

Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2.

Sergio Stagnaro*

Introduzione.....	1
Teoria del DNA Antenna ed Endocrinologia Semeiotica Biofisica Quantistica	2
Ruolo centrale della <i>Vasomotility</i> nella Valutazione della Sensibilità dei Recettori insulinici...3	
Bifasicità dell’Azione Insulinica in Fisiologia nella Costituzione Diabetica e nel Reale Rischio Congenito di Diabete Mellito.....	6
Dimostrazione della Stimolazione Quantica del Recettore Insulinico della Cellula Muscolare nella Prima Fase di Azione Ormonale	7
Conclusioni	8

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 è 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)

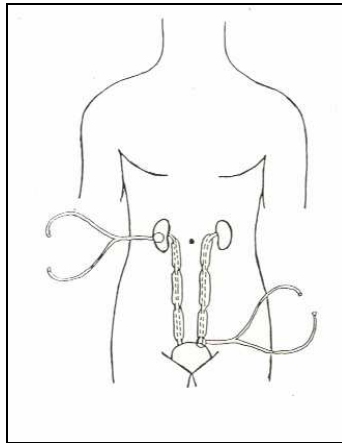


Fig. 1

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).

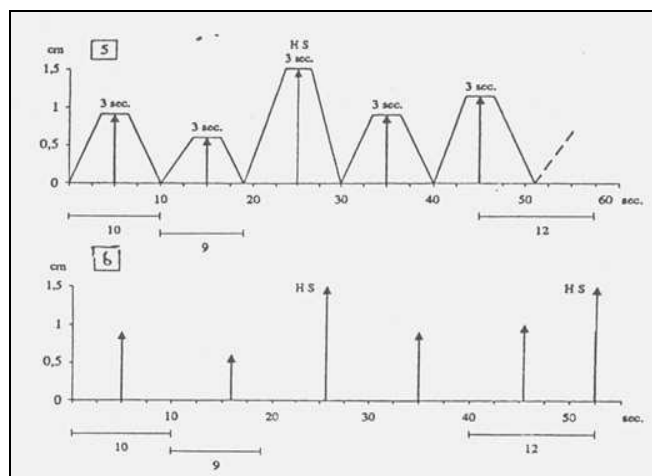


Fig 2

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

1. 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
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. 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: 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: 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, Geobiofisica 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. 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
18. K.R. Popper, Conoscenza Oggettiva, Armando Ed., Roma, 1975
19. Manzelli P. Caratterizzazione del DNA come "antenna biologica" - FOOD-FUTURE BIO-TECNOLOGY. <http://www.edicolaweb.net/arti018a.htm>
20. **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.
21. **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.
22. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Indagine clinica percusso-ascoltatoria delle unità microvascolotessutali della plica ungueale. Acta Med. Medit. 4, 91, 1988.
23. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Auscultatory Percussion Evaluation of Arterio-venous Anastomoses Dysfunction in early Arteriosclerosis. Acta Med. Medit. 5, 141, 1989.
24. **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.
25. **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.
26. **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.
27. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Semeiotica Biofisica del torace, della circolazione ematica e dell'anticorpopoiesi acuta e cronica. Acta Med. Medit. 13, 25, 1997.
28. **Stagnaro S.**, Percussione Ascoltata degli Attacchi Ischemici Transitori. Ruolo dei Potenziali Cerebrali Evocati. Min. Med. 76, 1211, 1985. [Medline]
29. **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.

30. **Stagnaro-Neri M., Moscatelli G. Stagnaro S.**, Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. Gazz. Med. It. Arch. Sc. Med. 155, 125, 1996.
31. **Stagnaro-Neri M., Moscatelli G.**, Biophysical Semeiotics: deterministic Chaos and biological Systems. Gazz. Med. It. – Arch. Sc. Med. 155, 125, 1996.
32. **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.
33. **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.
34. **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.
35. **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
36. **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
37. **Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli.** L'Esperimento di Lory. Scienza e Conoscenza, N° 23, 13 Marzo 2008. <http://www.scienzaeconoscenza.it/articolo.php?id=17775>
38. Stagnaro S. Semeiotica Biofisica, Geobiofisica e Geopatie. <http://www.piazzettamedici.it/> , 2006. <http://xoomer.virgilio.it/piazzetta/professione/professione.htm>
39. **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>
40. **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://quantico-appunti.blogspot.com/2010/03/il-test-della-osteocalcina-nella.html>
41. **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>
42. **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/>
43. **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

