

10/11/2010

Epidemia di Morbillo nel Trentino: cosa fare?

di [Roberto Gava](#)

CATEGORIE: [Vaccinazioni](#) , [Denuncia sanitaria](#) , [Infanzia](#) , [Salute](#)



Epidemia di Morbillo nel Trentino: cosa fare?

Il 27 ottobre 2010, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari del Distretto di Vallagarina (Rovereto - TN) ha mandato ai genitori dei bambini delle scuole di infanzia (circoli 9 e 10) una lettera spiegando che qualche settimana prima era iniziata ed era ancora in corso una piccola epidemia di morbillo che sta colpendo in particolare “gli adolescenti e i giovani adulti non vaccinati” (sono stati rari i casi osservati in età pediatrica). Al 6 novembre 2010 sono stati registrati 152 casi di morbillo. La circolare spiega le principali caratteristiche cliniche del morbillo, avvisa che “*il morbillo decorre in modo più grave nei bambini molto piccoli e negli adulti*” e “*raccomanda la vaccinazione a tutte le persone che non hanno mai effettuato una dose di vaccino, ma anche a chi ha eseguito una sola dose*”.

Colgo questa occasione per proporre al Lettore e in particolare ai genitori della zona di Rovereto quello che oggi sappiamo sul morbillo, in modo che ogni decisione venga assunta in piena scienza, conoscenza e coscienza, senza demandare ogni decisione e responsabilità alle ASL e a “coloro che le controllano”.

A proposito della malattia morbillosa naturale

Sulla malattia morbillosa naturale è necessario fare alcune sintetiche considerazioni:

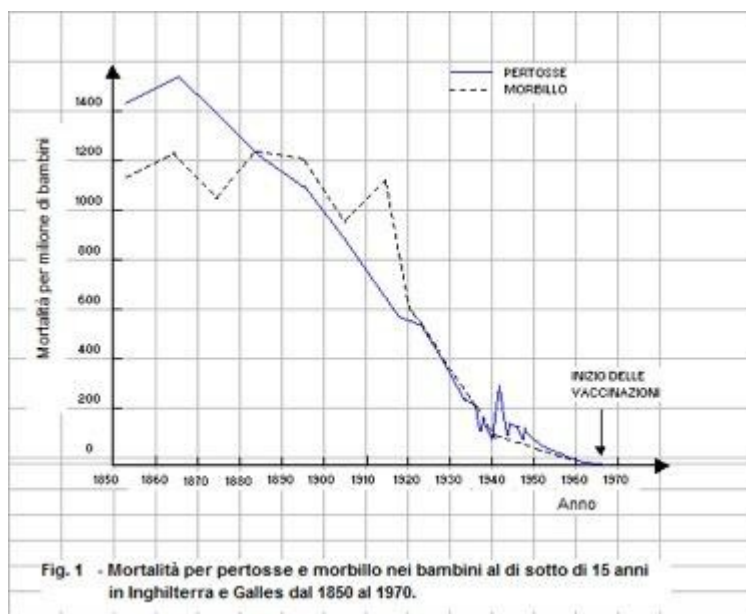
- Il morbillo è una malattia *acuta contagiosa con prognosi molto buona* (1).
- È vero che sono possibili alcune *complicazioni*, sia polmonari (la polmonite è la più frequente), sia neurologiche (meningite, encefalite: un caso ogni 2.000 casi di morbillo), che ematologiche (piastrinopenia), ma queste in genere colpiscono i soggetti più deboli, cioè più immunodepressi (2).
- La malattia morbillosa naturale fornisce una *protezione che dura tutta la vita* e che è superiore a quella offerta dal vaccino.
- Le donne che hanno avuto la malattia naturale, *durante la gravidanza trasmettono al figlio una fornitura anticorpale specifica che lo proteggerà molto a lungo* (gli anticorpi materni calano progressivamente con l'aumentare dell'età dai 7 ai 15 mesi dal parto) (3).
- *L'incidenza di questa malattia è iniziata a decrescere molto tempo prima dell'inizio della vaccinazione antimorbillosa* e ciò significa che anche il morbillo è, come tutte le patologie infettive, fortemente influenzato dalle condizioni igieniche, sociali, culturali e ovviamente immunitarie dei

soggetti esposti al virus (4) (Fig. 1).

- Attualmente in Italia vengono registrati circa 500 casi di morbillo spontaneo e la grande maggioranza di questi avvengono sia in soggetti non vaccinati, sia nel 5% di coloro che hanno ricevuto la vaccinazione ma non hanno risposto con un adeguato aumento del titolo anticorpale. Sono rare ma non impossibili anche le segnalazioni di morbillo in soggetti vaccinati e protetti da un alto titolo anticorpale (2, 5) e ciò può avvenire pure in coloro che hanno ricevuto 2 inoculazioni del vaccino (6).

- La mortalità per morbillo naturale è molto calata in questi ultimi anni (a partire dalla metà del decennio del 1980) e interessa prevalentemente soggetti sopra i 14-15 anni (in questo ultimo decennio addirittura sopra i 20-25 anni) (7). Dato che la mortalità delle encefaliti è del 5%, il morbillo naturale può indurre 1 complicanza mortale ogni 10.000 malati (questi però sono statistiche di circa 30 anni fa, perché mancano dati aggiornati). Negli altri Paesi industrializzati, la letalità è bassissima e riguarda soprattutto i soggetti anziani sopra i 60 anni, mentre nei Paesi africani la letalità è enormemente più alta e colpisce prevalentemente bambini a causa delle loro precarie condizioni alimentari, igieniche, sociali ed educative.

- La PESS (*panencefalite subacuta sclerosante*) è una rara malattia infettiva del sistema nervoso centrale dovuta alla persistenza del genoma virale (ipermutato e adattato all'ambiente umano) all'interno del genoma delle cellule nervose cerebrali. Dopo vari anni il genoma si riattiva e determina una neurodegenerazione, letale nel 100% dei casi.. Essa insorge in genere dopo 1-27 anni dal morbillo e si manifesta con un'incidenza di circa 6-7 casi ogni milione di infettati (8), cioè 1 caso ogni 150.000 malati.



A proposito della vaccinazione antimorbillosa

Anche sulla vaccinazione antimorbillosa è necessario fare alcune considerazioni:

- Si utilizza un *virus vivo attenuato* e la vaccinazione attuale esiste solo come trivalente in associazione ai vaccini antiparotite e antirosolia (*vaccino MPR*).

- È una *vaccinazione facoltativa* che viene proposta verso i 15-16 mesi di vita (1° inoculo) e verso il 5° anno di vita (2° inoculo), anche se recentemente alcune Regioni (in particolare la Lombardia) stanno proponendo anche un 3° inoculo verso il 12° anno di vita.

- Il 1° inoculo in genere fornisce una *discreta copertura vaccinale nel 95% dei riceventi* e l'obiettivo del 2° inoculo è solo quello di cercare di proteggere il rimanente 5% che non ha risposto al 1° inoculo (9).

- Gli anticorpi protettivi del tipo IgM compaiono nel siero 3-4 settimane dopo la vaccinazione e sono presenti solo fino all'8a settimana, ma nel frattempo compaiono anche gli anticorpi IgG che durano invece vari anni (10). Col passare del tempo, e in base anche a fattori personali, questi

anticorpi scendono gradualmente fino a diventare non più dosabili e facendo perdere la protezione. È stato calcolato che il declino degli anticorpi antimorbillo dopo vaccinazione sia del 5,6% ogni anno, con un tempo di dimezzamento (emivita) di 12 anni (11). Ciononostante, si tende a dire che la protezione indotta dalla vaccinazione antimorbillosa dura tutta la vita. È ampiamente noto, invece, che gli anticorpi formati in seguito ad una infezione morbillosa naturale lasciano un'immunità umorale molto più duratura (12).

- La vaccinazione eseguita in età infantile, proprio perché gli anticorpi che essa induce non proteggono per tutta la vita, tende a spostare la malattia morbillosa dall'età pediatrica a quella adulta e si sa che in età adulta il morbillo decorre in modo più grave.

- Le donne in età feconda che hanno ottenuto un'immunità verso il morbillo grazie alla vaccinazione (invece che con il superamento della malattia naturale) hanno un livello anticorpale molto più basso di quelle che hanno superato il morbillo in modo naturale (13, 14).

- Molti studi clinici hanno dimostrato che i figli delle madri con immunità indotta dalla vaccinazione perdono gli anticorpi passivi più precocemente di quanto non avvenga nei figli di madri che hanno superato la malattia naturale. Pertanto, i figli di madri vaccinate diventano suscettibili al virus del morbillo in età più precoce e allora dovrebbero essere vaccinati più precocemente (verso i 9 mesi) degli altri (15, 16), nonostante ciò comporti una maggior probabilità di causare danni da vaccino.

- I bambini che vengono vaccinati più precocemente sono più esposti sia agli effetti indesiderati del vaccino, sia ad una minor efficacia della vaccinazione (in genere dell'80-87% invece del 95%), sia alla perdita più precoce della protezione (a causa della maggior immaturità del loro sistema immunitario rispetto a quello dei bambini più grandi).

- La vaccinazione antimorbillosa, a parte le reazioni locali lievi che sono frequenti ma in genere poco importanti, può causare:

-- gravi reazioni anafilattiche (come tutti i vaccini) (17);

-- convulsioni febbrili (18);

-- meningiti ed encefaliti acute (19) (1 caso ogni 11.000 vaccinazioni) (20) e anche encefaliti da corpi inclusi del morbillo (MIBE) che possono insorgere entro un anno dalla vaccinazione (21);

-- autismo (22, 23), per quanto il problema sia dibattuto;

-- porpora trombocitopenica (1 caso ogni 20-30.000 vaccinati) (24);

-- morbo di Crohn e colite ulcerosa (25).

- Inoltre, in questi ultimi anni, molto probabilmente a causa del recente aumento delle vaccinazioni antimorbillose di massa, stanno giungendo segnalazioni da tutto il mondo di casi di PESS anche nei vaccinati (26, 27, 28), con una frequenza di circa 0,7 casi ogni milioni di dosi di vaccino (29). Questa incidenza apparirebbe molto più bassa di quello delle PESS da morbillo naturale (6-7 casi ogni milione), ma quando si fanno i conti si scopre che con le vaccinazioni di massa potrebbero manifestarsi molti più casi di PESS dato che nel nostro Paese ogni anno vengono effettuate ben più di un milione di dosi e anche in soggetti assolutamente sani. Credo sia molto importante meditare su questa verosimile realtà.

- Dato che la prima vaccinazione antimorbillosa viene eseguita ad una età molto precoce (qualche anno fa a 15-18 mesi, mentre oggi addirittura anche a 12-13 mesi), circa 2-4 anni dopo il primo inoculo il 19,5% dei vaccinati presenta anticorpi IgG al di sotto dei limiti di protezione (30). Infatti, la percentuale dei bambini rispondenti al vaccino tanto più si riduce quanto prima si vaccina e tanto più aumenta quanto più si attende a vaccinare. Il vaccinare troppo precocemente, pertanto, sembrerebbe servire solo ad aumentare la probabilità di danni da vaccino e ad aumentare il numero delle vaccinazioni nel singolo soggetto (31).

- La vaccinazione antimorbillosa riduce sempre i livelli plasmatici di vitamina A, inducendo in tal modo un ulteriore indebolimento delle difese immunitarie verso tutte le virosi (32).

Cosa consiglio ai genitori preoccupati dalle segnalazioni di nuovi casi di morbillo?

I consigli sono molto semplici e ovvi alla luce di quanto detto:

- Prima di tutto *raccomando di non avere paura*. Oggi si è soliti far leva sulla paura, perché si sa che la paura scatena una reazione emotiva e la reazione emotiva non è controllata dal ragionamento. *Chi fa leva sulla paura vuole che non si ragioni, perché è più facile pilotare i comportamenti di coloro che non ragionano* e che, spinti dall'emotività e dalla fretta di dare una risposta alla loro angoscia, obbediscono alle direttive di chi detiene il potere.

- *Consiglio poi di pensare a quello che facevano le nostre nonne*: non portavano forse i loro nipotini proprio dai bambini ammalati di morbillo perché si contagiassero e ne fossero protetti per tutta la vita? Forse che le antiche tradizioni non fossero basate su osservazioni secolari, sull'esperienza, sulla saggezza e quindi su un buon grado di verità? Dopo 30 anni di esperienza medica non ho il minimo dubbio nel credere di più all'umile ma ampiamente sperimentata sapienza dei nostri nonni, piuttosto che a quella temporanea, fittizia ed aleatoria degli studi scientifici condotti da ricercatori finanziati dall'industria farmaceutica (85-90% delle ricerche pubblicate) (33).

- Per arginare un'epidemia in atto, è inutile consigliare una vaccinazione, perché questa, per essere forse efficace, dovrebbe avvenire entro 72 ore dal contatto col virus. Infatti, *alcuni Autori consigliano la somministrazione del vaccino antimorbilloso entro 72 ore dall'esposizione*, perché parrebbe svolgere un effetto protettivo, e sostengono che devono essere vaccinati anche i bambini di 6-12 mesi, ricordando però che successivamente questi bambini, essendo troppo piccoli a quell'età e avendo un sistema immunitario che non può rispondere alla vaccinazione in modo adeguato, successivamente dovranno ricevere altre due dosi di vaccino (la prima a 12-13 mesi di vita) (34). Altri Autori invece sostengono che questa procedura, che tra l'altro può essere pericolosa, è del tutto inefficace (35).

- Infatti, ricordo che il vaccino antimorbilloso (anzi il trivalente MPR) *non è esente di effetti indesiderati anche gravi* e che il rischio di tali effetti *aumenta tanto più è piccolo il bambino che lo riceve e tanto maggiore è il numero degli inoculi*. Sarebbe preferibile, se proprio si desidera effettuare la vaccinazione, iniziare almeno quando il bambino ha 3-4 anni di vita, perché a questa età il sistema immunitario è un po' più sviluppato e quindi:
-- è in grado di difendersi meglio dai danni della vaccinazione,
-- la percentuale di coloro che rispondono al vaccino è maggiore (vicina al 99%),
-- è sufficiente un'unica inoculazione.

- I dati epidemiologici dimostrano che, nella nostra attuale condizione socio-economica di Paese industrializzato, *il morbillo attuale è pericoloso specialmente nell'adolescenza e nell'età adulta e quindi non si vede che fretta ci sia nel vaccinare i bambini piccoli*. Si vuole forse, un domani, trasformare una parte di loro in adulti recettivi al vaccino e quindi in nuovi potenziali malati?

- Anche se può sembrare strano e quasi assurdo, ricordo però che *vaccinare significa aumentare i casi di meningiti, di encefaliti e di PESS nei vaccinati rispetto a quanto potrebbe avvenire nei non vaccinati*. Infatti, *se oggi in Italia abbiamo circa 500 casi di morbillo naturale all'anno, a causa di questa malattia si possono attendere*:

-- un caso di meningite o encefalite ogni 4 anni (1 caso ogni 2.000 casi di morbillo),
-- un caso di PESS ogni 300 anni (1 caso ogni 150.000 casi di morbillo),
-- e quindi un caso mortale ogni 20 anni.

Mentre, *vaccinando 2 volte 560.000 nuovi nati all'anno, si possono attendere*:

-- 100 casi di meningite o encefalite ogni anno (1 caso ogni 11.000 vaccinazioni),
-- un caso di PESS ogni anno (0,7 casi ogni milione di vaccinazioni),
-- e quindi 5 casi mortali ogni anno.

Il problema vero sarà eventualmente riconoscere questi danni, perché oggi, tra i medici e i responsabili degli organismi sanitari, pare che ci sia una gara a negare qualsiasi danno da vaccino (36).

- Ricordo che è accertata *l'inutilità della somministrazione antibiotica allo scopo di prevenire le complicazioni batteriche della malattia morbillosa* (37), mentre l'antibiotico è utile quando la complicazione si è realmente instaurata.

- Numerosi studi controllati (38, 39) hanno dimostrato che *la somministrazione di vitamina A in alte dosi possiede un benefico effetto sia preventivo del morbillo, sia migliorativo in pazienti che*

presentano forme gravi o potenzialmente gravi di morbillo, specie in bambini nei primi 2 anni di vita. Le dosi consigliate di vitamina A sono le seguenti:

--	bambini	da	0	a	6	mesi:	50.000	unità;
--	bambini	da	7	a	12	mesi:	100.000	unità;
--	bambini	dopo		i	12	mesi:	200.000	unità.

- Ricordo che un uso adeguato (sotto la guida di un medico) di molti altri integratori alimentari (specialmente: vitamine C, D ed E; magnesio, zinco e potassio; acidi grassi omega-3 e antiossidanti; probiotici), di una sana alimentazione (per quanto è possibile) (40, 41), di fitoterapici (echinacea, timo, propoli, per citarne solo alcuni), ma anche di altri approcci e non per ultimo di una terapia omeopatica personalizzata, sono in grado non solo di difendere i nostri figli dal morbillo e/o dalle sue complicazioni, bensì di difenderli da tutte le infezioni mettendo contemporaneamente il sistema immunitario e tutto l'organismo nelle condizioni migliori per gestire qualsiasi stress esogeno (42).

Conclusione

A mio avviso, il grosso problema delle vaccinazioni (in primis di quella MPR, che considero una delle più pericolose, ma anche di tutte le altre) è rappresentato essenzialmente da 3 punti:

- 1 - I vaccini sono tanto più pericolosi:
 - quanto più il bambino è piccolo (a causa della totale immaturità del suo sistema immunitario che quindi non risponde adeguatamente allo stress causato dal vaccino e mantiene uno squilibrio immunitario che causa un intenso e prolungato stress ossidativo fortemente patogeno, specie per il sistema nervoso centrale) e
 - quanto maggiore è il numero dei vaccini somministrati (oggi ai nostri piccoli ci chiedono di inoculare circa 25 vaccini [comprendendo anche i richiami] nei primi 15 mesi di vita).
- 2 - I vaccini mirano ad impedire lo sviluppo delle più comuni malattie infettive pediatriche ed è molto discutibile che questo rappresenti un bene per un corretto equilibrio biologico e per le difese immunitarie dei nostri bambini, perché è ampiamente nota l'importanza e l'universalità di una legge della biologia ("la funzione mantiene la vitalità dell'organo") per la quale la stimolazione effettuata dai germi (virus e batteri) sul sistema immunitario del bambino è essenziale per il suo equilibrato e duraturo sviluppo (43).
- 3 - I vaccini trasmettono solo una immunità specifica verso alcuni virus e verso alcuni sottotipi di pochi tipi di batteri, mentre i germi che ci possono aggredire sono varie centinaia (considerando sia i tipi che i sottotipi). Inoltre, i vaccini (come tutti i farmaci) conseguono il loro effetto sempre a prezzo di un intenso squilibrio immunitario che:
 - per alcuni soggetti può essere lieve e reversibile (la maggioranza dei casi?),
 - per altri può essere irreversibile e causare patologie croniche relativamente gravi (patologie allergiche in un discreto numero di casi),
 - per altri può essere irreversibile e causare patologie croniche molto gravi (epilessie, danni cerebrali con ritardi mentali, patologie autoimmunitarie in un numero meno frequente di casi),
 - per altri può essere mortale (casi rari, ma sicuramente sottostimati, secondo l'esperienza di molti medici e associazioni italiane di danneggiati da vaccini).

Mi chiedo allora: perché invece di spingere in modo inconsulto verso le vaccinazioni di massa (che tra l'altro rappresentano l'abominio della Medicina Moderna che è riconosciuta invece da un trattamento preventivo e curativo perfettamente personalizzato) non si pratica, non si insegna e non si diffonde una vera Medicina Preventiva capace di potenziare le difese aspecifiche del nostro organismo in modo che possa difendersi non verso 6-7 virus e pochi sottotipi di batteri, ma verso tutti i germi?

Queste conoscenze esistono, sono alla portata di tutti e si basano su un'adeguata igiene alimentare, mentale e di vita in generale, che consideri l'uomo non solo come ammasso di cellule, ma nella sua complessità trinitaria di corpo, psiche e spirito. Inoltre, sono trattamenti che utilizzano anche le enormi potenzialità di molti ausili naturali, come ad esempio gli integratori alimentari, i fitoterapici,

i prodotti omeopatici e molti altri che, se adeguatamente utilizzati, possono essere di grande aiuto sia a scopi preventivi che curativi, senza peraltro causare alcun danno alla persona. Però, forse la mia risposta ha il difetto di essere troppo semplice, poco costosa, alla portata di tutti e basata sul *Buon Senso*, mentre oggi in Medicina non si usa più il Buon Senso, ma solo la fredda legge del profitto e dell'evitamento di ogni personale responsabilità. Allora a questo punto consiglio al Lettore, specialmente se in lui c'era stato il desiderio di vaccinare i propri figli, di rileggere nuovamente e con calma questo mio scritto per cogliere e far proprie quelle conclusioni che ad una prima e veloce lettura sfuggono sempre. Poi, faccia pure quello che nel suo cuore riterrà più corretto.



Bibliografia

- 1 - Gava R. [Le Vaccinazioni Pediatriche. Revisione delle conoscenze scientifiche](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 3a ed., 2010, pagg. 56-58
- 2 - Bartolozzi G. Vaccini e Vaccinazioni. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 587
- 3 - Kilic A., Altinkaynak S. et al. The duration of maternal measles antibodies in children. *J Trop Pediatr* 49: 302-5, 2003
- 4 - Gava R. [Le Vaccinazioni Pediatriche. Revisione delle conoscenze scientifiche](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 3a ed., 2010, pagg. 223-226
- 5 - Bartolozzi G. Vaccini e Vaccinazioni. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 571
- 6 - Paunio M., Peltola H. et al. Esplosive school-based measles outbreak: intense exposure may have resulted in high risk, even among vaccinees. *Am J Epidemiol* 148: 1103-10, 1998
- 7 - Bartolozzi G. Vaccini e Vaccinazioni. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 556
- 8 - Bartolozzi G. Vaccini e Vaccinazioni. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 560
- 9 - Watson J. C., Pearson J. A. et al. An evaluation of measles revaccination among school-entry aged children. *Pediatrics* 97: 613-8, 1996
- 10 - Helfand R. F., Kebede S. et al. Timing of development of measles-specific immunoglobulin M and G after primary measles vaccination. *Clin Diagn Lab Immunol* 6: 178-80, 1999
- 11 - Mossong J., O'Callaghan C. J. et al. Modelling antibody response to measles vaccine and subsequent waning of immunity in a low exposure population. *Vaccine* 19: 523-9, 2001
- 12 - Bartolozzi G. Vaccini e Vaccinazioni. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 569
- 13 - Nates S. V., Cumino A. et al. Measles antibody in pregnant Argentinian women relative to vaccine-induced immunity and natural infection. *Pediatr Infect Dis J* 18: 937-9, 1999
- 14 - Linder N., Tallen-Gozani E. et al. Placental transfer of measles antibodies: effect of gestational age and maternal vaccination status. *Vaccine* 22: 1509-14, 2004
- 15 - Maldonado Y. A., Lawrence E. C. et al. Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity. *Pediatrics* 96:n 47-50, 1995
- 16 - Markowitz L. E., Albrecht P. et al. Changing levels of measles antibody titers in women and children in the United States: impact on response to vaccination. *Pediatrics* 97: 53-8, 1996
- 17 - Pool V., Braun M. M. et al. Prevalence of anti-gelatin IgE antibodies in people with anaphylaxis after measles-mumps-rubella vaccine in the United States. *Pediatrics* 110: e71, 2002
- 18 - Vestergaard M., Hviid A. et al. MMR vaccination and febrile seizures. Evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis. *JAMA* 292: 351-7, 2004
- 19 - Bitnun A., Shannon P. et al. Measles inclusion-body encephalitis caused by the vaccine strain of measles. *Clin Infect Dis* 29: 855-61, 1999
- 20) Miller E. et al. Risk of aseptic meningitis after measles, mumps and rubella vaccine in UK children. *The Lancet* 341 (8851): 979; 1993
- 21 - Freeman A. S., Jacobsohn D. A. et al. A new complication of stem cell transplantation: measles inclusion body encephalitis. *Pediatrics* 114: e657-e60, 2004

- 22 - Geier D. A., Geier M. R. Pediatric MMR vaccination safety. *Int Pediatr* 18: 203-8, 2003
- 23 - Goldman G. S., Yazbak F. E. An investigation of the association between MMR vaccination and autism in Denmark. *J Am Phys Surg* 9: 70-5, 2004
- 24 - CDC. Update: vaccin side effects, adverse reactions, contraindications and precautions. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). *MMWR* 45, RR-12, 1996
- 25 - Thompson N. P., Montgomery S. M. et al. Is measles vaccination a risk of factor for inflammatory bowel disease? *Lancet* 345: 1071-4, 1995
- 26 - Bartolozzi G. *Vaccini e Vaccinazioni*. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 572
- 27 - Miller C. et al. The epidemiology of subacute sclerosing panencephalitis in England and Wales 1990-2002. *Arch Dis Child* 89 (12): 1145-8, 2004
- 28 - Gava R. [Le Vaccinazioni Pediatriche. Revisione delle conoscenze scientifiche](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 3a ed., 2010, pag. 434
- 29 - Belgamwar R. B. et al. Measles, mumps, rubella vaccine-induced subacute sclerosing panencephalitis. *J Ind Med Assoc* 95 (11): 594, 1997
- 30 - Pebody R. G., Gay N. G. et al. Immunogenicity of second dose measles-mumps-rubella (MMR) vaccine and implications for serosurveillance. *Vaccine* 20: 1134-40, 2002
- 31 - Bartolozzi G. *Vaccini e Vaccinazioni*. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 567
- 32 - Yalcin S. S., Yurdakok K. et al. The effect of live measles vaccine on serum vitamin A levels in healthy children. *Acta Paediatr Jpn* 40: 345-9, 1998
- 33 - Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2 (8): e124, 2005
- 34 - Bartolozzi G. *Vaccini e Vaccinazioni*. Masson, Milano, 2a edizione, 2005, pag. 562
- 35 - Gergonne B., Ramsay M. Measles outbreak casts doubt on efficacy of post-exposure measles vaccination. *EuroSurvWeekly* 8, 19 febbraio 2004
- 36 - Gava R. [Le Vaccinazioni Pediatriche. Revisione delle conoscenze scientifiche](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 3a ed., 2010, pag. 623 e seguenti
- 37 - Shann F. Meta-analysis of trials of prophylactic antibiotics for children with measles: inadequate evidence. *BMJ* 314: 334-6, 1997
- 38 - Hussey G. D., Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles. *N England J Med* 323: 160-4, 1990
- 39 - American Academy of Pediatrics. Committee on infectious diseases. Vitamin A treatment of measles. *Pediatrics* 91: 1014-5, 1993
- 40 - Gava R. [L'uomo, la malattia e il suo trattamento. Vol. 3o](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 1999
- 41 - Gava R. [L'uomo, la malattia e il suo trattamento. Vol. 4o](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 1999
- 42 - Gava R. [Le Vaccinazioni Pediatriche. Revisione delle conoscenze scientifiche](#). Edizioni Salus Infirmorum, Padova, 3a ed., 2010, pag. 677 e seguenti
- 43 - Rook G. A., Brunet L. R. Give us this day our daily germs. *Biologist* Aug. 2002