migliaia di chilometri a patto che il malato sia conosciuto, direttamente o indirettamente mediante foto, riprese televisive o altro mezzo, dal medico e che lo scambio di informazione avvenga in un clima di amore: se il medico "odia" il paziente non si instaura tra i due l'entanglement quantistico che rende possibile la comunicazione e la diagnosi psicocinetica (6, 9, 11, 16-18).

Da quanto precede si comprende come la mente trasforma la materia: se col pensiero il medico stimola un qualsiasi *trigger point* dell'esaminando avviene un locale incremento pressorio come ho ampiamente dimostrato in precedenti lavori, sopra citati. Un solo esempio (6): il medico preme col pensiero "intensamente" sopra un punto qualsiasi del precordio dell'esaminando: lo stomaco del

medico “simultaneamente” non modifica il suo volume, cioè il Riflesso Gastrico aspecifico è assente: Segno di Caotino Negativo (21, 22).

A dimostrazione della “reale” pressione avvenuta sopra il *trigger point* mediante la psicocinesi cardiaca depone il raddoppiamento del tempo di latenza del riflesso cuore-gastrico aspecifico (NN = 8 sec. se la pressione è di media intensità) se è ricercato sia nell’esaminando sia nel medico dopo 5 secondi dalla prima manovra, espressione del Precondizionamento Cardiaco (23-25).

Evidenza sperimentale: la Mente modifica sia la Materia sia l’Energia Informazione alla base dell’entanglement quantistico, nella Dimensione spaziale.

In data 26 luglio 2010 scrivo al mio carissimo amico Simone Caramel, il massimo esperto al mondo di Semeiotica Biofisica Quantistica, la seguente mail:

<< Caro Simone,

Sono felice che TU provvederai a scrivere, in mia vece, l’articolo richiestomi sul Diabete da Rana Ashour, Editorial Office, Experimental Diabetes Research, Hindawi Publishing Corporation
Experimental Diabetes Research: è una casa seria!

Ti riferisco un *interessante* esperimento di pochi minuti fa, da riferire a Cris (Moglie di Simone, esperta in problemi di psicocinetica. NdR!): la porta della stanza di mia figlia e nipotini era chiusa; aprirla significava *possibilità* di svegliarli. I bambini sono ANGELI solo quando dormono!

Allora ho applicato la Diagnostica Psicocinetica alla risoluzione del problema ed ho tentato di visitare Luigino "*localizzandolo precisamente in quel preciso spazio*". **Nessun contatto, nessun entanglement!!!**

Mentre scrivo mi sono fermato per visitare te *seduto sopra la poltrona a dondolo* vicino al mio computer: **nessun contatto!**

Spiegami tu...

Io penso che la realtà *localizzata* e quella *non localizzata*, l’implicito e l’esplicito, il finito dell’uomo-creatura e l’INFINITO di Dio-Creatore, ecc., siano certamente divisi, ma non SEPARATI come monadi leibniziane o come il fenomeno ed il noumeno di Kant.

Importante che mi sono divertito: i nipotini e la figlia in realtà NON erano nella stanza....la stanza era vuota quando ho aperto la porta!

Ciao

Sergio>>.

A questo primo esperimento ne sono seguiti altri, che hanno corroborato l’influenza della mente dell’osservatore-medico nel modificare sia la materia, come sopra dimostrato ancora una volta, sia l’energia informazione alla base dell’entanglement quantistico, fondamento della Diagnostica Psicocinetica. Se il medico pensa con amore all’esaminando, a lui noto fisicamente almeno nel suo volto, situato in qualsiasi posizione nello spazio – indipendentemente dalla direzione dell’asse antero-posteriore del cranio in direzione Sud-Nord, Est-Ovest o qualsiasi altra – si instaura l’agganciamento (entanglement quantistico) delle vibrazioni di energia del medico e del paziente, dirette in tutte le direzioni dell’universo, permettendo il necessario scambio di informazione (7-11, 17-25).

Tuttavia, se il medico procede come sopra illustrato, ma collocando con la mente il soggetto da esaminare in una definita sede spaziale (per es., il salotto di casa) risultata erronea perché l’esaminando in quel preciso tempo è in cucina) l’entanglement quantistico non ha luogo e la

diagnosi psicocinetica non è possibile, mancando i necessari scambi di informazione tra i due individui.

Questo esperimento corrobora quanto già osservato in precedenti ricerche e riferito in numerosi articoli (7-11, 17-25): a provocare l'entanglement quantistico alla base della diagnostica psicocinetica è la mente: per analogia solo sintonizzando la radio su una data frequenza, o lunghezza d'onda, è possibile ascoltare i messaggi di quella precisa emittente.

Postilla conclusiva scientifica.

Ricevo dall'amico Simone Caramel, poeta e scienziato come accadeva nel periodo greco-aurorale, una interessante risposta, che stimola ad ulteriori sviluppi della Medicina:

<< Caro Sergio,

è un esperimento interessantissimo, perché come funziona nello **spazio** (data la localizzazione vera), puoi *per divertimento* vedere cosa succede secondo il **tempo** (ovvero visitare una persona come stava ieri, o un mese fa) o visitare una persona nel "futuro" (secondo le attuali condizioni iniziali).

Un abbraccio e buonanotte!!

Simone>>

Della influenza della mente nei fenomeni quantistici alla base della Diagnostica Psicocinetica in relazione al **tempo**, ne parleremo in un prossimo articolo. Al momento desidero riferire la successiva mail da me inviata lo stesso giorno, 27 luglio 2010, al mio geniale amico:

<< Caro Simone

il tuo suggerimento di provare nel **tempo** (L'esaminando deve ESSERE in vita, chiaramente, altrimenti manca l'energia vibratoria, ATP!) l'influenza della mente sui fenomeni quantistici alla base della Diagnostica Psicocinetica, ha funzionato: ho visitato mio nipote alle ore 11: NULLA da segnalare. Ho visitato immediatamente Luigino però collocandoci questa volta tutti e due alle ore 13: segni chiari di influenza (26-28): corroborato successivamente alle ore 14, anche se lui sembra stare bene.

Interessante, infine, i risultati dell'esame obiettivo su Luigino con la Diagnostica Psicocinetica ottenuti alle ore 14, ma con il trasferimento mentale di entrambi, medico e paziente alle ore 8 del mattino: non ho osservato nessuno dei segni caratteristici della infezione virale influenzale!

Un abbraccio

Sergio Stagnaro >>

* **Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8,

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**

Founder of Quantum Biophysical Semeiotics

Who's Who in the World (and America)

since 1996 to 2010

Ph 0039-0185-42315

Cell. 3338631439

www.semeioticabiofisica.it ;

dottsergio@semeioticabiofisica.it

http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Bibliografia

- 1) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, <http://www.fceonline.it/images/docs/lory.pdf>
- 2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
- 4) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000.
- 5) Stagnaro Sergio. La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica. www.fce.it 02-05, 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47
- 6) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008 http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47
- 7) Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17 <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
- 8) 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>
- 9) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica : Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it , 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 10) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 11) Stagnaro Sergio. Diagnostica Psicocinetica, Evoluzione della Semeiotica Biofisica Quantistica. 30 maggio 2009, URLs: <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4823> ; <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Biografia.htm> ; <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>; http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=11161&Itemid=47 ; <http://fai.informazione.it/search.aspx?whclau=quantistica+>;
- 14) 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/>
- 15) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.

- 16) Stagnaro Sergio. La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo. <http://www.fcenews.it>, 15, giugno 2009. <http://www.fcenews.it/docs/diagnostica2.pdf> ; www.altrogiornale.org, <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4889>; <http://www.nonapritequelportale.com/?q=la-psicocinesi-esiste-funziona>; <http://unlocktor.altervista.org/forum/viewtopic.php?t=1192&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=&sid=af35aa98b69d6f08d116f65d34b55827>; http://www.spaziamente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corroborala_psicocinesi.pdf
- 17) Sergio Stagnaro. La Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora la Diagnostica Psicocinetica. Giugno 2009. www.spaziamente.com. http://www.spaziamente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corroborala_psicocinesi.pdf
- 18) Stagnaro Sergio. Esperimento di Lory e Crisi dei Fondamenti della Medicina Occidentale. 17 Febbraio 2008, www.fce.it. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1003&Itemid=47&limit=1&limitstart=3
- 19) Sergio Stagnaro. Dall'Esperimento di Lory alla Diagnostica Psicocinetica. Ruolo fondamentale della Realtà Non Locale in Biologia. www.fce.it, gennaio 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/lory.pdf> e 11 gennaio 2010 www.ariannaeditrice.it, http://www.ariannaeditrice.it/articolo.php?id_articolo=29958
- 20) Sergio Stagnaro. Materia e Spirito nei Sistemi biologici. Il Tempo a due Dimensioni. www.fce.it, gennaio 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/materia.pdf>
- 21) Sergio Stagnaro. Segno di Caotino, un dito premuto sul precordio previene l'infarto miocardico. 9 aprile 2010. <http://www.masterviaggi.it/> ; http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/39222-sergio_stagnaro_segno_di_caotino_un_dito_premuto_sul_precordio_previene_linfarto_miocardico.php; http://www.italybyitaly.it/news_turismo.php?id=39222
- 22) Sergio Stagnaro. Caotino's Sign in bedside detecting CAD, since its initial Stage of CAD Inherited Real Risk. www.fce.it. 3 giugno 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/caotino.pdf>
- 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. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 26) Stagnaro Sergio. Bedside Diagnosis of Flu. October, 2009. <http://doc2doc.bmj.com/forums.html>

27) Stagnaro Sergio. Quantum-Biophysical-Semeiotic Bedside Diagnosis of Flu, since its earliest stage. 30 October, 2009. CMAJ 2009; 181: E195-196E.
<http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/9/E195#228652>

28) Stagnaro Sergio. Subjects at Inherited Real Risk of A/H1N1 broncho-pneumonitis. MedicalPage, 4 November, 2009
<http://www.medpagetoday.com/tbindex.cfm?tbid=16786#ayk>

La Diagnostica Psicocinetica dimostra le due Dimensioni del Tempo, T1 e T2, nella Realtà non-locale dei Sistemi biologici.

“Ci sono più cose in cielo e in terra, Orazio, di quante non ne sogni la tua filosofia”.
(AMLETO - Atto I, sc. 5)

*Sergio Stagnaro**

Introduzione.

Con l'aiuto della Semeiotica Biofisica Quantistica, per la prima volta ho dimostrato che nei sistemi biologici esiste la realtà non-locale, accanto alla realtà locale (1-29).

Infatti, l'esperimento di Lory è fondato sul fatto che “tutte” le componenti subatomiche e quindi atomiche e molecolari, strutturate a formare una cellula e l'insieme cellulare, parenchima, sono correlate sia tra loro sia con “tutte” le altre di identica derivazione embriologica, in uno spazio quadridimensionale, 2 D/S e 2 D/T, in cui è possibile la formazione del groviglio, intreccio (*entanglement*), delle onde di energia di due particelle, come era stato osservato da A. Aspect nel suo celebre esperimento (1, 8, 15, 18-29).

Per effetto dell'*entanglement* l'informazione è simultanea nello spazio e sincrona nel tempo.

In realtà, i due elettroni staccati ed allontanati nello spazio (dis-entangled) nel famoso esperimento di A. Aspect, si comportano in modo identico, simultaneamente e sincronicamente, di fronte a qualsiasi misurazione, perturbazione, apportata dall'osservatore su uno soltanto di loro, come se fossero ancora a contatto, dimostrando di possedere la capacità di effettuare un'azione di comunicazione simultanea a distanza: se si inverte lo *spin* di un elettrone della coppia, si modifica lo *spin* dell'altro.

La spiegazione semplice di questo apparentemente strano comportamento – noto come Esperimento di Aspect – risiede nell'esistenza della realtà “non-locale”, accanto a quella più nota, la realtà locale, da chi scrive dimostrata di decisiva importanza anche nelle differenti attività dei sistemi biologici.

Se pensiamo che gli elementi sub-atomici che formano il nostro corpo, secondo Schrödinger, sono di duplice natura, particella, localizzata, e onda, non localizzata, comprendiamo che soltanto la prima è localizzabile nello spazio cartesiano quadridimensionale, 3 D/S ed 1 D/T, mentre la seconda sfugge a qualsiasi localizzazione.

Ne deriva il “principio di indeterminazione”: di un elettrone in movimento possiamo “separatamente” calcolare separatamente la posizione (P) e la velocità (V), mentre non risulta possibile misurare entrambe le variabili (P e V), contemporaneamente.

Se però associamo a ciascuna particella dell'esperimento di Aspect, una onda, si osserva che, mentre le particelle si separano, le due onde, associate alle rispettive particelle, rimangono intrecciate.

Di conseguenza tra le due particelle persiste la comunicazione *simultanea* di informazione coerente.

Inoltre, se l'intreccio tra le onde associate a particelle risulta attivo in una dimensione universale, allora è possibile concepire che l'universo si auto-organizza attraverso l'*entanglement* delle

particelle, collegando le singole parti di questo ologramma cosmico che evolve in comunicazione *simultanea* tra le sue parti.

L'esperimento di Lory, si può così riassumere, offrendone una esemplare descrizione operativa: la pressione digitale applicata sopra una parotide, oppure una ghiandola salivare sottolinguale, di una sorella gemella "monovulare" (l'esperimento è stato eseguito la prima volta su due gemelle, ma successivamente si è rivelato ugualmente valido, indipendentemente dal sesso e dalla parentela tra esaminandi!) "simultaneamente" si osserva l'attivazione microcircolatoria tipo I, associato, del pancreas dell'altra sorella gemella, senza alcuna dipendenza dalla distanza che le separava: metri o chilometri (1, 8, 15, 18-29).

A questo proposito ricordo che una volta il pancreas era definito e riconosciuto come la ghiandola salivare intestinale.

Uno dei miei esperimenti è stato condotto con successo su due gemelle, di cui l'una era a Pavia e l'altra a Riva Trigoso! La "simultaneità" appartiene notoriamente alla realtà "non locale", che presenta una matrice Spazio/Tempo a 4 Dimensioni, ma con coordinate 2 D/S + 2 D/T, cioè bidimensionali nello spazio e nel tempo, come insegna Paolo Manzelli.

A questo punto, appare oltremodo interessante l'analogia dell'esperimento di Lory, *microscopico-biologico* con quello "microscopico-subatomico" di Aspect.

E' evidente che la Medicina Ufficiale, teoricamente debole, ma dai risultati pratici apparentemente epocali, compie passi da gigante dai piedi però d'argilla (30), incapace di offrire soddisfacenti spiegazioni a questi FATTI, a causa dell'inesistenza di collegamenti nervosi tra le strutture sopra citate, che potrebbero giustificare al massimo la trasmissione di informazione a partire dai tessuti stimolati.

La Medicina Tradizionale, in realtà, è impotente nell'offrire verosimili spiegazioni all'esperimento, da me compiuto per la prima volta, e a numerosi altri segni della Semeiotica Biofisica Quantistica.

I casi sopra descritti, infatti, non sono spiegati con la "trasmissione" di informazione, che richiede tempo e dispendio energetico. Il termine "simultaneità" dell'informazione, concetto ignorato dalla Medicina tradizionale, orgogliosa di trionfi facilmente criticabili, quanto incapace di confutare la Semeiotica Biofisica Quantistica, si riferisce ad una concezione della matrice spazio/tempo estranea ai Medici di questa Era dei Lumi Spenti, Medio Evo della Medicina (31, 32).

Un solo esempio a sostegno delle mie affermazioni: il trapianto di cuore in un malato di cinquant'anni, diventato lentamente cardiopatico perché colpito da reale rischio coronarico presente già alla NASCITA, non diagnosticato perché nessun medico e cardiologo conosce (meglio dire, non vuole conoscere) il congenito rimodellamento microcircolatorio coronarico, caratterizzato dai Dispositivi Endoarteriolari di Blocco, tipo I, sottotipo b) aspecifici, da me scoperti (19-25).

E' sufficiente la conoscenza del semplice Segno di Caotino per prevenire migliaia e migliaia di casi cardiopatie ischemiche nel mondo. (24, 29, 39, 40)

Diagnosi Psicocinetica regressa e progressa nel Tempo a due Dimensioni, T₁ e T₂, proprio della Realtà non-locale dei Sistemi Biologici.

Per comprendere nel modo più completo possibile quanto segue è consigliata la lettura del mio precedente articolo (1), in cui ho dimostrato, dal punto di vista clinico, che la Mente modifica sia la Materia sia l'Energia Informazione, alla base dell'*entanglement* quantistico.

Inoltre, è opportuno ricordare che l'esperimento di Lory può essere attuato secondo molte varianti, il cui meccanismo fisio-patologico di base è tuttavia identico. Per esempio, i medici conoscono – meglio dire, *dovrebbero* conoscere – la fisiologica vasodilatazione flusso-mediata, cioè la dilatazione di una arteria causata dall'aumento del flusso ematico all'interno del vaso,

indipendentemente dalla causa dell'incremento dello *shear-stress* provocante la liberazione di NO radicalico da parte dei locali endoteli.

In realtà, i meccanismi di questi affascinanti eventi biologici sono molto complessi e purtroppo conosciuti da pochi medici. Infatti, non si tratta affatto soltanto di "vasodilatazione", ma specialmente di intensificazione delle fluttuazioni vaso-parietali arteriose ed arteriolari, alla base dell'attivazione microcircolatoria tipo I, associato, che i medici non conoscono ancora.

Se in un soggetto, noto al medico che in quel momento lo sta esaminando con la Diagnostica Psicocinetica (1-19) improvvisamente è aumentato il flusso ematico in una arteria brachiale mediante la riduzione rapida della pressione di un bracciale da sfigmomanometro, opportunamente collocato e precedentemente gonfiato al massimo, anche nel medico esaminatore "simultaneamente" e temporaneamente raddoppia l'ossigenazione dei tessuti distali (ad es., nei polpastrelli digitali), indipendentemente dalla distanza, magari chilometrica, tra gli esaminandi. Questi fatti sperimentali sono alla base della Diagnostica Psicocinetica.

In questo caso la visita medica psicocinetica avviene nel tempo PRESENTE della realtà locale (1). Se tuttavia è vero scientificamente, come da me dimostrato in precedenti articoli (1-19), che nei sistemi biologici, accanto alla realtà locale, esiste anche la realtà non-locale, in cui il Tempo ha due dimensioni, passato e futuro, che si annullano nel presente, logica vuole che la diagnosi psicocinetica consenta al medico di visitare un soggetto, a lui noto fisicamente, nel passato oppure nel futuro (diagnostica psicocinetica *regressa* e, rispettivamente, *progressa*), se esaminatore ed esaminando sono collocati *mentalmente* in un momento sufficientemente preciso della storia. A questo scopo, è sufficiente che il medico mentalmente ponga l'orologio indietro oppure avanti, virtualmente posizionando anche il paziente in un preciso periodo di tempo scelto.

Tutto è cominciato il 27 luglio 2010, con una *mail* del mio prezioso amico Simone Caramel, che si è assunto lodevolmente il difficile compito di divulgare la Semeiotica Biofisica Quantistica, di cui è il massimo conoscitore al mondo, grazie anche alla sua eccellente ermeneutica (39-43).

Il giorno precedente, comunicai a Simone i risultati del mio primo esperimento sulle modificazioni della Mente sia sulla Materia sull'Energia Informazione alla base dell'*entanglement*, ora illustrate in un articolo (1)

<< Caro Sergio,

è un esperimento interessantissimo, perché come funziona nello spazio (data la localizzazione vera), puoi *per divertimento* vedere cosa succede secondo il tempo (ovvero visitare una persona come stava ieri, o un mese fa) o visitare una persona nel "futuro" (secondo le attuali condizioni iniziali).

Un abbraccio e buonanotte!!

Simone>>

Il primo esperimento di diagnosi psicocinetica *progressa*, collocata con la mente nel futuro, riguarda la visita medica a mio nipotino, Luigi, 3 anni: alle ore 11 del 27 luglio 2010 egli non presentava nessun segno semeiotico-biofisico-quantistico di influenza, nemmeno durante prova da sforzo, che mi permetteva di escludere una infiammazione virale nel primissimo stadio (26-28). Immediatamente dopo, ho collocato entrambi con la mente in un tempo successivo, esattamente alle ore 13, ed ho visitato per la seconda volta Luigi: con mia sorpresa ho osservato tutti i segni di influenza localizzata a livello faringo-tracheale.

Infine, portatici mentalmente nei due giorni successivi ho previsto l'andamento del processo patologico. La diagnosi è stata poi corroborata dalla visita "diretta", eseguita sul paziente, che non ha avuto bisogno di farmaci! In serata ho informato Simone:

<< Caro Simone

il tuo suggerimento di provare nel tempo passato e futuro (l'esaminando deve ESSERE in vita!) l'influenza della mente sulla diagnostica psicocinetica *regressa* e rispettivamente *progressa*, come tu mi suggerisci di definirla, ha funzionato: ho visitato mio nipote alle ore 11 e non ho trovato NULLA da segnalare. Ho visitato immediatamente dopo Luigino, però collocandoci tutti e due alle ore 13: segni chiari di influenza: corroborato successivamente, anche se lui sembra stare bene!Al momento parlo solo di interferenza nello SPAZIO, solo nella postilla conclusiva dell'articolo, che sto scrivendo (1), accenno al tuo suggerimento TEMPORALE.

Un abbraccio

Sergio>>

Una interessante evidenza sperimentale che corrobora il valore scientifico della Diagnostica Psicocinetica applicata nel passato (*regressa*) e nel futuro (*progressa*) del paziente, si riferisce al monitoraggio dello stato febbrile, seguito alla vaccinazione polivalente del piccolo Manuel, un bambino ormai entrato nella Letteratura Medica (33-35).

Invitato a visitare il "neonato più famoso del mondo", secondo la mia definizione, lo trovo in perfette condizioni di sviluppo, sebbene febbricitante a causa della recente vaccinazione: presenti esclusivamente i segni dell'infezione virale tipici delle comuni malattie dell'infanzia (33-36).

Sulla base dei dati della diagnosi psicocinetica *progressa*, cioè applicata pensando ai due giorni successivi, prevedo che la febbre scomparirà a partire dal giorno successivo con ritorno delle condizioni generali nella normalità in terza giornata.

Ed è quanto è realmente accaduto!

Recentemente, arriva in casa nostra per una breve visita mia cognata. Mentre attendo che mia moglie ritorni dalla stazione con sua sorella (le gemella dell'Esperimento di Lory) (1, 8, 15, 18-29), visito l'ospite e trovo condizioni di perfetta salute.

A questo punto, però la visita *progressa*, eseguita alle 8 di sera, cioè tre ore dopo, mi permette di riconoscere una virosi influenzale iniziale (26-28), localizzata alle prime vie respiratorie, che senza alcuna terapia, si risolverà nel corso di quattro giorni.

Appena fattala entrare in casa, ho informato la paziente sulle sue condizioni morbose attuali e future: in realtà, alle ore 20 comparve una lieve raucedine, che non stupì affatto la donna, di mente aperta, ottima cultura ed intelligenza non comune.

Una amica mia, anni 69, ha sofferto di polimialgia reumatica nel '98 e '99. Al momento sta perfettamente bene dal punto di vista reumatologico. La diagnostica psicocinetica *regressa* mi permette di riconoscere la presenza della superata reumopatia, quando mentalmente ritorno ai due periodi sopra riferiti.

A questo punto desidero riferire una importante e necessaria applicazione singolare della Diagnostica Psicocinetica da attuarsi quando il medico non riesce più a collegarsi col paziente mediante l'*entanglement* e potrebbe erroneamente pensare al decesso del malato.

In realtà, può trattarsi delle conseguenze del ridursi patologico dell'attività mitocondriale causato dall'aggravarsi della malattia, con conseguente ridotto livello energetico endocellulare, ATP, da cui origina la Energia Informazione, che rende possibile l'*entanglement* e quindi la diagnosi psicocinetica.

Ne consegue che, in simili condizioni, prima di trarre conclusioni errate sul decesso del paziente, il medico deve far precedere ed accompagnare la visita dalla preghiera, finalizzata ad aumentare l'energia libera delle cellule sia dell'esaminando sia dell'esaminato. Solo se non si ristabilisce il

collegamento di natura quantistica tra i due, il medico può sentirsi autorizzato a considerare defunto il paziente.

In realtà, questo particolare aspetto della Diagnostica Psicocinetica *progressa* necessita di un ulteriore approfondimento: in caso di coma, per esempio, ho riscontrato la scomparsa dell'*entanglement* negli stadi comatosi profondi, anche se si fa ricorso allo strumento della preghiera, come dimostro di seguito!

La seguente esperienza clinica dimostra il valore scientifico di quanto sopra riferito: il medico visita con la diagnostica psico-cinetica una persona sana, di base, ed osserva i normali dati del riflesso polpastrello-gastrico aspecifico con stimolazione "medio-intensa", cioè il tempo di latenza è 10 sec. e la durata del riflesso inferiore a 4.

Subito dopo, nella seconda valutazione, fatta precedere da una preghiera (magari pensando contemporaneamente alla presenza in spirito dei propri defunti), quindi in ambiente assai ricco di Energia, il tempo di latenza sale a 12 sec. la durata del riflesso scende a 3 sec., valore minimo da me osservato in chi è in dieta mediterranea adeguata, ha un peso corporeo reale vicino a quello ideale, si sottopone a giornalieri esercizi fisici, assume melatonina-coniugata, esegue applicazioni personalizzate di NIR-LED o LLLT, eccetera.

Da quanto riferito si comprende le pratiche implicazioni della Diagnostica Psicocinetica applicata nel passato (regressa) e nel futuro (progressa), cioè la quantità delle sue applicazioni che oltrepassano il confine della Medicina: la diagnosi psicocinetica *progressa* permette al medico attraverso monitoraggio terapeutico di somministrare la migliore terapia oppure di non prescrivere affatto farmaci, come nel caso di influenza senza complicazioni.

Inoltre, è possibile "localizzare" persone scomparse con precisione e valutarne le condizioni di salute presenti, sia nel tempo sia nello spazio (1).

Infine, appare assai dialettica ed anche inquietante la possibilità offerta dalla diagnostica psicocinetica *progressa* di valutare con precisione la durata della stessa vita di un individuo, magari a fini assicurativi.

Conclusioni.

La logica, alla base delle teorie scientifiche, ha un suo dinamismo giustificato da ferree leggi che vanno rispettate completamente.

Dimostrata la presenza nei sistemi biologici della realtà non-locale, accanto a quella locale, era necessario ed inevitabile formulare innanzitutto l'ipotesi della Diagnostica Psicocinetica, poi corroborata in una sufficientemente lunga esperienza.

A seguito della realtà non-locale quadri-dimensionale, secondo la quale esistono due dimensioni spaziali (superficie) e due dimensioni temporali, T_1 e T_2 , passato e futuro che si annullano nel presente (1, 8, 15, 18-29), ed in considerazione delle conclusioni del precedente articolo relative alla influenza della Mente sulla collocazione spaziale precisa di un individuo, ho potuto corroborare la possibilità di diagnosi psicocinetiche spostando con la mente nel tempo, futuro e passato, esaminatore ed esaminando, secondo un felice suggerimento di Simone Caramel, sopra riferito.

Come dimostrano gli esempi paradigmatici riferiti, espressione dell'omogeneità di numerosi altri dati finora raccolti, mi sento autorizzato ad affermare che la diagnosi psicocinetica può essere applicata su un soggetto, ovviamente con fisiologica attività mitocondriale per poter produrre le condizioni necessarie per lo stabilirsi dell'*entanglement*, spostando mentalmente nel tempo la sede di attuazione dell'*iter* diagnostico.

16039 Riva Trigoso (Genoa) **Italy**
Founder of Quantum Biophysical Semeiotics
Who's Who in the World (and America)
since 1996 to 2010
Ph 0039-0185-42315
Cell. 3338631439
www.semeioticabiofisica.it ;
dottsergio@semeioticabiofisica.it
http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro

Bibliografia

- 1 Sergio Stagnaro. Diagnostica Psicocinetica: l'Evidenza sperimentale dimostra che la Mente modifica sia la Materia sia la Energia Informazione. 28 Luglio 2010, www.liquidarea.com, <http://www.liquidarea.com/2010/07/diagnostica-psicocinetica-l%E2%80%99evidenza-sperimentale-dimostra-che-la-mente-modifica-sia-la-materia-sia-la-energia-informazione/>; 30 luglio 2010, www.spaziamente.com, <http://spaziamente.wordpress.com/2010/07/30/diagnostica-psicocinetica-di-sergio-stagnaro-prima-parte/>;
- 2) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica. http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 3) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli, 09-1-2008, Semeiotica Biofisica Quantistica: la manovra di attivazione surrenalica jatrogenetica http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=63
- 4) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 5) Stagnaro Sergio. La Diagnosi Clinica nella Semeiotica Biofisica Quantistica. www.fce.it 02-05, 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=47
- 6) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: Diagnosi di Cuore sano in un Secondo in paziente distante 200 KM! www.fce.it, 07-05-2008 http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1316&Itemid=47
- 7) Stagnaro Sergio. Role of NON-LOCAL Realm in Primary Prevention with Quantum Biophysical Semeiotics. www.nature.com, 01 Feb, 2008-05-17 <http://www.nature.com/news/2008/080130/full/451511a.html>
- 8) 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>
- 9) Stagnaro Sergio e Manzelli Paolo. Semeiotica Biofisica Quantistica : Livello di Energia libera tessutale e Realtà non locale nei Sistemi biologici. www.fce.it , 29 maggio 2008, http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1421&Itemid=47
- 10) Sergio Stagnaro. Materia e Spirito nei Sistemi biologici. Il Tempo a due Dimensioni. www.fce.it, gennaio 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/materia.pdf>
- 11) Stagnaro Sergio. Diagnostica Psicocinetica, Evoluzione della Semeiotica Biofisica Quantistica. 30 maggio 2009, URLs: <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4823> ; <http://www.semeioticaBiofisicaQuantistica.it/semeioticaBiofisicaQuantistica/Biografia.htm> ; <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>; http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=11161&Itemid=47 ;

<http://fai.informazione.it/search.aspx?whclau=quantistica+>;

14) Sergio Stagnaro. Dall'Esperimento di Lory alla Diagnostica Psicocinetica. Ruolo fondamentale della Realtà Non Locale in Biologia. www.fce.it, gennaio 2010.
<http://www.fceonline.it/images/docs/lory.pdf> e 11 gennaio 2010 www.ariannaeditrice.it,
http://www.ariannaeditrice.it/articolo.php?id_articolo=29958

15) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Quantistica: Realtà non-locale in Biologia. Dicembre 2007, <http://www.fceonline.it/images/docs/lory.pdf>

16) Stagnaro Sergio. La Diagnostica Psicocinetica migliora l'Esame Obiettivo.
<http://www.fcenews.it>, 15, giugno 2009. <http://www.fcenews.it/docs/diagnostica2.pdf> ;
www.altrogiornale.org, <http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.4889>;
<http://www.nonapritequelportale.com/?q=la-psicocinesi-esiste-funziona>;
<http://unlocktor.altervista.org/forum/viewtopic.php?t=1192&start=0&postdays=0&postorder=asc&highlight=&sid=af35aa98b69d6f08d116f65d34b55827>;
http://www.spaziomente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corroborala_psicocinesi.pdf

17) Sergio Stagnaro. La Semeiotica Biofisica Quantistica corrobora la Diagnostica Psicocinetica. Giugno 2009. www.spaziomente.com.
http://www.spaziomente.com/articoli/La_semeiotica_biofisica_quantistica_corroborala_psicocinesi.pdf

18) Stagnaro Sergio. Esperimento di Lory e Crisi dei Fondamenti della Medicina Occidentale. 17 Febbraio 2008, www.fce.it.
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1003&Itemid=47&limit=1&limitstart=3

19) 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/>

20) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000.

21) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriali di Blocco neofornati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.

22) Sergio Stagnaro. Caotino's Sign in bedside detecting CAD, since its initial Stage of CAD Inherited Real Risk. www.fce.it. 3 giugno 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/caotino.pdf>

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 Endoarterial Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial

Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. www.athero.org, 29 April, 2009
<http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>

26) Stagnaro Sergio. Bedside Diagnosis of Flu. October, 2009.
<http://doc2doc.bmj.com/forums.html>

27) Stagnaro Sergio. Quantum-Biophysical-Semeiotic Bedside Diagnosis of Flu, since its earliest stage. 30 October, 2009. CMAJ 2009; 181: E195-196E.
<http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/181/9/E195#228652>

28) Stagnaro Sergio. Subjects at Inherited Real Risk of A/H1N1 broncho-pneumonitis. MedicalPage, 4 November, 2009
<http://www.medpagetoday.com/tbindex.cfm?tbid=16786#ayk>

29) Sergio Stagnaro. Segno di Caotino, un dito premuto sul precordio previene l'infarto miocardico. 9 aprile 2010. <http://www.masterviaggi.it/> ;
http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/39222-sergio_stagnaro_segno_di_caotino_un_dito_premuto_sul_precordio_previene_linfarto_miocardico.php; http://www.italybyitaly.it/news_turismo.php?id=39222

30) Sergio Stagnaro. La Medicina Occidentale: un Gigante dai Piedi d'Argilla. 4 Gennaio. 2010, www.fce.it, <http://www.fceonline.it/images/docs/gigante.pdf>

31) Sergio Stagnaro. Middle Ages of today's Medicine, Overlooking Quantum-Biophysical-Semeiotic Constitutions and Related Inherited Real Risk. <http://sciphu.com> November 4, 2008. <http://sciphu.com/2008/11/meadle-ages-of-todays-medicine.html>

32) Sergio Stagnaro. Medio Evo della Medicina e Terrorismo Psicologico ignorando le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche e i Relativi Reali Rischi Congeniti. <http://www.piazzettamedici.it/> , 25 novembre 2008, <http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm> e <http://www.dirittolibertadicura.org/images/InfoeNews/medio%20evo%20della%20medicina.pdf>

33) Sergio Stagnaro. Primo neonato negativo per il Terreno Oncologico nato da genitori positivi per la Variante RESIDUA in trattamento con Melatonina-Coniugata, secondo Di Bella-Ferrari. www.fce.it, 13 aprile 2010, <http://www.fceonline.it/images/docs/neonato.pdf>; nel sito http://junior.cybermed.it/index.php?option=com_frontpage&Itemid=36, alle URLs http://junior.cybermed.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1073&Itemid=51 http://www.cybermed.it/index.php?option=com_content&task=view&id=24687&Itemid=134; <http://www.piazzettamedici.it/professione/professione.htm> <http://www.liquidarea.com/2010/07/manuels-story-la-melatonina-nella-terapia-del-terreno-oncologico/>

34) Sergio Stagnaro. There are other, clinical ways in preventing disease transmission through mitochondria intervention. 15 April, 2010. www.thescientist.com, <http://www.thescientist.com/blog/display/57287/>

35) Sergio Stagnaro. Manuel's Story: A new Way in Cancer Primary Prevention. <http://www.sci-vox.com>. 21 July, 2010. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-07-21manuel%27s+story%3A+a+new+way+in+cancer+primary+prevention.html>

- 36) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 39) Caramel Simone. Primary Prevention of T2DM and Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus <http://ilfattorec.altervista.org/T2DM.pdf>
- 40) Caramel Simone. Coronary Artery Disease and CAD Inherited Real Risk <http://ilfattorec.altervista.org/cad.pdf>
- 41) Caramel S., Stagnaro S. The role of mitochondria and mit-DNA in Oncogenesis. http://ilfattorec.altervista.org/mitDNA&oncogenesis_english.pdf
Quantum Biosystems 2010, 2, 221-248
- 42) Simone Caramel. La Semeiotica Biofisica Quantistica. <http://www.scienzaeconoscenza.it>, 1/7/2010. <http://www.scienzaeconoscenza.it/articolo/la-semeiotica-biofisica-quantistica.php>
<http://www.quantumbiosystems.org/eng/index.php?pagina=4>
- 43) Caramel S., Stagnaro S. L'importanza dei mitocondri e del mit-DNA nell'Oncogenesi. <http://ilfattorec.altervista.org/mitDNAoncogenesi.pdf>

