*(Bozza per l’esercizio del Diritto di Accesso con richiesta di copia degli studi clinici con vero gruppo di controllo per la conferma dell’efficacia e sicurezza dei vaccini pediatrici obbligatori)*

All’

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Direttore Generale

Antonio Ferro

Via Degasperi 77

38123 Trento

*pec:*[apss@pec.apss.tn.it](mailto:apss@pec.apss.tn.it)

# **ISTANZA ai sensi degli artt. 22 e segg. Legge 241/1990**

# **PER L’ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO**

# **agli studi clinici con veri gruppi di controllo per la conferma della sicurezza ed efficacia dei vaccini indicati nell’invito spedito dall’**

# **Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari del Trentino**

# **CON RICHIESTA DI COPIA**

La/Il sottoscritta/o,

* Sig.ra (*nome e cognome*) ……………………..

nata il ……… a ………………., residente in……………………. *(indirizzo esatto!)*

cittadina italiana, codice fiscale ………………….. e

* Sig. (*nome e cognome*),

nato il ……… a ………………., residente in ……………………

cittadino italiano, codice fiscale ………………..

nella sua/loro qualità di madre/padre/genitori del/la minorenne

(*nome e cognome)…………………………………………*

nata/o il ……… a ………………., residente in ……………………

cittadina/o italiana/o, codice fiscale …………….

che è stata/o invitata/o dall’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari alle seguenti vaccinazioni:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(indicate con esattezza tutte le vaccinazioni che sono indicate nell’ invito scritto che avete ricevuto*)

PREMESSO CHE

1. le seguenti vaccinazioni sono previste obbligatoriamente per l’accesso dei bambini alle strutture dell’assistenza alla prima infanzia, e nel caso di alunni non vaccinati, di età compresa tra i 6 e 16 anni, ai genitori viene inflitta una sanzione pecuniaria:

**difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, HIB *haemophilus influenzae* tipo b, morbillo, parotite, rosalia e varicella;**

1. farmaci, e a maggior ragione i **farmaci pediatrici, possono essere usati in via generalizzata solo dopo la conferma della loro efficacia e sicurezza**;
2. la **conferma della sicurezza ed efficacia** può avvenire solo con **studi clinici** basati su un vero gruppo di controllo;
3. un **vero gruppo di controllo** di uno studio clinico presuppone che ai partecipanti al gruppo di controllo venga iniettata una **sostanza neutrale;**
4. **nel caso di studi clinici per la conferma dell’efficacia e sicurezza delle vaccinazioni, la sostanza neutrale ovviamente non può essere costituita da una vaccinazione paragonabile ossia da una sostanza che contiene gli adiuvanti contenuti nella vaccinazione da studiare (p.e. sali di alluminio ecc.) oppure altri componenti biologicamente attivi;**
5. è un chiaro **Diritto/Obbligo della/del/dei sottoscritta/o/i nella loro qualità di madre/padre/genitori di pretendere la necessaria trasparenza in merito all’asserita sicurezza ed efficacia di quelle sostanze che l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari intende inoculare al suo/loro figlio/a.**

Tanto premesso,

la/il/i sottoscritta/o/i madre/padre/genitori del/la minorenne sopra indicato

**CHIEDE / CHIEDONO**

**ai sensi dell’art. 22 e segg. Legge n. 241/1990 l’accesso alla pubblicazione degli studi clinici con un vero gruppo di controllo per la conferma dell’efficacia e sicurezza delle vaccinazioni pediatriche, alle quali l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ha invitato la/il suindicata/o minorenne, e**

**CHIEDE / CHIEDONO, inoltre, di:**

* **Ottenere copia dei documenti richiesti all’indirizzo pec o postale sopra indicato**

*(Luogo e data)*

*(Nome e cognome e firma)*

Si allega: (*deve essere necessariamente allegato!)*

1. Copia carte d’identità Sig.ra ….
2. Copia carta d’identità Sig. …..