

situazione familiare e sociale sono la chiave per fare in modo che solo chi risponde alla definizione possa ricevere la vaccinazione. La certificazione è da fare utilizzando i due formulari allegati che sono da consegnare alla persona da vaccinare che poi potrà iscriversi sulla piattaforma online www.ti.ch/vaccinazione (il documento è indispensabile per ricevere il vaccino in un Centro cantonale e in loro assenza le persone non potranno essere vaccinate).

Vaccinazione delle donne incinte

Nell'aggiornamento delle Raccomandazioni di vaccinazione con i vaccini a mRNA (stato 14.4.21)² si precisa che in base ai dati finora disponibili, possono farsi vaccinare le donne incinte affette da tutte le malattie croniche che definiscono le persone particolarmente a rischio di COVID-19 (vedi categorie di persone particolarmente a rischio³) e le donne nel 2° e 3° trimestre di gravidanza con aumentato rischio di esposizione alla malattia COVID-19 (in particolare il personale sanitario). Queste donne devono recarsi dal loro ginecologo curante, che discute con loro rischi e benefici del vaccino e fa firmare il modulo di consenso della Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia (SGGG), che conserva nella cartella della paziente. Il ginecologo deve poi certificare che la paziente ha effettivamente un rischio supplementare (in quanto personale sanitario oppure perché portatrice di una malattia cronica) e redigere l'apposita prescrizione SGGG⁴. **ATTENZIONE: questi documenti sono indispensabili per la vaccinazione presso un Centro di vaccinazione.** A questo punto la donna incinta può iscriversi sulla piattaforma online.

Alla donna incinta verrà pure richiesta l'iscrizione in un registro nazionale per un follow-up della gravidanza e del parto da parte del ginecologo curante (registrazione di eventuali effetti collaterali della vaccinazione su madre o bambino). In caso di effetti collaterali rilevanti vige l'obbligo di notifica a Swissmedic.

Per ulteriori informazioni concernente la vaccinazione contro il COVID-19 vi invitiamo a consultare il nostro sito www.ti.ch/vaccinazione.

Ringraziandovi per l'attenzione porgiamo a tutti cordiali saluti.

Il Medico cantonale
G. Meriani



Allegati: menzionati

Copia a: - Farmacista cantonale, Mendrisio
- Dr.ssa med. Sophie Venturelli, presidente della Società Ticinese di Ginecologia e Ostetricia

² <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/impfempfehlung-covid-19.pdf.download.pdf/Recommandations%20de%20vaccination%20avec%20des%20vaccins%20%C3%A0%20ARNm%20contre%20le%20COVID-19.pdf>

³ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/kategorien-besonders-gefaehrdete-personen.pdf.download.pdf/Categorie%20di%20persone%20particolarmente%20a%20rischio.pdf>

⁴ https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/1_Ueber_uns/Prescription_Info_consentement_Vaccin_A_20.02.2021_IT.pdf

Vaccinazione COVID-19

Certificazione di persona a contatto con **persona vulnerabile non vaccinata**

Persona vulnerabile in cura dal medico sottoscritto:

Cognome

Nome

Data di nascita

.....

Persona a stretto contatto con la persona vulnerabile:

Cognome

Nome

Data di nascita

.....

Relazione con la persona vulnerabile

.....

Ho preso atto che la strategia vaccinale prevede la vaccinazione prioritaria delle persone a stretto contatto con una persona vulnerabile a rischio non vaccinata.

Con la presente confermo che la persona vulnerabile in questione è in mia cura e che – per motivi medici o per altre ragioni - non ha potuto essere vaccinata.

Certifico inoltre che la persona sopramenzionata abita nella stessa economia domestica del/la mio/a paziente (es. coniuge, partner, membro della famiglia, colocatario) o vi si reca con regolarità come familiare curante o come personale di assistenza, per cui qualifica per un accesso prioritario al vaccino.

Luogo, data: Firma e timbro medico:.....

Vaccinazione COVID-19 Certificazione di persona a contatto con **persona immunodepressa**

Persona immunodepressa in cura dal medico sottoscritto:

Cognome	Nome	Data di nascita
.....

Persona a stretto contatto con la persona immunodepressa:

Cognome	Nome	Data di nascita
.....

Relazione con la persona immunodepressa

.....

Ho preso atto che la strategia vaccinale prevede la vaccinazione prioritaria delle persone a stretto contatto con una persona immunodepressa (anche se vaccinata).

Con la presente confermo che la persona immunodepressa in questione è in mia cura. Certifico inoltre che la persona sopramenzionata abita nella stessa economia domestica del/la mio/a paziente (es. coniuge, partner, membro della famiglia, colocatario) o vi si reca con regolarità come familiare curante o come personale di assistenza, per cui qualifica per un accesso prioritario al vaccino.

Luogo, data: Firma e timbro medico:.....

Immunodeficienza significativa:

- su malattie congenite o acquisite
- su terapia immunosoppressiva

- neoplasie ematologiche maligne
- malattie tumorali con terapia in corso
- malattie infiammatorie auto-immuni (per es. lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, psoriasi, malattie infiammatorie intestinali croniche, sclerosi multipla) che richiedono una terapia immuno-soppressiva (incluso prednisone-equivalente > 20 mg/die, farmaci risparmiatori di steroidi (azatioprina, metotrexato, ecc.), farmaci "biologici")
- malattia HIV con CD4 < 200 cellule / µl
- trapianti di organi solidi, di midollo o di cellule staminali