

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

Relazione

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" dislipidemica, 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" diabetica, 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" Dislipidemiche

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 dislipidemiche, 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 dislipidemiche "e" diabetica, al momento magari latenti, ereditate per via materna mediante la Istagioipaia 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 dislipidica “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, comparso 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-solfato 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 Langherans è notevolmente rallentata con conseguente riduzione della durata della Plateau Line, espressione del rifornimento ematico al locale parenchima. (Fig.1)

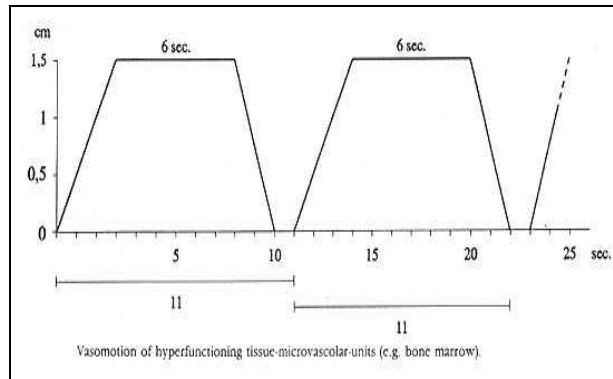


Fig 1

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 (a-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 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. 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.piazzettamedici.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. 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/II%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 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: 379-388 (2002)

