



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n

Allegato N. 1: ZONA AD ALTO RISCHIO

Allegati

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 | SADALI | NUGHEDU DI SAN NICOLO' |
| BAUNEI | SEUI | PATTADA |
| BELVI | SEULO | |
| BITTI | SORGONO | |
| CARDEDU | TALANA | |
| DESULO | TERTENIA | |
| DORGALI | TETI | |
| ELINI | TIANA | |
| FONNI | TONARA | |
| GADONI | TORTOLI' | |
| GAIRO | TRIEI | |
| GALTELLI | ULASSAI | |
| GIRASOLE | URZULEI | |
| ILBONO | USSASSAI | |
| IRGOLI | VILLAGRANDE STRISAILI | |
| JERZU | | |
| LANUSEI | | |
| LOCERI | | |
| LOCULI | | |
| LOTZORAI | | |
| LULA | | |
| MAMOIADA | | |
| MEANA SARDO | | |
| OLIENA | | |
| ONANI' | | |
| ONIFAI | | |
| ORGOSOLO | | |

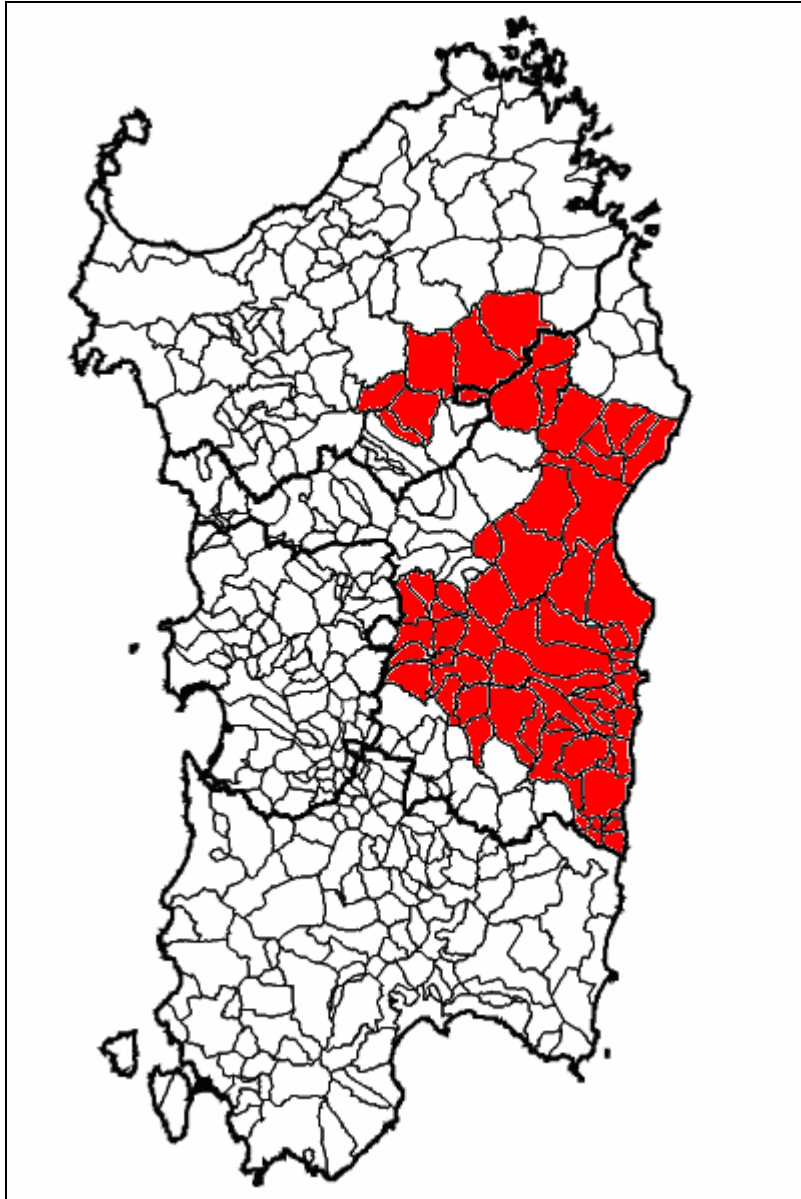


Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n

Allegati

Allegato n. 2: MAPPA DELLA ZONA AD ALTO RISCHIO





Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n

Allegati

Allegato n. 5: SCHEDA RILEVAZIONE DATI IN AZIENDA

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, N° CAPI (SUINI) - 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) 0,25 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) 0,40 mq per i suini di peso vivo compreso tra 30 e 50 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) 1,25 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: _____

Data: _____

Il Proprietario/Detentore

Il Veterinario Ufficiale



Decreto n. / Allegati
 Regione Autonoma della Sardegna

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 _____
 Id. Mattatoio (in caso di prelievi eseguiti in sede di macellazione): _____
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):

| PSA | PSC | MVS | M. di Aujeszky |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Accreditamento 1° prel. | Accreditamento 1° prel. | 1. Accreditamento 1° prel. | Accredit. 1° prel. |
| Accreditamento 2° prel. | Accreditamento 2° prel. | 2. Accreditamento 2° prel. | Accredit. 2° prel. |
| Controllo annuale | Controllo annuale | 3. Controllo annuale | Controllo annuale |
| Sospetto di malattia | Sospetto di malattia | 5. Sospetto o corr. epidem. | Sosp. di malattia |
| Zona protezione | Zona protezione | 6. Spostamento in deroga | Altro _____ |
| Zona sorveglianza | Zona sorveglianza | 7. Spostamento in entrata | |
| Movimentazione | Movimentazione | Cod. proven.za _____ | |
| Precedente positività | Precedente positività | 8. Precedente s. positività | |
| Prelievo in abbattimento | Prelievo in abbattimento | 12. Riacquisiz. Accr. 1° prel. | |
| Suini sentinella | Suini sentinella | 13. Zona protezione 1° prel. | |
| Macellazione | Macellazione | 14. Zona sorveglianza | |
| Macellazione familiare | Macellazione familiare | 15. Riacquisiz. Accr. 2° prel. | |
| Macellazione in deroga | Macellazione in deroga | 16. Zona protezione 2° prel. | |
| Decisione 2005/363 | | 17. Macellazione | |

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

| Identif. suini | Categoria | Identif. suini | Categoria | Identif. suini | Categoria |
|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| 1 | | 21 | | 41 | |
| 2 | | 22 | | 42 | |
| 3 | | 23 | | 43 | |
| 4 | | 24 | | 44 | |
| 5 | | 25 | | 45 | |
| 6 | | 26 | | 46 | |
| 7 | | 27 | | 47 | |
| 8 | | 28 | | 48 | |
| 9 | | 29 | | 49 | |
| 10 | | 30 | | 50 | |
| 11 | | 31 | | 51 | |
| 12 | | 32 | | 52 | |
| 13 | | 33 | | 53 | |
| 14 | | 34 | | 54 | |
| 15 | | 35 | | 55 | |
| 16 | | 36 | | 56 | |
| 17 | | 37 | | 57 | |
| 18 | | 38 | | 58 | |
| 19 | | 39 | | 59 | |
| 20 | | 40 | | 60 | |

| | | | |
|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|
| Tipo di campione: | Siero N. _____ | Tonsille N. _____ | Feci N. _____ |
| | Sangue N. _____ | Rene N. _____ | Epitelio N. _____ |
| | Milza N. _____ | Linfonodi N. _____ | Altro (_____) N. _____ |

Data: _____

Veterinario operatore (Timbro e firma)



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

AZIENDA 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 spostamento in entrata e in uscita dall'azienda degli animali recettivi;

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 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 disinfettanti;

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;

Distruzione mediante interrimento o incenerimento degli animali morti.

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 _____



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

COMUNE DI _____

ORDINANZA N. _____

DEL __ / __ / ____

IL SINDACO

VISTA la segnalazione del Servizio Veterinario della ASL 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 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 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;

ORDINA

- a) il censimento, a cura del veterinario ufficiale, di tutte le categorie di suini dell'azienda, precisando per ciascuna di esse il numero di suini già malati, morti o potenzialmente infetti; il censimento e' aggiornato per tener conto anche dei suini nati e morti durante il periodo di sospetta infezione; i dati di tale censimento debbono essere esibiti a richiesta e possono essere controllati ad ogni visita;
- b) tutti i suini dell'azienda devono essere trattenuti nei loro locali di stabulazione o confinati in altri luoghi che ne permettano l'isolamento;
- c) é vietata l'entrata e l'uscita di suini dall'azienda;
- d) é vietato il trasporto al di fuori dell'azienda delle carcasse di suini;



Decreto n. / Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

- e) é vietata l'uscita dall'azienda di carni e prodotti a base di carni suine, sperma, ovuli o embrioni di suini, di alimenti per animali, di utensili, di materiali o rifiuti che possono trasmettere la peste suina africana;
- f) é vietato il movimento di persone estranee in provenienza o a destinazione dell'azienda;
- g) é vietato l'ingresso di veicoli nell'azienda, salvo per immediate e inderogabili necessità funzionali dell'azienda stessa;
- h) presso le entrate e le uscite dei fabbricati di stabulazione dei suini e dell'azienda devono essere posti in atto appropriati metodi di disinfezione; chiunque entri o esca dall'azienda deve osservare opportune norme igieniche intese a ridurre il rischio di propagazione della peste suina africana; inoltre, tutti i mezzi di trasporto devono essere accuratamente disinfettati prima di lasciare l'azienda;
- i) deve essere effettuata un'indagine epidemiologica dal veterinario ufficiale.

Il proprietario, i Vigili Urbani, gli Agenti di Forza Pubblica, il Servizio Veterinario ed il Servizio di Igiene Pubblica della ASL, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, sono incaricati di rispettare e far rispettare la 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.S.L. _____, (10) Servizi Veterinari delle A.S.L. della Regione _____, (11) Servizio Veterinario regionale _____.

**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

| N. CAPI | KG. PER CAPO | TOTALE KG. | IMPORTO PER KG. | INDENNIZZO |
|---------|--------------|------------|-----------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

TOTALE INDENNIZZO A): € _____

B) SUINI DA VITA

| 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. _____ (veterinario ufficiale)

Dr. _____ (responsabile 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