



**Regione Autonoma della Sardegna**

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato N. 1: ZONA AD ALTO RISCHIO**

La zona ad alto rischio comprende l'intero territorio dei seguenti comuni:

PROVINCIA DI NUORO		PROVINCIA DI SASSARI
ARITZO	OROSEI	ALA' DEI SARDI
ARZANA	OSIDDA	ANELA
ATZARA	OSINI	BUDDUSO'
AUSTIS	OVODDA	BULTEI
BARI SARDO	SEUI	NUGHEDU DI SAN NICOLO'
BAUNEI	SORGONO	PATTADA
BELVI	TALANA	
BITTI	TERTENIA	
CARDEDU	TETI	
DESULO	TIANA	
DORGALI	TONARA	
ELINI	TORTOLI'	
FONNI	TRIEI	
GADONI	ULASSAI	
GAIRO	URZULEI	
GALTELLI	USSASSAI	
GIRASOLE	VILLAGRANDE STRISAILI	
ILBONO		
IRGOLI		
JERZU		
LANUSEI		
LOCERI		
LOCULI		
LOTZORAI		
LULA		
MEANA SARDO		
ONANI'		
ONIFAI		
ORGOSOLO		

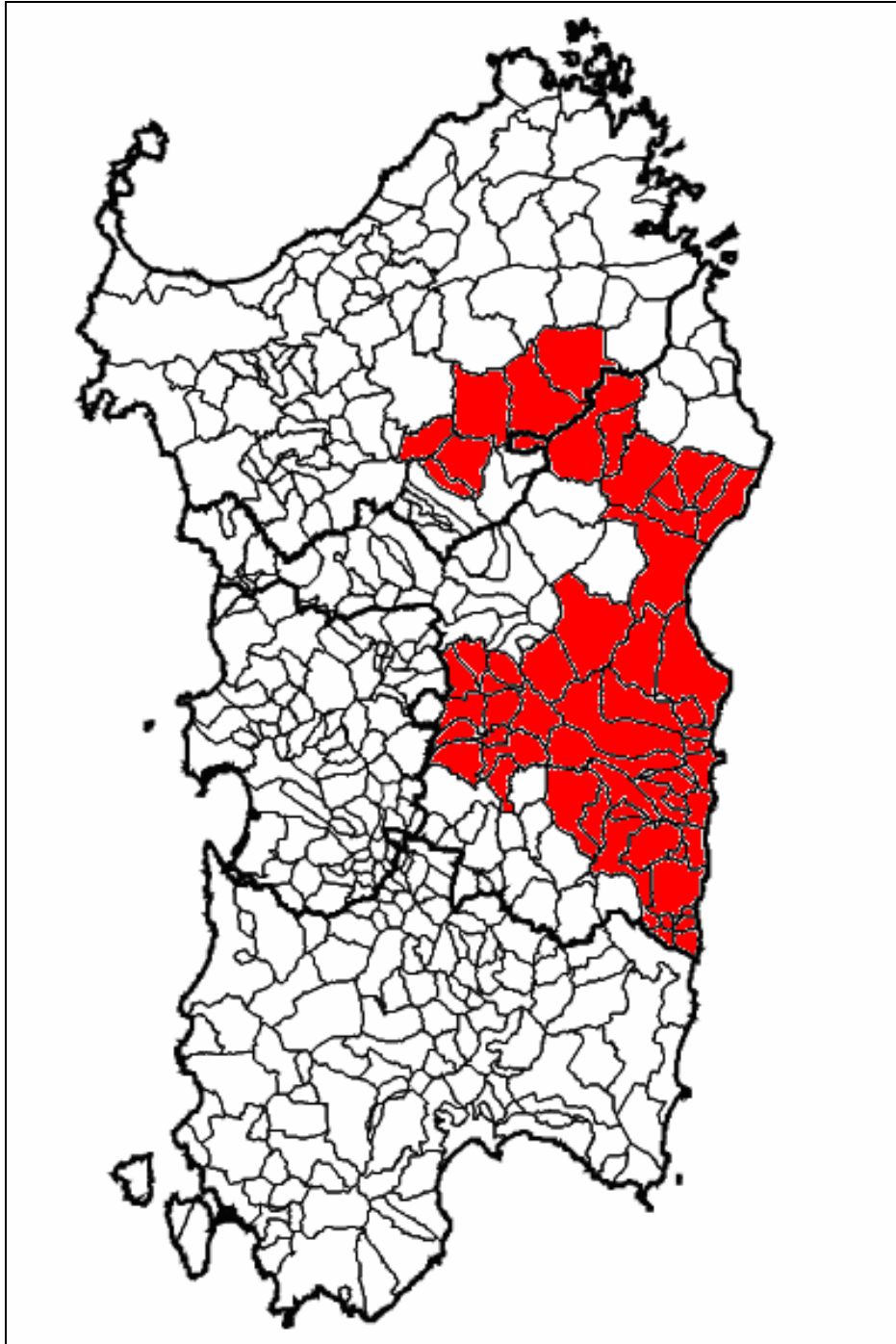


Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 2: MAPPA DELLA ZONA AD ALTO RISCHIO**





**Allegato n. 3/a: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE**

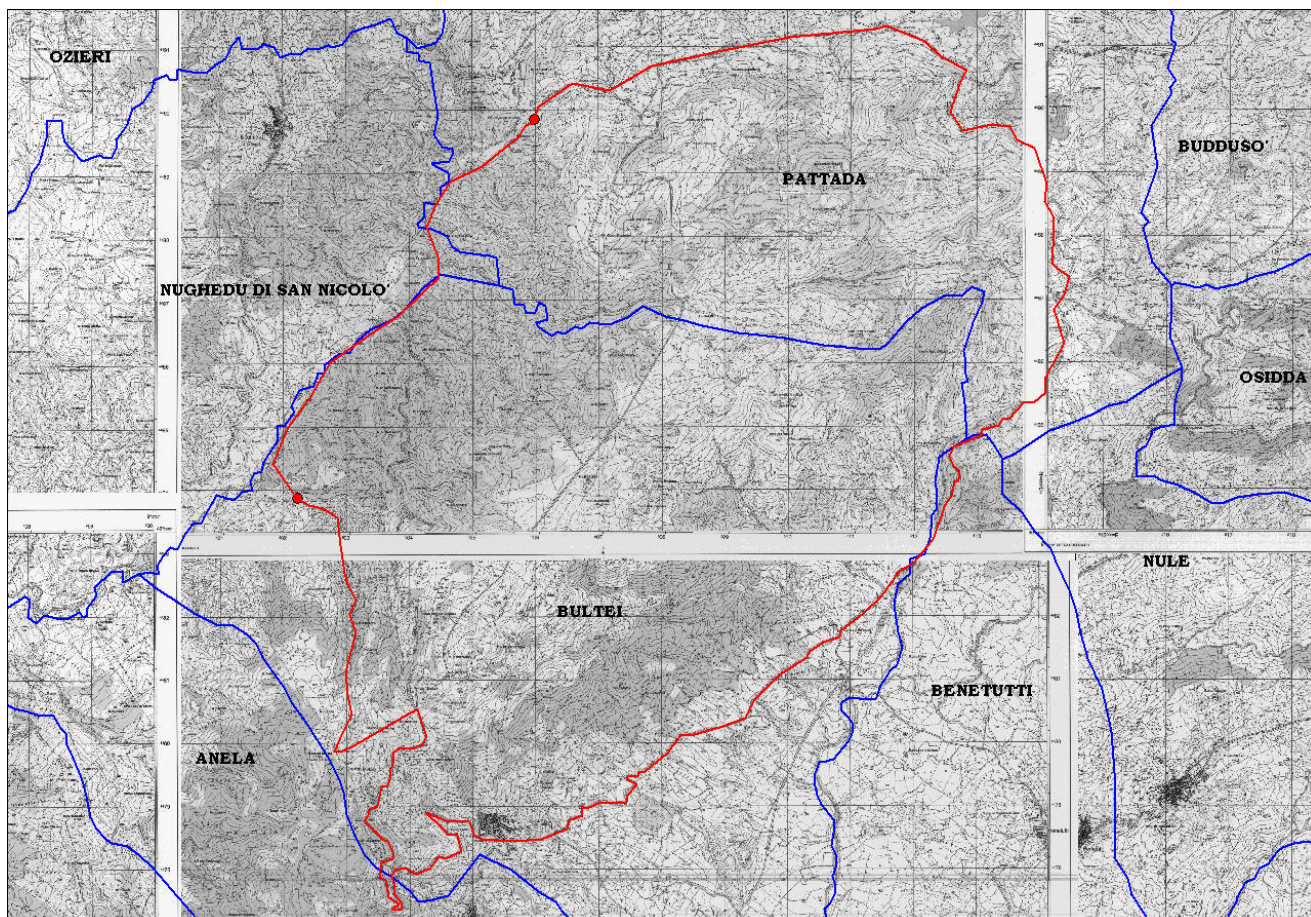
Le zone infette nel selvatico in vigore sono tre:

- Zona infetta Bultei (SS)
- Zona infetta Montarbu (NU)
- Zona infetta Senis (OR)

**Delimitazione Zona Infetta Selvatico Bultei:**

L'areale, di 103,9 Km<sup>2</sup>, comprende la maggior parte del Comune di Bultei e la parte meridionale del comune di Pattada.

E' delimitato da Sud verso Ovest, a partire dal centro abitato di Bultei dalla strada provinciale che da Bultei porta verso Nughedu S.Nicolò fino al bivio Ispedrumele a ovest, quindi da Ispedrumele a Punta Maisiennera seguendo la cresta montuosa che dalla fascia antincendio di Punta Masiennera porta a località Campanas (lat. 40° .30.287, long. 009° .01.034, alt. 530 ). Da Campanas lungo il confine comunale di Bultei, con Nughedu San Nicolo' e tra questo e Pattada, fino all'altezza di Pta Crabiles, (40,549896-9,054850) poi di nuovo dalla S.S. 128 bis fino alla stazione di Pattada, quindi la strada che porta a Ponte Molinu, S.P. 128 bis fino alla stazione di Benetutti ad Est, la cantoniera di Benetutti seguendo la S.S.128 bis fino al centro abitato di Bultei.





**Allegato n. 3/b: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE**

**Delimitazione Zona Infetta “Montarbu-Aritzo”:**

E' la zona denominata Montarbu, situata nella provincia di Nuoro, comprendente parte del territorio dei comuni di **Arzana, Gairo, Osini, Seui, Ussassai, Desulo, Aritzo, Belvi e Tonara**, tutti situati all'interno della provincia di Nuoro.

Ha un'estensione di 152 Km quadrati, ed è delimitata dai seguenti confini:

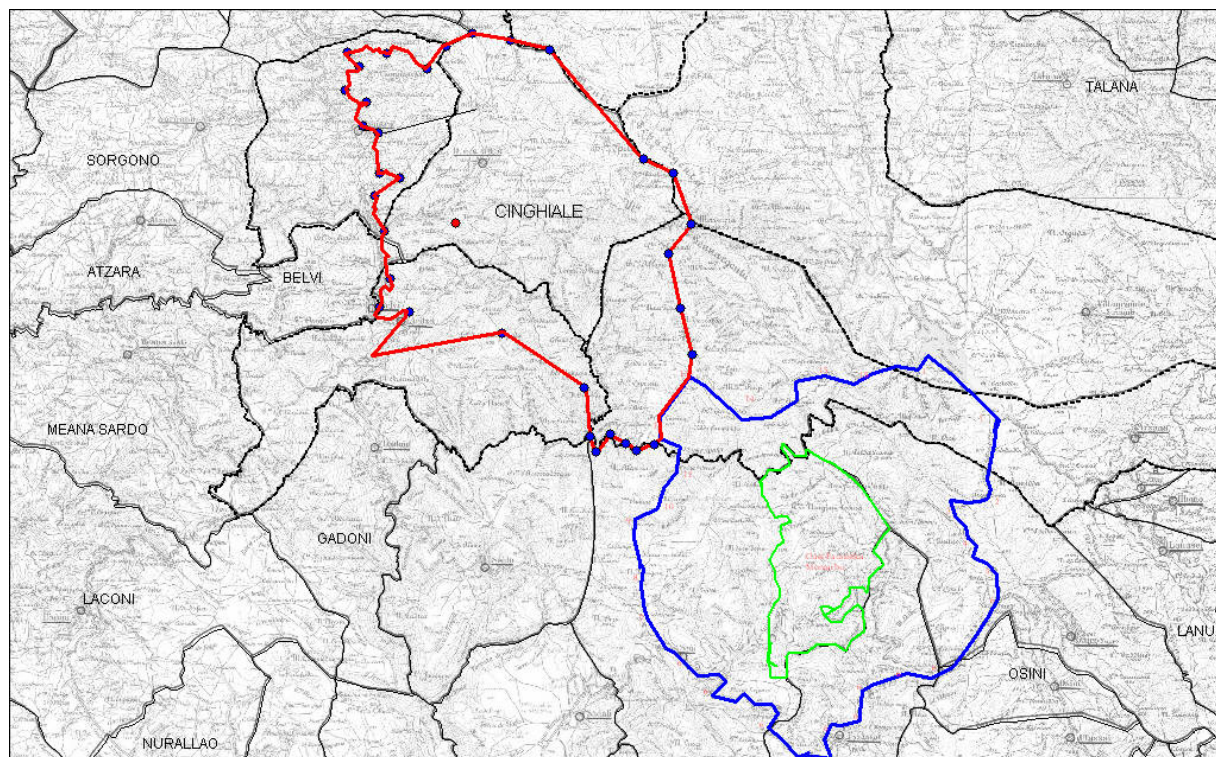
a Nord Ovest da una linea ideale che inizia in prossimità del Lago Alto del Flumendosa (1) si dirige verso Sud costeggiando Caula su Moddizzinu, fino ad Arcu Enna (2), prosegue verso Bacanieddu (3) e Punta Essilieri (4); da qui prosegue a sud fino a Perda Irsi (5), sino al congiungimento con la SS 198 (6) che da Gairo conduce a Ussassai e Seui. Da Seui, prosegue verso San Sebastiano (7) e a Nord verso Monte Marigosu (8), fino a Correlai (9) verso Punta Middasiu(10), sino a Sedda S'Orroli (11). Da questo punto continua a Nord verso Bruncu e Lassina (12) in direzione di Nuraghe Ruinas (13) e, costeggiando la base di Monte Genna Rugi (14), si dirige lungo Badde s'Orratorio (15) ricongiungendosi al Lago Flumendosa (1).

Verso Nord-Ovest la zona infetta si estende a comprendere parte dei comuni di Desulo, Aritzo, Belvi e Tonara.

E' delimitata nel lato S/SO dalla S.S. 295, a partire dal bivio situato in località “Cossatzu” del comune di Aritzo con la strada provinciale Cossatzu-Gadoni, fino al centro abitato di Aritzo, proseguendo poi verso quello di Belvi e quindi continuando a nord verso quello di Tonara; da qui, seguendo la strada Tonara-Tascusi, prima verso N/O, poi verso N/E fino al punto in cui questa incrocia il rio Lampazzu; continua poi verso n/e lungo il crinale che passa in località S'arcu Is Traes” verso punta Tracizeri e verso la località “genna e jacca”, da qui in direzione E/SE, incrociando il rio Aratu, fino alla località “Punta Ispanu”, in prossimità del confine tra i territori dei comuni di Fonni e Desulo.

Da questo punto, continuando verso S/E alla “Punta Paulinu” quindi, sempre verso S/E a “Punta la Marmora”, quindi verso S/O fino a “bruncu allasu”, seguendo verso sud il “Rio Su Accu” fino alla località “Cumida Melone” e continuando verso sud, fino ad arrivare al vertice (punto 13) della “zona infetta montarbu” e sovrapponendosi al limite di questa verso S/O. segue poi verso ovest il corso del fiume flumendosa fino all'incrocio col rio “Antoni Muceli”, risalendo quindi verso nord fino a “Bruncu Unturgiu “, da qui verso N/E fino a “Funtana Cungiada”, e infine verso est fino alla località “Cossatzu”.

La zona infetta del Montarbu comprende all'interno l'omonima foresta demaniale.





## Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

### Allegato n.3/c: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE

La Zona Infetta da Peste Suina Africana nel selvatico in provincia di Oristano, relativa al caso di positività virologica riscontrata durante la campagna venatoria 2006-2007 in un cinghiale cacciato nell'agro di Laconi, è delimitata:

**A Nord:** Strada Statale 442 da Escovedu ad Assolo; Strada Statale 442 da Assolo a Senis; Strada Provinciale 38 sa Senis ad Asuni; Da Asuni una linea che passa attraverso le seguenti località fino al Rio Mistradoxi:

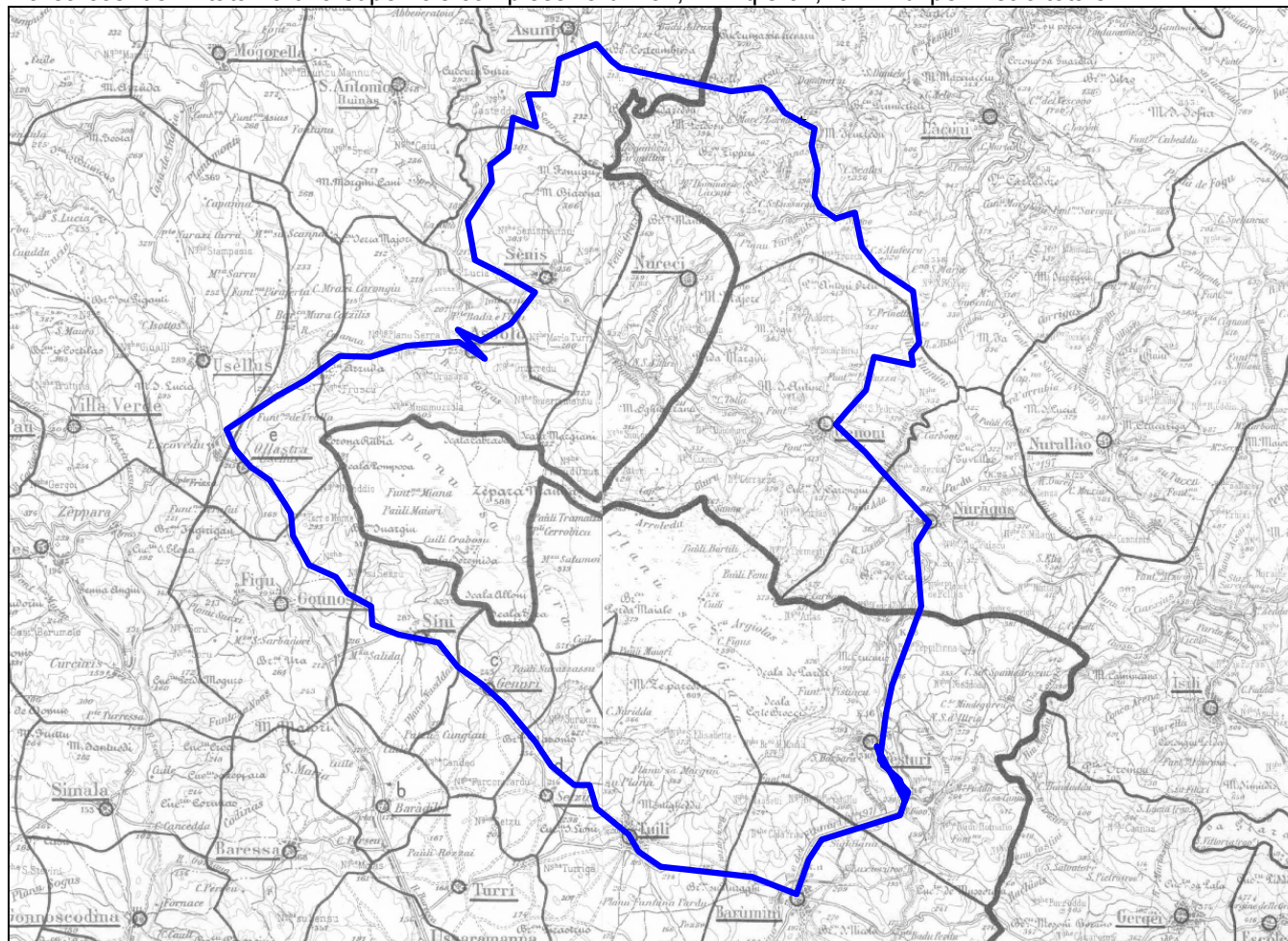
- Loc. Pranu Murdegu 8.954590-39.865116
- Loc. Perdixi 8.956941-39.863792
- Loc. Piscinas Arrubias 8.971602-39.862004
- Loc. Sa serra s'orroa e' s'ebba 8.9874896-39.859204
- Loc. Leonesu 8.992740-39.860061
- Loc. S'abba salida 8.994412-39.859286
- Loc. Bruncu Palaeras 8.998562-39.855006

Da qui segue il corso del Rio Mistradoxiu da 9.006377-39.853558 a 9.032541-39.810452, fino all'intersecazione con la strada Laconi Genoni in Loc. Crastu.

**A Sud-est:** dalla località Crastu sulla strada Laconi-Genoni, fino a Genoni; Strada Provinciale 16 da Genoni a Nuragus; Strada Statale 197 da Nuragus a Gesturi; Strada Statale 197 da Gesturi a Barumini.

**A Sud-Ovest:** Strada Provinciale 44 da Barumini a Tuili; Strada Provinciale 45 da Tuili a Genuri; Strada Provinciale 45 da Genuri a Sini; Strada da Sini ad Albagiara; Strada Provinciale 35 da Albagiara a Escovedu.

L'area così delimitata ha una superficie complessiva di 161,1 Km<sup>2</sup> e 64,76 Km di perimetro totale.





Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 4 : CALCOLO DELLA NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE CONSIDERANDO UNA PREVALENZA DEL 5% CON UN’AFFIDABILITÀ DEL 95%**

Numerosità della Popolazione	Numerosità del Campione
Fino a 17	tutti
18	17
19	18
20	19
21	20
22-23	21
24	22
25-26	23
27	24
28-29	25
30-31	26
32-33	27
34-35	28
36-37	29
38-39	30
40-41	31
42-44	32
45-46	33
47-49	34
50-53	35
54-56	36
57-60	37
61-64	38
65-68	39
69-73	40
74-79	41
80-85	42
86-92	43
93-100	44
101-109	45
110-120	46
121-132	47
133-147	48
148-165	49
166-187	50
188-215	51
216-252	52
253-302	53
303-376	54
377-492	55
493-703	56
704-1215	57
1216-4178	58
4179 e oltre	59



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

Allegato n. 5: SCHEDA RILEVAZIONE DATI IN AZIENDA (pag.1)

Denominazione \_\_\_\_\_ Codice aziendale \_\_\_\_\_ Cod. fisc. \_\_\_\_\_
Comune sede dell'allevamento \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_
Località \_\_\_\_\_ Lat. \_\_\_\_\_ Long. \_\_\_\_\_ Alt. \_\_\_\_\_

Tipologia di struttura: Allevamento [ ] Centro di raccolta [ ] Stalla di sosta [ ] Centro genetico [ ]
Indirizzo produttivo prevalente: Ingrasso [ ] Autoconsumo [ ] Riproduzione [ ]
Modalità di allevamento: Brado [ ] Semibrado [ ] Stabulato [ ]

Esiste una regolamentazione comunale del pascolo? Si [ ] No [ ]
Se si, l'azienda è all'interno delle zone regolamentate? Si [ ] No [ ]
Le recinzioni esterne dell'azienda o del pascolo sono adeguate? Si [ ] No [ ]
Presenza di registro Si [ ] No [ ]
Registro regolarmente compilato Si [ ] No [ ]
Marchi auricolari ben visibili: Si [ ] No [ ]
Su tutti i suini [ ] Su una piccola parte [ ] Sulla maggior parte dei suini [ ]

Precedente controllo ufficiale in allevamento \_\_\_/\_\_\_/200\_\_\_ Con prelievi sierologici Si [ ] No [ ]
Positività rilevate per PSA/PSC Si [ ] No [ ] Consistenza precedente n. capi: \_\_\_\_\_
Prescrizioni impartite: \_\_\_\_\_

Verifica consistenza attuale allevamento

Table with 5 columns: CATEGORIA, Capacità massima\*, Presenti in allevamento, Regularmente Identificati, Regularmente Registrati. Rows include SCROFE, VERRI, SCROFETTE, LATTONZOLI, INGRASSO, TOTALI.

\* Vedi anche D.L.vo n. 53/2004 per la disponibilità di spazio necessaria per gli animali delle varie categorie; a titolo esemplificativo se ne riassumono le seguenti.

- 1) 0,15 mq per i suini di peso vivo pari o inferiore a 10 kg;
2) 0,30 mq per i suini di peso vivo compreso tra 10 e 20 kg;
3) 0,30 mq per i suini di peso vivo compreso tra 20 e 30 kg;
4) 0,55 mq per i suini di peso vivo compreso tra 50 e 85 kg;
5) 0,55 mq per i suini di peso vivo compreso tra 50 e 85 kg;
6) 0,65 mq per i suini di peso vivo compreso tra 85 e 110 kg;
7) 1,00 mq per i suini di peso vivo superiore a 110 kg;
8) 1,00 mq per i suini di peso vivo superiore a 110 kg;
9) Scrofe dopo la fecondazione: 2,25 mq

Note e osservazioni: \_\_\_\_\_

Anomalie e disfunzioni riscontrate: \_\_\_\_\_

Istruzioni impartite all'allevatore: \_\_\_\_\_

Sanzioni emesse: \_\_\_\_\_

Il Proprietario/Detentore

Il Veterinario Ufficiale



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

Allegato n. 6: **REGISTRO DI CARICO E SCARICO AZIENDALE PER SUINI**

Codice di identificazione azienda: IT \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'azienda

Via	Comune	Località
-----	--------	----------

Coordinate geografiche: latitudine \_\_\_\_\_ longitudine \_\_\_\_\_

Specie detenute e indirizzo produttivo prevalente

Suini  Cinghiali

Tipologia struttura: Allevamento  Centro raccolta  Stalla di sosta

**Detentore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Proprietario**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_





**Regione Autonoma della Sardegna**

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 6**

D.P.R 317/96 Art. 3 Registro aziendale e informazioni

Il detentore deve tenere presso l'azienda un registro, intestato all'azienda medesima, composto da pagine numerate progressivamente recanti il timbro del servizio veterinario competente e la sigla del responsabile del servizio stesso.

Il registro di cui al comma 9, per la specie suina, deve recare almeno le seguenti informazioni:

- a) il numero degli animali presenti nell'azienda con l'indicazione del relativo marchio di identificazione e della categoria;
- b) tutte le nascite, tutti i decessi e tutti i movimenti con menzione della loro origine o destinazione e della data dell'evento, indicando in ogni caso il marchio di identificazione, tale registrazione è effettuata entro tre giorni dall'evento, salvo che per le nascite, che possono essere registrate entro quindici giorni dal parto.

**NOTE ESPLICATIVE**

n° progressivo: utilizzare una riga per ogni operazione/evento

data: inserire la data dell'operazione/evento

identificazione: riportare il codice identificativo individuale o aziendale, se si tratta di più capi

CARICO n° capi: registrare il numero di capi nati o acquistati.

Provenienza: indicare la provenienza o origine. Se si tratta di suinetti nati in azienda, specificare il numero di scofe che hanno partorito; se l'origine è esterna, indicare codice aziendale dell'azienda di provenienza.

SCARICO n° capi: registrare il numero di capi venduti o morti in azienda (obbligo di segnalazione al veterinario ufficiale).

Destinazione: indicare la destinazione (codice aziendale o denominazione dell'azienda di destinazione); annotare "morti in azienda" quando ricorre il caso

Mod. 4: riportare gli estremi del Mod 4 (n. e data)

Consistenza: riportare le consistenze nelle colonne relative alla categoria corrispondente.

N.B. Si intendono come riproduttori gli adulti da riproduzione, le scrofette gravide o dopo il primo parto, i verri da rimonta dopo la pubertà; tutti gli altri capi al di sopra dei 15 kg sono da considerarsi da ingrasso.

Controllo = firma, data e timbro del Veterinario ASL



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

Allegato n. 7: SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI – Piani di eradicazione Psa-Psc-Mvs-Auj.

ASL N. \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_
Codice Allevamento \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_
Proprietario \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_
N. complessivo capi presenti \_\_\_\_\_ N. riproduttori \_\_\_\_\_
Azienda accreditata per: PSA [ ] PSC [ ] MVS [ ] Mal. di Aujeszky [ ]

Richiesta analisi e motivo del prelievo (barrare con una croce le voci interessate nella colonna a sx):

Table with 4 columns: PSA, PSC, MVS, M. di Aujeszky. Rows include accreditation levels, annual control, suspicion of disease, protection zones, movement, previous positivity, sampling, sentinel pigs, and slaughter methods.

Identificativo campioni: in caso di prelievi per più malattie, cerchiare il progressivo dei capi da testare per MVS

Table with 6 columns: Identif. suini, Categoria, Identif. suini, Categoria, Identif. suini, Categoria. Rows numbered 1 to 20 for sample identification.

Table for sample types: Tipo di campione, Siero N., Sangue N., Milza N., Tonsille N., Rene N., Linfonodi N., Feci N., Epitelio N., Altro ( ) N.

Data: \_\_\_\_\_

Veterinario operatore (Timbro e firma)



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

Allegato n. 8: MODELLO DI DENUNCIA DI SOSPETTO O DI CONFERMA DI PESTE SUINA

<b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b>		
<b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>		
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____		
Data ___/___/___ Protocollo n. _____		
<b>All' Ministero della Salute</b> Direzione Generale Sanità Animale e Farmaco Veterinario – Uff. VIII - ROMA  <b>FAX 06-59946185</b>	<b>All' Assessorato Igiene e Sanità</b> Servizio Prevenzione CAGLIARI  <b>FAX 070-6065280</b>	<b>All'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale</b> CAGLIARI  <b>FAX 070-6848246</b>

OGGETTO: segnalazione di malattia infettiva trasmissibile

Comunicazione del sospetto

Ai sensi dell'art. 3 dell'O.M. 6 ottobre 1984, si comunica il **sospetto** di **Peste Suina** riscontrato in data \_\_\_\_\_ nell'allevamento della specie \_\_\_\_\_ di proprietà del sig. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ codice aziendale \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_ ubicazione dell'azienda: **LAT.** \_\_\_\_\_ **LONG.** \_\_\_\_\_ **ALT.** \_\_\_\_\_

MISURE DI LOTTA APPLICATE:

ordinanza di sequestro cautelativo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 ordinanza di sequestro e abbattimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 DATA ABBATTIMENTO/DISTRUZIONE (anche prevista) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SOSPETTO IN: ALLEVAMENTO  \* Ubicazione azienda di origine come sopra descritto  
 MACELLO  \* Ubicazione azienda di origine come sopra descritto  
 MEZZO DI TRASPORTO   
 SELVATICO

Motivo del sospetto: Sieropositività  Sintomi clinici  Correlazione epidemiologica

1) CATEGORIA	2) N° suini totali	Di cui:		5) N° suini abbattuti
		3) N. malati	4) N. morti	
Riproduttori				
Ingrasso				
Lattonzoli				
<b>TOTALE</b>				

Distanza dall'azienda più vicina: \_\_\_\_\_

Allevamento sito in zona di protezione  - sorveglianza  - epidemiologicamente correlato  - relativamente al focolaio: \_\_\_\_\_ codice az. \_\_\_\_\_ \*\*

\*\*N.B. nei focolai secondari, compilare obbligatoriamente indicando la correlazione (nome e codice)

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\*\*\*\*\*

Comunicazione della conferma  o esclusione

METODO/I UTILIZZATO/I PER LA CONFERMA: \_\_\_\_\_  
 rapporto di prova n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  positivo  negativo per  PSC  PSA  
 Data \_\_\_\_\_ Protocollo n. \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

Allegato n. 9: PRESCRIZIONI SANITARIE ALL'ALLEVATORE IN CASO DI SEQUESTRO CAUTELATIVO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° \_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

SERVIZI VETERINARI – SANITÀ ANIMALE

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

OGGETTO: sequestro allevamento suino cod. aziendale \_\_\_\_\_

Visto il sospetto avanzato da questo Servizio Veterinario di Peste Suina Classica/Peste Suina Africana nell'allevamento in oggetto

Vista la normativa vigente

Al fine di limitare la diffusione della malattia e tutelare gli allevamenti suini presenti sul territorio in attesa di ulteriori provvedimenti della autorità competente si pone sotto vincolo sanitario l'allevamento del Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_] sito in località \_\_\_\_\_ in agro del Comune di \_\_\_\_\_

S'impartiscono al Sig. \_\_\_\_\_ le seguenti disposizioni sanitarie:

**Divieto** di spostare dall'azienda gli animali censiti e animali di altra specie senza autorizzazione del veterinario ufficiale;

**Divieto** di introdurre in azienda animali di tutte le specie recettive da altri allevamenti;

**Divieto** di spostamento per macellazione degli animali recettivi presenti in azienda senza il previsto Modello 4 (foglio rosa) vidimato dal Veterinario;

**Divieto** di trasportare fuori dall'azienda foraggi, attrezzi, letame ed altre materie ed oggetti, atti alla propagazione della malattia;

**Divieto** di contatto del personale di custodia con animali dei luoghi vicini;

**Impedire** l'accesso in azienda alle persone estranee;

**Tenere** chiusi i ricoveri e spargere largamente sulla soglia e per un tratto dell'esterno sostanze disinfestanti;

**Obbligo** di segnalazione immediata al Veterinario Ufficiale di qualunque caso anche sospetto di malattia e di eventuali decessi che dovessero verificarsi negli animali recettivi del proprio allevamento;

**Isolamento** degli animali malati e sospetti dai sani e custodia da parte dei detentori degli animali morti in attesa degli ulteriori provvedimenti.

Le inosservanze alle presenti disposizioni verranno perseguite a norma di legge.

\_\_\_\_\_, li \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

IL VETERINARIO UFFICIALE

\_\_\_\_\_

NOTIFICA DELLE DISPOSIZIONI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto dal Dr. \_\_\_\_\_ le disposizioni di cui sopra e di essere stato informato sulle responsabilità penali nel caso della mancata osservanza delle stesse.

Firma \_\_\_\_\_



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 10: SEGNALAZIONE DI FOCOLAIO DI PSC/PSA AL SINDACO**

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° \_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**  
**SERVIZI VETERINARI – SANITÀ ANIMALE**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI  
\_\_\_\_\_

**Oggetto:** Peste Suina Classica/Peste Suina Africana. Segnalazione di insorgenza focolaio e trasmissione schema Ordinanza sindacale di sequestro.

Dagli accertamenti effettuati da questo Servizio è stato rilevato un focolaio di Peste Suina Classica/Peste Suina Africana presso l'allevamento di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Titolare dell'Azienda sita in agro di codesto Comune in località \_\_\_\_\_

Codice aziendale n° \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Pertanto detto allevamento, in base alla normativa vigente, deve essere sottoposto a sequestro e devono essere adottate le misure previste dall' art. 10 del R.P.V. del 8 febbraio 1954 n° 320, dai Decreti Legislativi 24 febbraio 2004 n. 54 e 55 e dal Decreto/ordinanza Regionale \_\_\_\_\_.

Si trasmette a tal fine uno schema di Ordinanza Sindacale che Ella avrà cura di adottare e notificare all'allevatore.

Copia dell'Ordinanza dovrà essere trasmessa a questo Ufficio.

\_\_\_\_\_ li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

IL VETERINARIO UFFICIALE



**Regione Autonoma della Sardegna**

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 11: SCHEMA DI ORDINANZA SINDACALE DI SEQUESTRO CAUTELATIVO**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**ORDINANZA N. \_\_\_\_\_**

**DEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**IL SINDACO**

VISTA la segnalazione del Servizio Veterinario dell'Azienda USL n. \_\_\_ di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_ con la quale viene segnalato che nell'allevamento sito in località \_\_\_\_\_ agro del Comune di \_\_\_\_\_ con codice aziendale \_ \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ è stato formulato un sospetto /confermato un focolaio di PSC/PSA in capi suini.

**VISTO** il Testo Unico delle Leggi Sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934 n.1265

**VISTO** il regolamento di Polizia Veterinaria approvato con D.P.R. n.320 del 8.02. 1954;

**VISTA** la Legge 23 Gennaio 1968 n. 34,.

**VISTA** la Legge 23 Dicembre 1978 n. 833;

**VISTA** la Legge 2 Giugno 1988:,n. 218;

**VISTO** il D.M. 20 Luglio 1989 n.298 ;

**VISTA** la Legge 8 Giugno 1990 n. 142;

**VISTO** il Regolamento (CE) n.1774/2002 del 3 Ottobre 2002 Art. 1 comma 3;

**VISTA** la Legge 9 Marzo 1989 n. 86;

**VISTA** la Legge 22 Febbraio 1994 n. 146;

**VISTO** il Decreto 502/92 e successive modificazioni;

**VISTO** il D.L.vo 31 Marzo 1998 n. 112;

**VISTO** il D.L. vo 1 Settembre 1998 n. 333

**VISTO** il D.L.vo 22 Maggio 1999 n. 196;

**VISTA** l'Ordinanza Ministeriale 1 Maggio 2001 e i relativi allegati;

**VISTO** il Regolamento CE n. 999/2001 del 22 maggio e successive modificazioni;

**VISTO** il Regolamento CE n. 1774/2002 del 3 ottobre 2002 e successive modificazioni;

**VISTA** la Decisione 2003/218/CE del 27Marzo 2003;

**VISTO** il D.Lgs. 20 febbraio 2004 n. 54/il D.Lgs. 20 febbraio 2004 n. 55

**RITENUTO** necessario adottare i provvedimenti atti ad impedire la diffusione della epidemia;

**Segue Allegato n. 11: SCHEMA DI ORDINANZA SINDACALE DI SEQUESTRO CAUTELATIVO**

**ORDINA**

Al Sig. \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ titolare dell'allevamento sopra identificato, con decorrenza immediata, a partire dalla data di notifica della presente, lo scrupoloso rispetto di quanto di seguito specificato:

1. Il sequestro dell'allevamento;
2. il divieto di movimento, di animali in provenienza dall'azienda ed a destinazione della stessa, salvo nel caso di immediata macellazione verso impianti situati all'interno della zona di protezione;
3. l'abbattimento degli animali che il veterinario ufficiale ritiene necessario per prevenire il propagarsi dell'epidemia;
4. la distruzione per incenerimento o sotterramento secondo quanto impartito in conformità alle disposizioni vigenti delle carcasse degli animali morti e di quelli abbattuti nell'azienda;
5. La massima collaborazione con il servizio veterinario per:
  - l'effettuazione dell'indagine epidemiologica



**Regione Autonoma della Sardegna**

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

- Il censimento ufficiale degli animali, con indicazione per ciascuna specie, del numero di animali già morti, infetti o suscettibili di esserlo.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di rispettare e far rispettare la presente Ordinanza;

I Vigili Urbani, gli Agenti di Forza Pubblica, il Servizio Veterinario ed il Servizio di Igiene Pubblica ciascuno nell'ambito delle proprie competenze sono incaricati dell'esecuzione della presente Ordinanza.

IL SINDACO

---

Copia della presente ordinanza è notificata al detentore degli animali.

Inoltre è inviata a (barrare le voci che interessano): (1) Prefettura di \_\_\_\_\_, (2) Comando Polizia Municipale di \_\_\_\_\_, (3) Comando Stazione Carabinieri del Comune di \_\_\_\_\_, (4) Comando Carabinieri NAS \_\_\_\_\_, (5) Comando Polizia stradale \_\_\_\_\_, (6) Comando Guardie Forestali Regionali \_\_\_\_\_, (7) Tutti i Sindaci dei comuni confinanti \_\_\_\_\_, (8) Distretto Veterinario a cui appartiene il comune di \_\_\_\_\_, (9) Servizio Veterinario della A.USL \_\_\_\_\_, (10) Servizi Veterinari delle A.USL della Regione \_\_\_\_\_, (11) Servizio Veterinario regionale \_\_\_\_\_.



**Regione Autonoma della Sardegna**

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 12: SCHEMA DI ORDINANZA DI ABBATTIMENTO E DISTRUZIONE**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**PROVINCIA DI \_\_\_\_\_**

**ORDINANZA DI POLIZIA VETERINARIA N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**IL SINDACO**

**VISTA** la relazione del Servizio Veterinario di Sanità animale della AUSL di \_\_\_\_\_ dalla quale risulta che presso l'allevamento della specie \_\_\_\_\_ appartenente a \_\_\_\_\_, Codice aziendale n° \_\_\_\_\_, sito in località \_\_\_\_\_ di questo comune è stato riscontrato un sospetto/focolaio di PSC/PSA;

**VISTO** il Testo Unico delle Leggi Sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934 n. 1265;

**VISTO** il regolamento di Polizia Veterinaria approvato con D.P.R. n. 320 del 8.02. 1954;

**VISTA** la Legge 23 Dicembre 19'78 n. 833;

**VISTA** la Legge 2 Giugno 1988:,n. 218;

**VISTO** il D.M. 20 Luglio 1989 n. 298;

**VISTA** la Legge 8 Giugno 1990 n. 142;

**VISTO** il Regolamento (CE) n.1774/2002 del 3 Ottobre 2002 e successive modificazioni;

**VISTO** il Decreto 502/92 e successive modificazioni;

**VISTO** il D. Lgs. 31 Marzo 1998 n. 112;

**VISTO** il D. Lgs. 1 Settembre 1998 n. 333;

**VISTO** il D. Lgs. 22 Maggio 1999 n. 196;

**VISTO** il D. Lgs. 20 febbraio 2004 n. 54/il D. Lgs. 20 febbraio 2004 n. 55

**CONSIDERATO** che i detti capi sono stati identificati come segue:

CATEGORIA	N.
SCROFE	
VERRI	
SCROFETTE	
LATTONZOLI	
INGRASSO	
<b>TOTALI</b>	

**ORDINA**

1. L'intero effettivo dell'azienda, sito in località \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ valutato dal Veterinario Ufficiale in \_\_\_\_\_ capi di bestiame DEVE ESSERE ABBATTUTO sul posto sotto controllo del Veterinario Ufficiale, nel più breve tempo possibile ed in modo atto ad evitare ogni rischio di diffusione dell'agente patogeno;
2. Gli animali abbattuti DEVONO ESSERE DISTRUTTI sotto controllo del Veterinario Ufficiale in modo tale da impedire la diffusione dell'agente patogeno e da garantirne la distruzione;
3. Il Veterinario Ufficiale deve preventivamente effettuare l'individuazione per specie e categoria (comprensiva di peso vivo e/o età) degli animali da abbattere eventualmente alla presenza di un rappresentante dell'Associazione Provinciale Allevatori;
4. l'eventuale distruzione di materiali e/o prodotti potenzialmente contaminati e non disinfettabili;
5. Il trasporto degli animali abbattuti deve essere effettuato mediante idonei automezzi a perfetta tenuta ed opportunamente disinfettati.
6. Dopo l'eliminazione degli animali i ricoveri, i veicoli utilizzati per il loro trasporto e tutto il materiale potenzialmente contaminato devono essere puliti, lavati e sottoposti ad idoneo trattamento di disinfezione nei tempi e nei modi stabiliti dal Veterinario Ufficiale;

Il Servizio Veterinario e gli Agenti della Forza Pubblica sono incaricati dell'esecuzione della presente ordinanza.

Il Sindaco

\_\_\_\_\_



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

Allegato n. 13: VERBALE DI STIMA ANALITICA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA USL N. \_\_\_\_\_ - DISTRETTO DI \_\_\_\_\_

Verbale di stima analitica dei capi abbattuti per peste suina \_\_\_\_\_

Si dichiara che, in esecuzione della Legge n.34/68 e dell'Ordinanza Sindacale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, nel Comune di \_\_\_\_\_ sono stati abbattuti n. \_\_\_\_\_ e distrutti n. \_\_\_\_\_ suini di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.

I suini, di razza \_\_\_\_\_, sono stati analiticamente stimati come segue:

A) SUINI DA MACELLO

Table with 5 columns: N. CAPI, KG. PER CAPO, TOTALE KG., IMPORTO PER KG., INDENNIZZO

TOTALE INDENNIZZO A): € \_\_\_\_\_

B) SUINI DA VITA

Table with 6 columns: N. CAPI, CATEGORIA, ISCRIZIONE L.G./IBRIDO/COMUNE/, QUALIFICA VUOTE/GRAVIDE/, PREZZO PER CAPO, INDENNIZZO

TOTALE INDENNIZZO B): € \_\_\_\_\_

TOTALE INDENNIZZO A) + B): € \_\_\_\_\_

Nota: Ordinanza di abbattimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data abbattimento: \_\_\_\_\_

Bollettino ISMEA: settimana dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'interessato ha rispettato, durante l'abbattimento e la distruzione degli animali, le norme di polizia veterinaria.

OSSERVAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

- Dr. \_\_\_\_\_ (responsabile dell'U.D.C. locale)
Dr. \_\_\_\_\_ (membro dell'U.D.C. locale)\*
Dr. \_\_\_\_\_ (membro dell'U.D.C. locale)\*
Sig. \_\_\_\_\_ (rappresentante delle associazioni di categoria) \*

\* L'allevatore può avvalersi della consulenza di un rappresentante l'associazione di categoria



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 9 del 16.05.2007

Allegati

**Allegato n. 14: VERBALE DI DISINFEZIONE**

<b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b> <b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato della vigilanza sul servizio di disinfezione ai sensi dell'Art. 63 del D.P.R. 320/1954

**DICHIARA**

Che, in occasione del focolaio di peste suina \_\_\_\_\_ verificatosi in data \_\_\_\_\_ nell'allevamento del Sig. \_\_\_\_\_ in località \_\_\_\_\_, codice aziendale \_\_\_\_\_, comune di \_\_\_\_\_, le disinfezioni sono state eseguite regolarmente in data \_\_\_\_\_ con i seguenti prodotti:

- Locali e attrezzature: \_\_\_\_\_
- Automezzi e mezzi agricoli: \_\_\_\_\_
- Lettiera e liquami \_\_\_\_\_
- Animali abbattuti, fossa d'interramento \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_



**Allegato n. 15: DISINFETTANTI EFFICACI**

**PESTE SUINA AFRICANA**

**IDROSSIDO DI SODIO 2%**

Aspersione animali abbattuti, locali e trattamento deiezioni

**COMPLESSO POTASSIO PEROSSIDOMONOSOLFATO + ACIDO MALICO + ACIDO SULFAMIDICO + DODECILBENZENSULFONATO + SODIOESAMETAFOFATO 1%**

Irrorazione strutture interne e nebulizzazione ambienti

**CARBONATO DI SODIO 40% (pH 11,6 , 95°C)**

Irrorazione strutture interne ed esterne, oggetti ed utensili

**ORTOFENILFENOLO 1%**

**FORMALINA 6-10%**

Trattamento utensili

**IODIO E DERIVATI**

**LYSOL 5%**

Automezzi , divise dal lavoro , utensili

**PESTE SUINA CLASSICA.**

**DIALDEIDE GLUTARICA + BENZALCONIO CLORURO 1%**

Irrorazione strutture interne ed esterne, oggetti ed utensili

**COMPLESSO POTASSIO PEROSSIDOMONOSOLFATO + ACIDO MALICO + ACIDO SULFAMIDICO + DODECILBENZENSULFONATO + SODIOESAMETAFOFATO 1%**

Irrorazione strutture interne e nebulizzazione ambienti

**SALI QUATERNARI D'AMMONIO 5%**

Irrorazione strutture interne ed esterne, oggetti ed utensili

**IDROSSIDO DI SODIO 2%**

(soda caustica)

Aspersione pavimenti

**IDRATO DI CALCIO 3%**

(Latte di calce)

Aspersione pavimenti

**CRESOLO 6%**

Aspersione pavimenti



Decreto n. .... / .....

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 16: REGISTRO DI VIGILANZA NEGLI STABILIMENTI**

**STABILIMENTO .....**

**Sede..... N. autorizzazione CE...**

**Azienda ASL n. ....**

DATA	VETERINARIO UFFICIALE	CONTROLLI EFFETTUATI		FIRMA
		<input type="checkbox"/> materie prime <input type="checkbox"/> ciclo lavorazione <input type="checkbox"/> igiene locali <input type="checkbox"/> igiene attrezzature / personale <input type="checkbox"/> igiene locali deposito <input type="checkbox"/> prodotti stagionatura /stoccaggio <input type="checkbox"/> etichettatura / bollatura prodotti	<input type="checkbox"/> documentazione carico / scarico <input type="checkbox"/> documentazione HACCP <input type="checkbox"/> controllo T° <input type="checkbox"/> rilascio certificazione sanitaria <input type="checkbox"/> prelievo campioni <input type="checkbox"/> altro (specificare)	
<b>NOTE :</b>				
DATA	VETERINARIO UFFICIALE	CONTROLLI EFFETTUATI		FIRMA
		<input type="checkbox"/> materie prime <input type="checkbox"/> ciclo lavorazione <input type="checkbox"/> igiene locali <input type="checkbox"/> igiene attrezzature / personale <input type="checkbox"/> igiene locali deposito <input type="checkbox"/> prodotti stagionatura /stoccaggio <input type="checkbox"/> etichettatura / bollatura prodotti	<input type="checkbox"/> documentazione carico / scarico <input type="checkbox"/> documentazione HACCP <input type="checkbox"/> controllo T° <input type="checkbox"/> rilascio certificazione sanitaria <input type="checkbox"/> prelievo campioni <input type="checkbox"/> altro (specificare)	
<b>NOTE :</b>				



**Allegato n. 17: REGISTRO DI CARICO-SCARICO NEI SALUMIFICI**

**STABILIMENTO .....**

**Sede..... N. autorizzazione CE...**

**Azienda ASL n. ....**

<b><u>CARICO MATERIA PRIMA / PRODOTTI</u></b>					
<b>DATA</b>	<b>KG MATERIA PRIMA</b>	<b>FORNITORE</b>	<b>DDT</b>	<b>PRODOTTO OTTENUTO</b>	<b>N° LOTTO</b>

**STABILIMENTO .....**

**Sede..... N. autorizzazione CE...**

**Azienda ASL n. ....**

<b><u>SCARICO PRODOTTI</u></b>			
<b>LOTTO N. .... / TIPOLOGIA PRODOTTO .....</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESTINATARI</b>	<b>KG</b>	<b>PRODOTTI ELIMINATI</b>





Decreto n. .... / .....

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 19: CERTIFICATO PER INVIO AL MATTATOIO DI SUINI IDONEI ALLA COMMERCIALIZZAZIONE EXTRAREGIONALE**

**CERTIFICATO SANITARIO**

**per suini destinati alla macellazione e rispondenti ai requisiti previsti dalla Decisione 2005/363 CE e successive modifiche**

Il sottoscritto veterinario ufficiale .....

Azienda U.S.L. n..... di .....

**ATTESTA**

che la partita di suini destinata al macello....., sito nel territorio della Azienda U.S.L. n..... di..... è composta da n ..... suini così ripartiti:

<b>Categoria</b>	<b>Numero animali</b>	<b>Contrassegno di identificazione</b>
Lattonzoli		
Magroni		
Grassi		
Scrofe		
Verri castrati		
Altra categoria (specificare)		

provengono dall'allevamento .....identificato con il codice aziendale

IT..... sito nel comune di .....

località ..... ASL n. .... di.....

**Gli animali sono trasportati con mezzo autorizzato e sigillato, numero di targa \_\_\_\_\_, e rispondono ai requisiti previsti dall'Allegato II, parte B della Decisione 2005/363 CE e successive modifiche, nonché alle disposizioni Regionali in materia di profilassi e lotta contro la peste suina africana in Sardegna.**

**Timbro A.S.L**

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Veterinario Ufficiale (leggibile)**

.....



Decreto n. .... / .....

Allegati

## Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n. 20

## SCHEMA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PRELIMINARE PSA/PSC

## 1. ANAGRAFE

ASL		Distretto		Comune	
Proprietario:				Cod. az.:	
Località		Lat		Long	

## 2. TIPOLOGIA DELL'AZIENDA (marcare con una "X" le voci che interessano)

specie allevate: suino  cinghiale 

Tipologia di Struttura	Indirizzo produttivo prevalente	Modalità di allevamento
allevamento	riproduzione ciclo chiuso	brado
centro raccolta	riproduzione ciclo aperto	semibrado
stalla di sosta	ingrasso	stabilito
stalla annessa a un macello	produzione da autoconsumo	

## 3. CENSIMENTO PER CATEGORIA DEI SUINI PRESENTI IN AZIENDA

CATEGORIA	N° suini totali	Di cui:	
		N. malati	N. morti
Verri			
Scrofe			
Scrofette			
Ingrasso 15-100 kg			
Lattonzoli			
<b>TOTALE</b>			

## Caratteristiche gestionali

Le recinzioni esterne sono integre e adeguate?		Tipologia (muratura- muro a secco-rette- doppia rete)?		Sono possibili contatti con selvatici o suini ferali?	
Sono utilizzati rifiuti di cucina nell'alimentazione?		Distanza azienda suinicola più vicina (m.)		Vi sono rapporti con altri allevamenti (indicare cod. az.)?	
L'allevatore ha parenti che allevano suini?		In quale Comune o in quali Comuni?		Cod. aziendali o nominativi	
L'allevatore fa parte di una compagnia di caccia grossa?			Se si, dove?		

## Anamnesi

Ultimo controllo ufficiale in allevamento (data)		Con prelievi sierologici (SI/NO)		Positività rilevate per PSA/PSC (N.)	
Consistenza precedente riproduttori (N.)		precedenti episodi di sieropositività o focolaio PSA/PSC (si/no)		Se si, in che anni	

La sintomatologia riferibile a PSA/PSC è stata rilevata:

in seguito a chiamata dell'allevatore		nell'ambito di controlli ufficiali routinari (piano, vigilanza 317/96)	
dal veterinario aziendale		nell'ambito delle visite cliniche previste in zp/ zs	
In che data è comparsa la sintomatologia?		In che data sono morti i primi capi?	
A quando si può far risalire la possibile introduzione della malattia in azienda?		Da allora, ci sono altre aziende che hanno avuto contatti a rischio con quella in oggetto? (indicare i codici)	
E' possibile ipotizzare l'origine del contagio? Se si, precisare			

Data

Timbro e firma del veterinario ufficiale



**Allegato n. 20/BIS: SCHEMA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEFINITIVA**

**SCHEDA  
DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA  
PER PESTI SUINE**

sospetto n.: ..... data .....

□ □ □ □ □ □ □ □

codice allevamento

conferma n.: ..... data .....



L'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA VIENE SVOLTA IN SEGUITO A:

- Sieropositività
- Isolamento virale
- Sospetto clinico / anatomico patologico
- Rilievo al macello
- Collegamento altro focolaio  (specificare quale) .....

**1. ANAGRAFE DELL'AZIENDA**

- 1.1 Codice aziendale:
- 1.2 Denominazione dell'azienda: .....
- 1.3 Proprietario: .....
- 1.4 Detentore (se diverso dal proprietario): .....
- 1.5 Indirizzo dell'azienda: .....  
Comune: ..... Provincia: .....
- 1.6 ASL: ..... Distretto: .....  
Veterinario dirigente: .....  
Veterinario che ha eseguito l'indagine: .....  
Telefono (fisso): ..... (mobile): .....

**2. TIPOLOGIA DELL'AZIENDA**

- 2.1 VARIETÀ DI SPECIE ALLEVATE: suino  cinghiale
- 2.2 Tipologia di Struttura
  - allevamento
  - centro raccolta
  - stalla di sosta
  - stalla di sosta annessa a un macello
- 2.3 Indirizzo produttivo prevalente
  - riproduzione ciclo chiuso
  - riproduzione ciclo aperto
  - ingrasso
  - magronaggio
  - produzione da autoconsumo
- 2.4 Modalità di allevamento
  - brado
  - semibrado
  - stabulato



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n. .... / ..... Allegati

### 3. CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI PRESENTI IN AZIENDA

struttura *	Categorie						
	Scrofe	Verri	Scrofette	Suinetti sotto scrofa	Lattoni (< 40 kg)	Magroni (40-90 kg)	Grassi (> 90kg)

\*Per struttura si intende l'edificio in cui sono ricoverati ed allevati i suini. la struttura può essere identificata con numeri progressivi, lettere o specificata per esteso (es. sala parto, settore gestazione, magronaggio, ingrasso, etc.) e deve corrispondere a quanto descritto nella planimetria dell'azienda

\*\*Specificare tra parentesi accanto al numero di capi presente nella struttura il numero dei capi risultati sieropositivi e/o con sintomatologia/lesioni

N.B. per ogni varietà di specie vanno trascritte in modo distinto le categorie presenti.

### 4. ALTRE SPECIE ANIMALI:

Specie:	N° capi:
Specie:	N° capi:
Specie:	N° capi:



Decreto n. .... / .....

Allegati

### Regione Autonoma della Sardegna

#### 5. INFORMAZIONI INERENTI LA CONDUZIONE AZIENDALE

##### 5.1 GLI ANIMALI SOGGIORNANO:

Al chiuso

All'aperto

Tipo di edifici: .....  
.....  
.....

I paddocks sono recintati? [SI] [NO]

5.2 L'azienda è dotata di barriere che impediscono l'accesso ai non autorizzati?  
(cancelli, muri di cinta, etc.)

[SI] [NO]

5.3 Esiste un macello annesso all'azienda?

[SI] [NO]

5.4 Il carico/scarico animali avviene:

fuori dell'azienda

all'interno dell'azienda

all'entrata del capannone

in una piazzola di carico

5.5 Si effettua la quarantena per animali di nuova introduzione?

[SI] [NO]

5.6 Esiste una zona in azienda destinata alla disinfezione degli automezzi?

[SI] [NO]

5.7 Tutto pieno-tutto vuoto (stalle di sosta, ingrasso e magronaggio)

[SI] [NO]

5.8 Presenza di apparecchiature a pressione (pulivapor)

[SI] [NO]

5.9 Presenza di materiale monouso (copriabiti, tute, calzari, etc.)

[SI] [NO]

5.10 Presenza di disinfettanti

[SI] [NO]

specificare quali .....

5.11 Sono possibili contatti con animali selvatici?

[SI] [NO]

specificare quali .....

5.12 È stata segnalata o rinvenuta la presenza di zecche (*O. erraticus*)?

[SI] [NO]

5.13 Dove sono ricoverate le scrofe da riforma?

Separate nel settore riproduzione

Mescolate con i grassi

Altro

(Specificare): .....

5.14 Il ritiro degli scarti avviene:

fuori dell'azienda

all'interno dell'azienda

all'entrata del capannone

in una piazzola di carico

5.15 Il ritiro di carcasse avviene:

fuori dell'azienda

all'interno dell'azienda

all'entrata del capannone

in una piazzola di carico

5.16 Luogo di raccolta delle deiezioni:

Vascone di stoccaggio

Fertirrigazione in campi di proprietà

Fertirrigazione in campi convenzionati



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n. .... / ..... Allegati

**Altro**   
 (specificare): .....

5.17 Modalità di smaltimento dei rifiuti alimentari .....

5.18 L'azienda dispone di mezzi propri per il trasporto di animali? [SI] [NO]

Se SI, specificare il tipo di autoveicolo e la targa: .....

.....

5.19 Il proprietario e/o i familiari e/o i dipendenti hanno rapporti funzionali e/o di parentela con altri allevamenti?

Nome Cognome	funzione	Contatti con altre aziende recettive		Azienda correlata		ASL
		si	no	codice	Indirizzo / proprietario	

5.20 Allevamenti suinicoli entro il raggio di 1Km

Denominazione	Codice	Indirizzo/ proprietario	ASL

6. MOVIMENTAZIONI A PARTIRE DALLA DATA DI SOSPETTO DI INTRODUZIONE DELLA MALATTIA

6.1 Persone che hanno frequentato l'azienda negli ultimi 30 giorni

Nome e qualifica	Recapito	Motivo visita	Data visita




N.B. considerare: persone che effettuano l'ecografia nelle scrofe, negozianti, visitatori, veterinari, fecondatori, squadre di disinfezione etc.

6.2 animali acquistati (negli ultimi 30 giorni)

Data	Azienda di provenienza			Numero suini	Ditta trasporto
	Nome	Codice	Indirizzo		

6.3 Animali venduti (negli ultimi 30 giorni)

Data	Azienda / macello di destinazione			Numero suini	Ditta trasporto
	Nome	Codice	Indirizzo		




6.4 Autoveicoli (movimenti negli ultimi 30 giorni)

Tipo di trasporto	Frequenza e ultima data di accesso	Ditta e suo indirizzo	Targa automezzo*
Siero di latte			
Carcasse			
Liquami			
Alimenti			
Scarti			
Derattizzazione			
Altro .....			

\* nel caso in cui automezzi diversi eseguano il trasporto di alimenti e del siero di latte, segnalare la targa dell'automezzo che ha eseguito l'ultimo trasporto

7. ANAMNESI CLINICA

7.1 Data osservazione primi sintomi: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

7.2 Nome, cognome e qualifica di chi li ha osservati : .....

7.3 Provenienza degli animali con sintomatologia e descrizione delle lesioni:

.....

.....

.....

.....

7.4 Presumibile inizio della malattia in allevamento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



7.5 Interventi vaccinali e terapeutici negli ultimi 30 gg.:

Vaccino	Data	Produttore	Operatore

Farmaco	Data	Via di somministrazione	Operatore

7.6 Esito dell'ultimo Piano nazionale o regionale di monitoraggio sierologico:

.....  
.....  
.....  
.....

8. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA EFFETTUATA AI FINI DELLA DIAGNOSI DI FOCOLAIO

materiale	Da n. capi	n. campioni	Data
Linfonodi			
Tonsilla			
Rene			
Milza			
Sangue intero			
Siero			

Data positività virologica : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sieropositività: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

9. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA EFFETTUATA IN SEDE DI ABBATTIMENTO

materiale	Da n. capi	n. campioni	Data
Linfonodi			
Tonsilla			
Rene			
Milza			
Sangue intero			
Siero			

10. RIEPILOGO ATTIVITA' DIAGNOSTICA:





---

---

---

---

---

---

---

---

Alla luce delle osservazioni effettuate l'origine dell'infezione è da attribuire al/ai seguenti fattori, e per ciascuno di essi si esprime il grado di probabilità:

Introduzione animali	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>
Contatto con selvatici e/o ferali	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>
Movimenti persone	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>
Movimenti animali domestici	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>
Movimenti mezzi	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>
Somministrazione rifiuti cucina	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>
Altro .....	basso	<input type="checkbox"/>	medio	<input type="checkbox"/>	alto	<input type="checkbox"/>

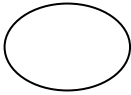



*Firma del compilatore*

-----

data -----



**Allegato n. 21: BOLLATURA SANITARIA DELLE CARNI**

<b>Tipo di macellazione</b>	<b>Forma del timbro</b>	<b>Dimensioni del bollo</b>	<b>Diciture riportate e dimensione caratteri</b>
Carni suine ottenute in mattatoi di cui all'Art. 13 dell'ex D. L.vo n. 286/94, <b>idonee</b> all'invio al di fuori del territorio regionale	<b>Ovale</b> 	cm. 6,5 x 4,5	Come indicato nell'Allegato 1, Cap. 11 dell'ex D. L.vo n. 286/94
Carni suine ottenute in mattatoi di cui all'Art. 13 dell'ex D. L.vo n. 286/94, <b>non idonee</b> all'invio al di fuori del territorio regionale	<b>Rettangolare</b> 	cm. 6,5 x 4,5 (adulti) cm. 4 x 3 (lattonzoli)	Come indicato nell'Allegato 1, Cap. 11 dell'ex D. L.vo n. 286/94
Mattatoi a capacità limitata	<b>Rettangolare</b> 	cm. 6 x 4	- ASL N. ____ - N. riconoscimento - Regione Sardegna
Macellazione familiare	<b>Rotonda</b> 	cm. 3,5	- ASL N. ____ - Macellazione familiare



Decreto n. .... / ..... Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

## Allegato n. 22: SCHEDA PER L'INVIO DI CAMPIONI PRELEVATI DA CINGHIALI

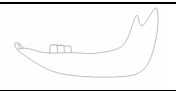
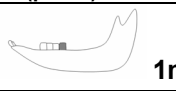
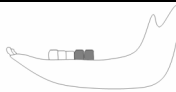
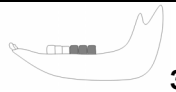
COMUNE \_\_\_\_\_ COMPAGNIA DI CACCIA \_\_\_\_\_

RESPONSABILE SIG. \_\_\_\_\_ Giornata di caccia (data): \_\_\_\_\_

LOCALITA' \_\_\_\_\_ Coordinate: \_\_\_\_\_

	N. acc. IZS	Età (mesi)*				Sesso		Tipo Campione		
		0 molari	1molare	2molari	3 molari	M <input type="checkbox"/>	_____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
1		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
3		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
4		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
5		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
6		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
7		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
8		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
8		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____
10		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	<input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	_____

\* Per la determinazione dell'età rilevare sulla mandibola il numero di molari; tali denti, che in senso antero-posteriore occupano le posizioni dal 4° al 6° posto, si distinguono per avere due file di cuspidi (punte).

	<b>0 molari (solo premolari): 0-6 mesi</b>		<b>1 molare: 6-18 mesi</b>
	<b>2 molari: 18-30 mesi</b>		<b>3 molari: oltre 30 mesi</b>

Data: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)



**Allegato n. 23: INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER SUINI SELVATICI**

STATO	ITALIA
ASL N. _____ DISTRETTO DI _____	
COMUNE	LOCALITA'
COORDINATE GEOGRAFICHE	LAT. _____ LONG. _____ ALT. _____
MISURE DI RESTRIZIONE IN ATTO	<input type="checkbox"/> ZONA INFETTA – <input type="checkbox"/> ZONA DI SORVEGLIANZA – <input type="checkbox"/> ZONA DI PROTEZIONE
VACCINAZIONI PRATICATE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
IDENTIFICAZIONE CINGHIALE*	N. ACCETTAZIONE _____ Progr. SCHEDA N. _____
DATA DELL'UCCISIONE/RITROVAMENTO	
CARASSA:	<input type="checkbox"/> 1 = UCCISO <input type="checkbox"/> 2 = TROVATO MORTO <input type="checkbox"/> 3 = TROVATO MALATO <input type="checkbox"/> 4 = INVESTIMENTO
ETA'	<input type="checkbox"/> 1 = 0-6 MESI (0 molari) <input type="checkbox"/> 2 = 6-18 MESI (1 molare) <input type="checkbox"/> 3 = 18-30 MESI (2 molari) <input type="checkbox"/> 4 = > 30 MESI (3 molari)
SESSO	<input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/> MASCHIO
ESAME VIROLOGICO	<input type="checkbox"/> 1 = negativo <input type="checkbox"/> 2 = positivo <input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile
TEST UTILIZZATO	<input type="checkbox"/> 1 = AG-ELISA <input type="checkbox"/> 2 = IF <input type="checkbox"/> 3 = Isolamento virale <input type="checkbox"/> 4 = PCR
ESAME SIEROLOGICO	<input type="checkbox"/> 1 = negativo <input type="checkbox"/> 2 = positivo <input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile
TEST UTILIZZATO	<input type="checkbox"/> 1 = ELISA <input type="checkbox"/> 2 = SIERONEUTRALIZZAZIONE
CONFERMA DI FOCOLAIO	<input type="checkbox"/> 1 = confermato <input type="checkbox"/> 2 = non confermato

\* Ogni cinghiale deve essere identificato mediante il n. di accettazione assegnato al campione dall'IZS e dal n. progressivo (da 1 a 10) che risulta nella scheda di accompagnamento inviata insieme al campione.

Data

Il Veterinario Ufficiale

---



**Allegato n. 24: SCHEMA DI REGOLAMENTAZIONE DEL PASCOLO COMUNALE**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_**

**PROT N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_**

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione per la concessione del pascolo di suini all'interno del territorio demaniale**

All' Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale  
Servizio Prevenzione

Questa Amministrazione intende concedere una parte del territorio comunale in usufrutto per l'allevamento suino, regolamentandolo come segue:

**Appezamenti di terreno**

n. \_\_\_\_ appezzamenti di circa \_\_\_\_\_ metri quadrati ciascuno, numerati e indicati nella mappa allegata.

**Recinzioni degli appezzamenti**

Muretti a secco  Rete metallica  Doppia rete metallica  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Numero massimo di suini ammesso:**

**per ogni ettaro:**  Riproduttori: \_\_\_\_\_  Ingrasso: \_\_\_\_\_  Q.li Totali: \_\_\_\_\_

**ogni 100 metri quadrati (allevamento intensivo):**  Riproduttori: \_\_\_\_\_  Ingrasso: \_\_\_\_\_

**Periodo durante il quale è concesso l'utilizzo del pascolo comunale:**

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Personale incaricato della vigilanza sul corretto utilizzo del pascolo**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

**Frequenza degli interventi di vigilanza prevista:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Il Sindaco

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Spazio riservato al Servizio Veterinario dell'Azienda USL competente

Visto, lo schema di regolamentazione proposto appare adeguato a garantire un accettabile livello di sicurezza, in considerazione del rischio sanitario esistente.

Il Veterinario Ufficiale

\_\_\_\_\_



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n. .... / ..... Allegati

**Allegato n. 25: SCHEMA DI CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'AMMISSIONE AL PASCOLO COMUNALE**

<b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b>			
<b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>			
Indirizzo _____	tel. _____	fax _____	
Cellulare _____	Email _____		

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Controlli sanitari su gruppo di suini destinato all'introduzione nel pascolo comunale**

In riferimento alla richiesta del Sig. \_\_\_\_\_, proprietario/detentore dell'allevamento suinicolo con codice aziendale \_\_\_\_\_, sito in località \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ sono stati controllati N. \_\_\_\_\_ suini, per i quali è stata fatta la richiesta stessa.

L'allevamento è in regola con le prescrizioni sanitarie contenute nel piano di eradicazione delle pesti suine, ed è stato sottoposto con esito favorevole a prelievi di sangue in data \_\_\_\_\_.

Gli animali non presentano sintomi riferibili a malattie infettive contagiose.

Per quanto sopra si esprime parere favorevole riguardo la richiesta in oggetto.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\_\_\_\_\_



**Allegato n. 26: SCHEMA DI CERTIFICATO DI DISINFEZIONE AUTOMEZZI**

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ rilasciata dall'Azienda USL N. \_\_\_ di \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI DISINFEZIONE DEI MEZZI PER IL TRASPORTO BESTIAME**

Si certifica che l'automezzo con targa \_\_\_\_\_, condotto dal Sig. \_\_\_\_\_, è stato lavato e disinfettato presso:

- L'azienda \_\_\_\_\_ cod. aziendale \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_
- Il mattatoio \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_
- Il punto di disinfezione autorizzato \_\_\_\_\_  
località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ N. di autorizzazione \_\_\_\_\_

Disinfettante utilizzato: \_\_\_\_\_  
Lotto n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il responsabile della disinfezione

\_\_\_\_\_



**Allegato n. 27: SCHEMA DI TIPOLOGIA DI CONTROLLO NEGLI AGRITURISMO**

<b>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA</b>		
AZIENDA U.S.L. N° ____ DI _____		
<b>SERVIZIO VETERINARIO</b>		
Indirizzo _____	tel. _____	fax _____

**AGRITURISMO**

Denominazione azienda :		Legale Rappresentante :		
Località / Via :		Comune :		
Coordinate geografiche: LAT. _____		LONG. _____ ALT. _____		
<b>Animali allevati :</b> <input type="checkbox"/> Bovini n. <input type="checkbox"/> Suini n. <input type="checkbox"/> Equini n. <input type="checkbox"/> Avicoli n.	<input type="checkbox"/> Ovini n. <input type="checkbox"/> Caprini n. <input type="checkbox"/> Conigli n. <input type="checkbox"/> Selvaggina n.			
	<b>Presenza macello :</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Provenienza carni foranee<sup>(2)</sup> :</b>	
	<b>Preparazione insaccati suini :</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Tipologia</b>		<b>Presenti al momento Kg</b>
<b>Carni stoccate in frigo / freezer :</b>				
<b>Tipologia</b>	<b>Kg</b>	<b>Provenienza</b>	<b>Documento commerciale</b>	

NOTE:

---



---



---



---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\_\_\_\_\_