

**IL TERRENO ONCOLOGICO di DI BELLA.**  
**Contributo al Nuovo Rinascimento della Medicina.**

“As announced by LATimes for the first time  
(<http://www.latimes.com/features/health/la-he-practical-matters-20100412,0,2670974.story>),  
treating Oncological Terrain positive mothers  
before pregnancy begin,  
the children will born without predisposition to cancer.  
Manuel's Story: a NEW WAY in Cancer Primary Prevention!”

(Sergio Stagnaro: LATimes,  
<http://discussions.latimes.com/20/lanews/la-he-closer-20100524/10>)

*Sergio Stagnaro\**

### **Il Terreno Oncologico di Di Bella.**

Dalla scoperta della Linea di Demarcazione dell'Oncogenesi mi apparve sorprendente e significativa la stretta correlazione esistente tra le componenti del Terreno Oncologico e i farmaci utilizzati dal Prof. Di Bella nella sua originale Multiterapia.

Indipendentemente l'uno dall'altro, conducendo separatamente i nostri studi in campi diversi, ma entusiasticamente animati dallo stesso Amore per la Medicina e i Malati, siamo giunti alla comprensione condivisa della *conditio sine qua non* dell'insorgenza dei tumori maligni, e quindi in quali individui possono insorgere e, grazie alle ricerche del grande Clinico modenese, come curarli, senza danneggiare le difese immunitarie, anzi rinforzandole.

Ho atteso a lungo il momento opportuno per poter ridefinire la denominazione di **Terreno Oncologico**, a causa di vicende che non hanno fatto onore né alla Medicina né alla Politica italiana. *Veritas Filia Temporis*, diceva Aulo Dello (II sec. d. C., Noctes Atticae), nel senso chiarissimo che non è la Verità, in sé e per sé, dipendente dal tempo, ma che figlia del tempo è la sua sola affermazione! A. Einstein disse: “Le nuove teorie non si affermano quando ci sono le dimostrazioni, ma quando i professori vanno in pensione”.

I motivi della nuova e definitiva denominazione, , sono illustrati nel messaggio messo in rete il 7 ottobre 2010 nel mio blog su quotidiano.net, alla URL [http://club.quotidiano.net/blog/sergio\\_stagnaro](http://club.quotidiano.net/blog/sergio_stagnaro) .

### **Basi Biologiche del Terreno Oncologico.**

Il celebre biochimico Otto Warburg, ha dimostrato che il cancro non può sviluppare in un ambiente ad elevato livello di ossigeno. Nella sua Lettura, in occasione della consegna del premio Nobel nel 1931, egli affermò che quando la fisiologica ossidazione è sostituita dalla fermentazione nel rifornire di energia le cellule, si apre la via al tumore maligno: “The prime cause of cancer is the replacement of the normal oxygen respiration of body cells by an anaerobic cell respiration”.

Questa affermazione sottolinea l'importanza primaria delle alterazioni dei processi redox nell'oncogenesi, evidenziando nel contempo, sebbene inconsapevolmente allora, il ruolo primario dell'Istangiopatia Congenita Acidosica-Enzimo-Metabolica, sconosciuta ovviamente a Otto Marburg, nell'insorgenza e crescita dei tumori maligni, solidi e liquidi.

Il Premio Nobel, infatti, non poteva conoscere questa citopatologia mitocondriale funzionale, condizione necessaria, sebbene non sufficiente, delle malattie umane più frequenti e gravi, incluso il tumore maligno, scoperta alla fine degli anni '70 del secolo scorso e descritta la prima volta nel 1981 in un Congresso tenutosi a Siena, all'Università Le Scotte (1).

Il primo lavoro sul terreno oncologico fu pubblicato su "Il Medico delle Ferrovie", 4, 25, 1998, rivista destinata a medici di medicina generale.

### **Un semplice Metodo per riconoscere il Terreno Oncologico di Di Bella.**

Per diagnosticare la singolare alterazione congenita del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, cioè il terreno oncologico di Di Bella, dal punto di vista tecnico, è richiesta la semplice conoscenza della percussione ascoltata dello stomaco (1-5); V. il mio sito <http://www.semeioticabiofisica.it/> Naturalmente, per una approfondita e raffinata valutazione "quantitativa" del terreno oncologico, che include i Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco, neo-formati patologici tipo a) oncologici, il Medico deve possedere sicure conoscenze della nuova semeiotica fisica (2-15).

Infatti, per una completa valutazione di questa sindrome semeiotico-biofisico-quantistica, linea di demarcazione dell'oncogenesi, è indispensabile avere una ottima conoscenza anche della Microangiologia Clinica (<http://www.semeioticabiofisica.it/microangiologia.it>).

Nell'interesse del lettore meno esperto nell'originale metodo diagnostico, di seguito sono descritti semplici e rapidi procedimenti diagnostici del terreno oncologico, che ne consentono la diagnosi generica in modo affidabile, rapido e relativamente semplice, finalizzati soprattutto alla comprensione dei concetti fondamentali, ricordando che il difficile nell'oggi sarà *routine* domani.

Se il terreno oncologico è assente in un individuo al momento dell'esame obiettivo, magari dopo valutazione durante *stress test* come il Test dell'Apnea (= si invita il soggetto a non respirare per 5 sec.), utili per escludere forme lievi, "latenti", del terreno oncologico, in realtà presenti nel 5 % dei casi, l'*iter* diagnostico procede in una ben precisa direzione, nell'assoluta serenità sia del curante sia del paziente.

Al contrario, in presenza di questa condizione biologica patologica, bisogna escludere immediatamente la presenza de Reale Rischio oncologico Congenito, dipendente dal terreno oncologico e ovviamente del possibile tumore in un sistema biologico, come prima, improrogabile ed essenziale richiesta.

Da quanto precede, non ha nessun senso fare prevenzione oncologica, richiedere indagini sofisticate, provocare stati ansiosi ingiustificati sottoponendo il paziente alla ricerca dei biomarcatori tumorali, causare assenze dal lavoro e spese notevoli sia per il singolo individuo, sia per la società ed altro ancora, sottoponendo ad indagini di laboratorio, radiologiche, ecotomografiche e specialistiche-sofisticate, incluse manovre cruente come la biopsia, pazienti che sicuramente non possono essere colpiti da un tumore maligno se conservano il loro attuale equilibrio dei due assi della croce biologica come ho definito le due parti costituenti il sistema psico-neuro-endocrino-immunitario (V. avanti).

Il tempestivo riconoscimento clinico del terreno oncologico di Di Bella – il medico esperto lo riconosce in UN secondo – e la sua successiva quantizzazione consentono di riconoscere i soggetti a Reale Rischio Congenito oncologico, di quantizzarlo e di localizzare con precisione l'esatta sede del rischio (2-12).

Nel sano, la "intensa" pressione digitale, applicata sopra la proiezione cutanea del centro neuronale per la secrezione di SST-RH (= 2 cm. ca. sopra il meato uditivo esterno ed 1 cm. anteriormente, come indicato nella Fig. 1) "simultaneamente NON provoca il Riflesso gastrico aspecifico (Fig. 2).

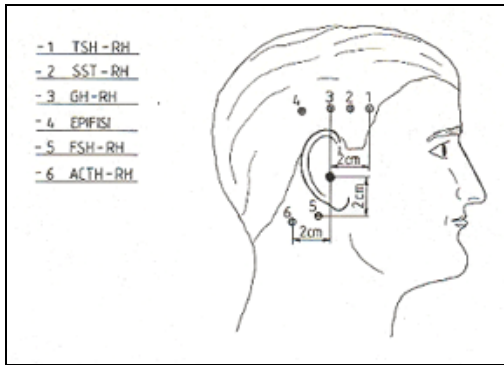


Fig.1

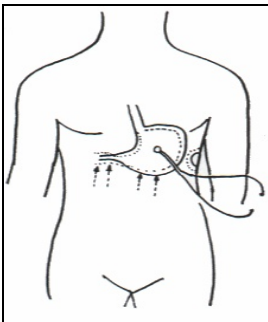


Fig. 2

Al contrario, in presenza di Reale Rischio Congenito, si osserva la “simultanea” comparsa del riflesso la cui intensità è inferiore al centimetro! (1-12, 15). In questi casi soltanto si è autorizzati a parlare di prevenzione ”primaria”, applicata su vastissima scala senza spesa alcuna per il SSN, in quanto esiste al momento solo il reale rischio e non la neoplasia, che, nel peggiore dei casi, è nel suo stadio iniziale, “in situ”, e quindi aggredibile con terapie mediche e fisiche, illustrate di seguito che, a mio parere, sono efficaci nella maggior parte dei casi nei confronti del terreno oncologico. Nei casi che non rispondono al trattamento si fa ricorso alla MdB o in casi particolari alla chirurgia, come nel reale rischio congenito di melanoma.

Una lunga esperienza mi consente di affermare che la dieta, etimologicamente intesa, illustrata nel Decalogo degli Oncologi Europei, e gli istangioprotettori, tra i quali abitualmente uso associati Cellfood e Melatonina-Coniugata, sec. Di Bella-Ferrari, associati a personalizzate applicazioni di LLLT, inclusi i NIR-LED, e recentemente dispositivi metallici ad emissione di energia biocompatibile (Aura), sono in grado nel 95% dei casi, di normalizzare l’alterazione del sistema biologico della difesa antitumorale, trasformando la reale predisposizione al tumore maligno nella sua variante “residua”, non pericolosa, impedendo in tale modo l’iniziazione e la progressione oncologica.

A chi mi obietta di essere troppo ottimista in questa Weltanschauung, ricordo che nel frammento numero 65 dell’oscuro Eraclito, si legge che: ”Se non spera non troverà l’insperato: non v’è ricerca che vi conduca né via”.

Seguendo questo insegnamento nelle mie ricerche iniziate nel 1955 nella Clinica Medica di Genova-San Martino, senza aver paura di barbari, bestie feroci, dei e nemmeno dei miei sogni, come insegna Nietzsche, il 28 febbraio del 2010 è nato Manuel, il primo neonato senza Terreno Oncologico figlio di genitori entrambi positivi alla sola variante “residua” del TO, al momento del concepimento (15-17).

Nell'interesse del lettore che si avvicina per la prima volta alla Semeiotica Biofisica Quantistica, mi piace ricordare la frase del mio Maestro di Vita, leggibile nella Home Page del mio sito:

“Chi non ha senso del domani non avrà senso nell'oggi; l'oggi è inesorabilmente sempre venturo, non così le cose sperperate”, Alfredo Obertello (18).

### **Esiste il Terreno Oncologico di Di Bella?**

E' innanzitutto doverosa, inevitabile direi, una riflessione sulla reale esistenza del Terreno Oncologico: nel corpo umano ci sono  $10^{13}$  cellule, cioè 10.000.000.000.000 di cellule.

Non tutte, ma quasi tutte queste cellule, cioè quelle dotate di n-DNA e mit-DNA, quindi in grado di duplicare, sono passibili di degenerazione in senso neoplastico in qualsiasi momento della loro vita. Ne consegue che una cellula degenerata, trasformata da elemento sociale in elemento anarchico, ribelle, autonomo, capace di moltiplicazione sfrenata e incontrollata, sfugge molto raramente al sistema biologico di controllo della sua evoluzione maligna, perché il tumore è un evento altamente improbabile.

Pertanto, il cancro può insorgere ed insorge solamente quando il sistema psico-neuro-endocrino-immunitario di controllo è alterato in modo significativo per motivi ereditari: famiglie risparmiate dal cancro e famiglie che mostrano una incidenza di tumore maligno elevata. Ai fini della prevenzione primaria e della diagnosi clinica del cancro è, quindi, fondamentale la domanda:

“Che cosa caratterizza clinicamente il terreno oncologico?”

Infatti, per una prevenzione primaria di massa, auspicabilmente coronata da successo, occorre che le modificazioni dei numerosi sottosistemi biologici di controllo siano osservabili e quantizzabili dal punto di vista clinico, con l'impiego del semplice, attualmente obsoleto, fonendoscopio e non mediante semeiotiche strumentali e sofisticate, utili nell'indagine genetica ma di limitata applicazione, costose e a disposizione di un modesto numero di medici. Se siamo in grado di rispondere affermativamente a questa domanda di fondo, segue allora una seconda domanda altrettanto importante:

“Il terreno oncologico, fondato sull'ICAEM-a, aggravato da numerosi fattori di rischio ambientali in gran parte conosciuti, è anche reversibile?”

La possibilità di fare regredire, fino alla sua variante di Terreno Oncologico “residuo”, le alterazioni del sistema PNEI, e, quindi, della carcinogenesi, rappresenta l'indispensabile premessa per la prevenzione primaria oncologica.

Infine, un'ultima domanda, dalla quale dipende la possibilità di eseguire la prevenzione del cancro su vasta scala:

“Con quali provvedimenti, farmacologici e/o dietetici, intesa la dieta in senso etimologico, si ottiene la scomparsa delle caratteristiche alterazioni biologiche del terreno oncologico?”

La descrizione del terreno oncologico ed il modo di riconoscerlo e valutarlo, quantitativamente e rapidamente in modo clinico, è di pertinenza esclusiva del medico. La conoscenza dell'esistenza di questa predisposizione al tumore maligno, solido e liquido, invece interessa tutti, per poter evitare il Terrorismo Psicologico Jatrogenetico.

La possibilità di escludere con un fonendoscopio il Terreno Oncologico e il relativo Reale Rischio Congenito nella sede di sospetta neoplasia, fa evitare eccessive spese da parte del SSN e dei cittadini, risparmiando soldi da impiegare in altri campi, promozione della prevenzione primaria su vastissima scala in individui razionalmente selezionati e monitorati obiettivamente e clinicamente, con l'intervento primario del Medico di Medicina Generale.

## **Il Cancro si può prevenire.**

Condivido pienamente l'affermazione di M.B.Sporn: "I start with the assumption, perhaps a prejudice, that cancer is a preventable rather than a treatable disease, and that much of our frustration with the "cancer problem" stems from our inability to bring this concept to fruition"(19). In realtà, la campagna contro il cancro, più intensa che mai e condotta su vasta scala nel 1971, quando il Presidente USA Nixon dichiarò la guerra al cancro, nonostante gli immensi progressi fatti nella conoscenza scientifica di base e nel trattamento clinico di alcune neoplasie, specialmente leucemie e linfomi, non è stata coronata dai risultati sperati.

Resta il fatto che il traguardo della sostanziale riduzione della morte generale per la maggior parte dei tumori, che spiegano le morti più numerose, non è stato affatto raggiunto.

Boyer J.C. e Smith E.M. nel 1986, in una eccellente rassegna, molto critica nei confronti dell'enfasi sul trattamento del cancro in opposizione alla sua prevenzione, predicevano che il National Cancer Institute (NCI) non avrebbe raggiunto il suo auspicato obiettivo della riduzione del 50% in morte per cancro nell'anno 2000.

Infatti, recenti analisi del NCI indicano che la mortalità generale per cancro negli Stati Uniti, in realtà, è aumentata dal 1973 al 1992.

Sebbene sia stata osservata una lieve riduzione della mortalità per cancro della mammella e di altri tumori in America, Europa e Giappone, l'intensità di questa riduzione ben difficilmente giustifica l'ottimismo per avere vinto la guerra. Troppi uomini e donne muoiono ancora per tumori del polmone, mammella, prostata, ovaio, pancreas e altri tessuti epiteliali.

Pertanto, per molte di queste patologie, la prognosi per il paziente, al quale la diagnosi è stata fatta quando la malattia è in stadio avanzato o metastatico, è ben poco migliore di 25 anni or sono.

Tutti i medici sono invitati a riflettere su questi fatti ed a convenire con la saggia affermazione di M.B. Sporn, riportata sopra, in cui alla prevenzione primaria è attribuito un ruolo di primo piano nella lotta contro il tumore maligno. La recente Manuel'Story corrobora e rinforza il valore scientifico della prevenzione primaria del tumore maligno, condotta con uno strumento clinico tanto originale quanto efficace (15-17),

## **Sistema Psico-Neuro-Endocrino-Immunitario. La Croce Biologica**

Il sistema psico-neuro-endocrino-immunitario (PNEI), dal punto di vista biologico e semeiotico-biofisico, può essere considerato come una croce biologica, formata da due assi interagenti, dalle cui azioni, complesse ed articolate, origina il funzionamento del sistema stesso, fisiologicamente efficace soltanto quando i due assi sono bene funzionanti, cioè in ogni momento in perfetta ed equilibrata attività.

Un asse, definito positivo o dell'amore, è rappresentato dal sottosistema melatonina-somatostatina-oppioidi endogeni; esso stimola il sottosistema immunitario.

L'altro asse, negativo o del dolore, cioè il sottosistema dello *stress*, comprendente ACTH-RH e il cortico-surrene, frena il sottosistema immunitario.

Il prevalere eccessivo, patologico, di un asse nei confronti dell'altro porta, comunque, alla malattia, mentre la condizione fisiologica è realizzata quando i due assi funzionano in modo armonico, prevalendo ora l'uno ora l'altro senza eccessi, secondo un comportamento oscillatorio di tipo caotico-quantistico-deterministico (15).

Come nella più nota Croce, la presenza del solo asse del dolore causerebbe l'insopportabile

tormento da Geenna. Nel sistema in discussione il prevalere dell'asse dello stress predispone a infezioni e al tumore per carenza di difesa anticorpale.

D'altra parte, l'asse dell'amore non può esistere da solo in natura, poiché sarebbe un paradiso impossibile in terra, in quanto pura utopia.

E' opportuno considerare le alterazioni dell'interazione tra l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (AIIS) e la patologia autoimmune, che rappresenta l'aspetto più importante di quella condizione descritta come terreno oncologico di Di Bella. Un'eccessiva risposta dell'AIIS all'infiammazione e/o alla iniziazione tumorale può imitare lo stato di stress con ipercortisolemia e, pertanto, aumentare la suscettibilità di fronte ad agenti infettivi ed ai tumori, ma incrementa la resistenza alle malattie autoimmuni e infiammatorie.

Infatti, dal punto di vista della Semeiotica Biofisica, ricordiamo che la pressione digitale intensa, applicata sopra la proiezione cutanea del centro neuronale dell'ACTH-RH, o un altro stimolo di questi centri neuronali, provoca l'aumento del volume dei surreni per la durata di  $^3$  25 sec. (NN = 20 sec.): la proiezione cutanea surrenalica, in pratica, mostra valori raddoppiati nei confronti di quelli di base (col tamburo del fonendoscopio collocato sopra la proiezione renale – in pratica sopra la regione del fianco, ds e/o sn – si delimita percusso-ascoltatoriamente prima il rene e, poi, la piccola "ottusità" triangolare situata sopra il polo renale superiore: NN = 2 cm. x 1 cm.). Nel contempo la proiezione cutanea del Tessuto Linfatico Associato ai Bronchi (BALT), valutabile clinicamente, appare significativamente ridotta (NN =  $2,5 \pm 0,5$  cm.), così come la locale sintesi anticorpale: il riflesso BALT-gastrico aspecifico presenta tempo di latenza allungato e intensità diminuita: tl > 3 sec. e I < 2 cm. (NN: tl 3 sec. e 2 cm. o più, nella sintesi anticorpale acuta). A questo proposito, v'è ricordata la situazione di suscettibilità (ratti di Fisher) e di resistenza (ratti di Lewis) di fronte alle malattie infiammatorie, dimostrata nei ceppi di ratti opportunamente selezionati. La risposta dell'AIIS di fronte agli stimoli infiammatori è ridotta nei ratti di Lewis ed aumentata in quelli di Fisher.

Inoltre, i ratti di Fisher sono suscettibili a molte malattie infiammatorie, sperimentalmente causate da batteri, mentre i ratti di Lewis sono resistenti. I primi ratti mostrano elevati livelli di arginino-vasopressina e comportamenti che ricordano la depressione atipica e dell'uomo, una condizione caratterizzata da bassi livelli di secrezione ipotalamica dell'ACTH-RH rispondono scarsamente a tutti i neurotrasmettitori stimolatori e la risposta di fronte allo stress dell'AIIS è, in genere, diminuita.

Un sottogruppo di pazienti affetti da artrite reumatoide ha concentrazioni plasmatiche circadiane di ACTH e cortisone basse o normali, nonostante elevate concentrazioni plasmatiche di interleuchina 1b e 6.

Come i ratti di Fisher, questi pazienti presentano alti livelli di AVP nel plasma e nel liquido sinoviale delle articolazioni con artrite reumatoide la concentrazione di citochine è elevata. Questi reperti sono del tutto assenti nella malattia artrosica. E' generalmente ammesso che questi rilievi sono da collegare con una alterazione genetica.

A questo punto appare chiaro che il terreno oncologico è l'espressione di alterazioni funzionali congenite, ereditate per via materna, dei due assi della croce biologica, che rappresenta il modo di essere e di funzionare del complesso sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, in equilibrio in condizioni fisiologiche. In realtà, gli individui con terreno oncologico, anche se al momento sani e, quindi, senza tumore in atto, sono più suscettibili alle malattie infettive e predisposti alle patologie neoplastiche, a causa della ridotta attività del sistema immunitario, secondario al prevalere del sistema dello stress, asse negativo o del dolore: la pressione digitale "lieve" sopra la proiezione cutanea del BALT e del MALT evidenzia oscillazioni ureterali, superiori e inferiori (vasomotilità e vasomotio), di ridotta intensità e di diminuita dimensione frattalica. Inoltre, come ormai noto a molti medici, se l'individuo chiude entrambi gli occhi (= secrezione di melatonina), la proiezione cutanea del BALT non raddoppia in appena 2 secondi i suoi diametri, come accade nel sano. I soggetti con marcato terreno oncologico, infatti, come i ratti di Fisher,

vanno facilmente incontro ai tumori maligni, che, al contrario, non si riscontrano mai negli individui con un efficace sistema PNEI, perfettamente equilibrato.

In altre parole, il terreno oncologico si identifica con la particolare situazione della croce biologica, caratterizzata da eccessiva responsività del sistema dello stress, asse del dolore, e da iporesponsività dell'altro asse, l'asse dell'amore composto da melatonina-somatostatina-oppioidi endogeni, che notoriamente stimolano il sottosistema immunitario: traumi psichici intensi e prolungati possono scatenare il tumore maligno nei soggetti colpiti da terreno oncologico, magari particolarmente intenso.

Pertanto, appare utile ed opportuno attivare prontamente questi fisiologici processi omeostatici, teleologicamente disegnati anche per il controllo della carcinogenesi e per la prevenzione della malattia, facendo aumentare la popolazione nell'area non a rischio oncologico.

### **Prevenzione primaria semeiotico-biofisico-quantistica del cancro.**

Abbiamo bisogno, in sostanza, di dare forma concettuale ed operativa ad una nuova profilassi del cancro, ad una originale prevenzione primaria "clinica" del tumore, che possa offrire speranze reali, concrete per "tutti" coloro che sono a "rischio reale" genetico, indipendentemente dall'importanza ed intensità dei fattori di rischio ambientali.

Nel terzo millennio, la nuova, originale prevenzione primaria del tumore maligno, solido e liquido, deve avere il suo fondamento nel miglioramento o, auspicabilmente, nella normalizzazione del sistema e dei sottosistemi che controllano la carcinogenesi, attuati con mezzi innanzitutto dietetici, intendendo il termine dieta in senso etimologico come programma del giorno, incluso l'esercizio fisico e l'esclusione del fumo di tabacco, concesso l'utilizzo della capsaicina (polvere di peperoncino), istangioprotettori, come Cellfood, ma indispensabile la Melatonina-Coniugata, secondo Di Bella-Ferrari, il più potente tra validi istangioprotettori a nostra conoscenza, associati a personalizzate applicazioni di LLLT, inclusi i NIR-LED, e i dispositivi metallici, sopra ricordati.

Questi strumenti della terapia preventiva sono associati in modo personalizzato provocano la trasformazione del terreno oncologico nella sua variante non pericolosa di terreno oncologico "residuo" nella maggior parte degli arruolati.

Procediamo con ordine nell'affrontare il problema terapeutico di fondamentale interesse ed importanza nella prevenzione primaria del cancro.

Innanzitutto, una malattia può essere prevenuta soltanto a patto che sia noto che cosa si vuole prevenire ed in chi deve essere attuata la prevenzione.

Ne consegue che l'individuazione dei soggetti a Reale Rischio Congenito oncologico e la sua valutazione clinica "quantitativa" sono due fattori indispensabili e *conditio sine qua non* per una efficace prevenzione primaria dei tumori maligni razionalmente condotta su vasta scala.

Per quanto riguarda il primo aspetto, fin dal 1980 ho dimostrato che i tumori maligni, solidi e liquidi, insorgono esclusivamente in individui portatori della forma più intensa di Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica (ICAEM), citopatia mitocondriale trasmessa per via materna nella quasi totalità dei casi (95 %).

L'ICAEM-a è un'alterazione funzionale dei mitocondri (sede della fosforilazione ossidativa mitocondriale, sostituzione nucleofila, sintesi di ATP) (1- 3, 15, 21, 22) di intensità variabile da individuo ad individuo, da tessuto a tessuto e da parte a parte di uno stesso tessuto. Sul piano morfologico l'ICAEM è caratterizzata dalla prevalenza dell'emisfero cerebrale destro o, in termini tecnici, del Planum temporale destro, notoriamente situato tra il giro di Heschel e la parte posteriore della fessura di Silvio.

Il modo più semplice e pratico per evidenziare e quantizzare bed-side l'ICAEM è il seguente:

in un soggetto supino e psicofisicamente rilassato ad occhi aperti per contrastare la secrezione di melatonina, la pressione di media intensità della mano, applicata prima sopra la regione temporo-parietale di destra e, poi, sopra quella di sinistra, permette al medico di valutare i due riflessi cerebro-gastrico aspecifici; l'intensità del riflesso è nettamente maggiore quando sono stimolati i *trigger-points* dell'emisfero cerebrale destro, in rapporto diretto con l'intensità dell'ICAEM ( $I \leq 2\text{cm.}$  ; quando è stimolato l'emisfero sn.  $\leq 1,5\text{ cm.}$ ).

Un modo più elegante per valutare e quantizzare l'ICAEM è il seguente:

il soggetto da esaminare, supino, psicofisicamente rilassato ad occhi aperti, prima comprime il pollice contro l'indice della mano sinistra e, poi, di quella destra, mentre il medico osserva i Potenziali Cerebrali Evocati (PCE) somatosensoriali nell'emisfero ds e, rispettivamente, sn. (= pressione sopra l'emisfero controlaterale e valutazione dei parametri del riflesso cerebro-gastrico aspecifico (= Dilatazione del corpo e fondo dello stomaco: V. Glossario nel sito <http://www.semeioticabiofisica.it>)

In pratica, è sufficiente valutare il tempo di latenza (tl) del riflesso cerebro-gastrico aspecifico tipo I: tempo di latenza durante stimolazione dei *trigger-points* ds di 6 sec. *versus* un tempo di latenza di 7 sec. a sn, espressione della presenza di ICAEM, *condizione necessaria ma non sufficiente* del Terreno Oncologico.

**\* 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](http://www.semeioticabiofisica.it) ;

[dottsergio@semeioticabiofisica.it](mailto:dottsergio@semeioticabiofisica.it)

[http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio\\_stagnaro](http://club.quotidianonet.ilsole24ore.com/blog/sergio_stagnaro)

**Bibliografia**

- 1) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. Atti, 61. 6-7 Novembre 1981, Siena.
- 2) Stagnaro Sergio, Stagnaro-Neri Marina. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno oncologico". Travel Factory SRL., Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 3) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., La Melatonina nella Terapia del Terreno Oncologico e del "Reale Rischio" Oncologico. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004.
- 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. Ediz. Travel Factory, Roma, 2004. <http://www.travelfactory.it>
- 5) Stagnaro Sergio. Single Patient Based Medicine: its paramount role in Future Medicine. Public Library of Science. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=read-response>
- 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/>
- 7) Stagnaro Sergio. Clinical tool reliable in bedside early recognizing pancreas tumour, both benign and malignant. World Journal of Surgical Oncology 2005, 3:62 doi:10.1186/1477-7819-3-62, 2005



- 8) Stagnaro Sergio. Bed-Side Evaluating Breast Cancer Real Risk. World Journal of Surgical Oncology. 2005, 3:67 doi:10.1186/1477-7819-3-67. 2005 2005
- 9) Stagnaro Sergio. 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> 2005
- 10) Stagnaro Sergio. Cancer Risk Factors and Oncological Terrain. 2006. <http://www.wjso.com/content/4/1/74/comments#247528> 2006
- 11) Stagnaro Sergio. Without Oncological Terrain oncogenesis is not possible. CMAJ. 23 March 2007 <http://www.cmaj.ca/cgi/eletters/176/5/646> 12) 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> , 2007
- 12) 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](http://www.travelfactory.it), Roma, 2009.
- 13) Stagnaro Sergio. Oncological Terrain and Inherited Oncological Real Risk: New Way in Malignancy Primary Prevention and early Diagnosis. International Seminars in Surgical Oncology, 2007. <http://www.issoonline.com/content/4/1/25/comments#290565>
- 14) Stagnaro Sergio. Bedside Biophysical-Semeiotic Diagnosis of Breast Cancer, since initial Stage. International Seminars in Surgical Oncology 2007, <http://www.issoonline.com/content/4/1/21/comments>
- 15) 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%20\(1\)%20250-281.pdf](http://www.quantumbiosystems.org/admin/files/QBS%20(1)%20250-281.pdf)
- 16) 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](http://www.masterviaggi.it/news/categoria_news/40260-lettera_aperta_alle_neo-spose_la_storia_di_manuel_che_nessuno_racconta.php)
- 17) Sergio Stagnaro. There are other, clinical ways in preventing disease transmission through mitochondria intervention. 15 April, 2010. [www.thescientist.com](http://www.thescientist.com), <http://www.thescientist.com/blog/display/57287/>
- 18) A. Obertello: L'oro che è cibo. Vita e Pensiero. Milano, 1956
- 19) Sporn M.B. Carcinogenesis and Cancer: different perspectives on the same disease. *Cancer Res.* 51,6215-6218,1991
- 20) 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, 1983, Bellagio
- 21) Stagnaro S., Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. *Gazz Med. It. – Asch. Sci, Med.* 144, 423, 1985.
- 22) Stagnaro Sergio. Congenital Acidotic Enzyme Metabolic Histangiopathy Is The Conditio Sine Qua Non Also Of Diabetes. <http://www.medicalnewstoday.com/>. 26 November, 2009. <http://www.medicalnewstoday.com/youropinions.php?opinionid=43654>