



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

Allegato N. 1: ZONA AD ALTO RISCHIO

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

PROVINCIA DI NUORO		PROVINCIA DI ORISTANO	PROVINCIA DI SASSARI
ARITZO ARZANA ATZARA AUSTIS BARI SARDO BAUNEI BELVI CARDEDU DESULO DORGALI ELINI FONNI GADONI GAIRO GALTELLI GIRASOLE ILBONO IRGOLI JERZU LACONI LANUSEI LOCERI LOCULI LOTZORAI MEANA SARDO ONIFAI ORGOSOLO	OROSEI OSINI OVODDA SEUI SORGONO TALANA TERTENIA TETI TIANA TONARA TORTOLI' TRIEI ULASSAI URZULEI USSASSAI VILLAGRANDE STRISAILI VILLANOVA TULO	ALBAGIARA ALES ASSOLO ASUNI BARADILI BARESSA CURCURIS GONNOSCODINA GONNOSNO' GONNOSTRAMATZA MASULLAS MOGORELLA MOGORO MORGONGIORI NURECI PAU POMPU RUINAS SENIS SIMALA SINI SIRIS USELLUS VILLA SANT'ANTONIO VILLA VERDE	ALA' DEI SARDI ANELA BONO BOTTIDDA BUDDUSO' BULTEI BURGOS ESPORLATU ILLORAI NUGHEDU DI SAN NICOLO' PATTADA



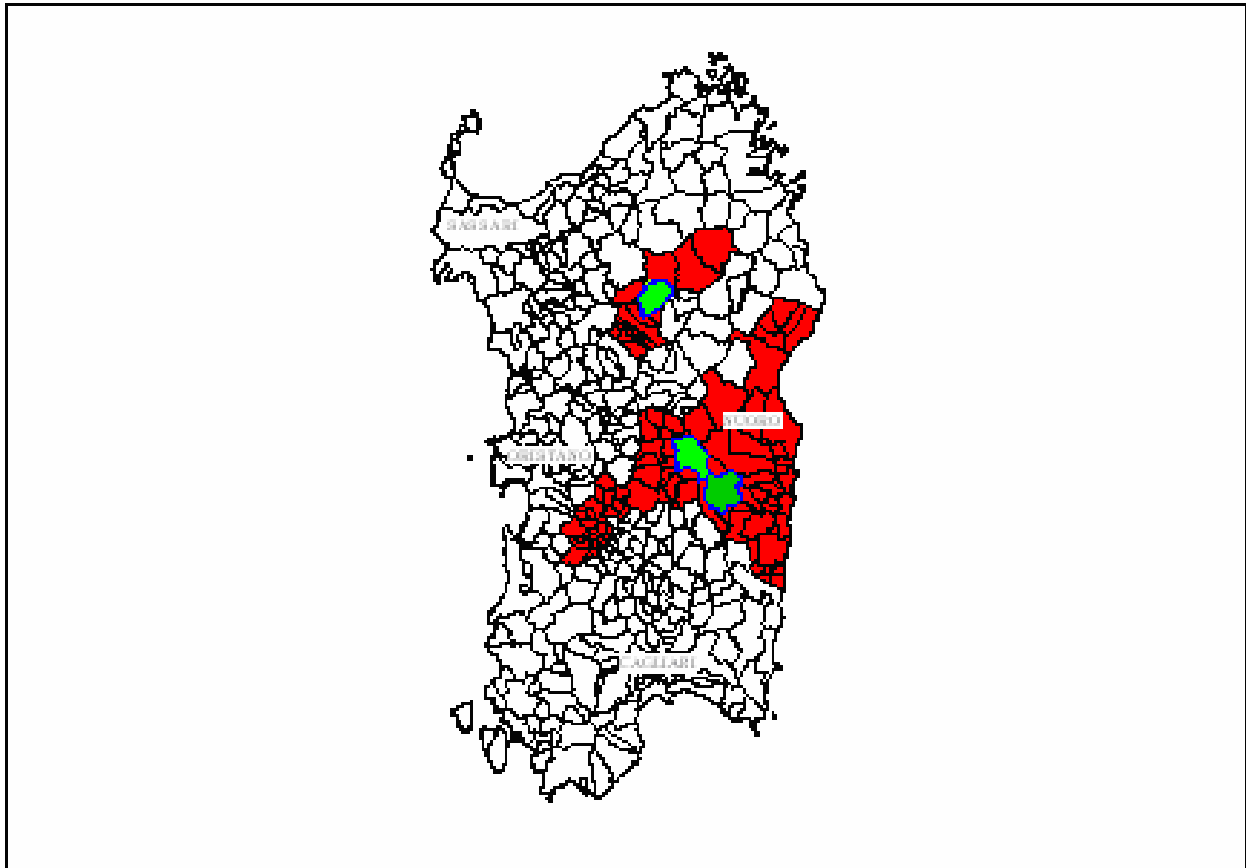
Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n. 2: MAPPA DELLA ZONA AD ALTO RISCHIO

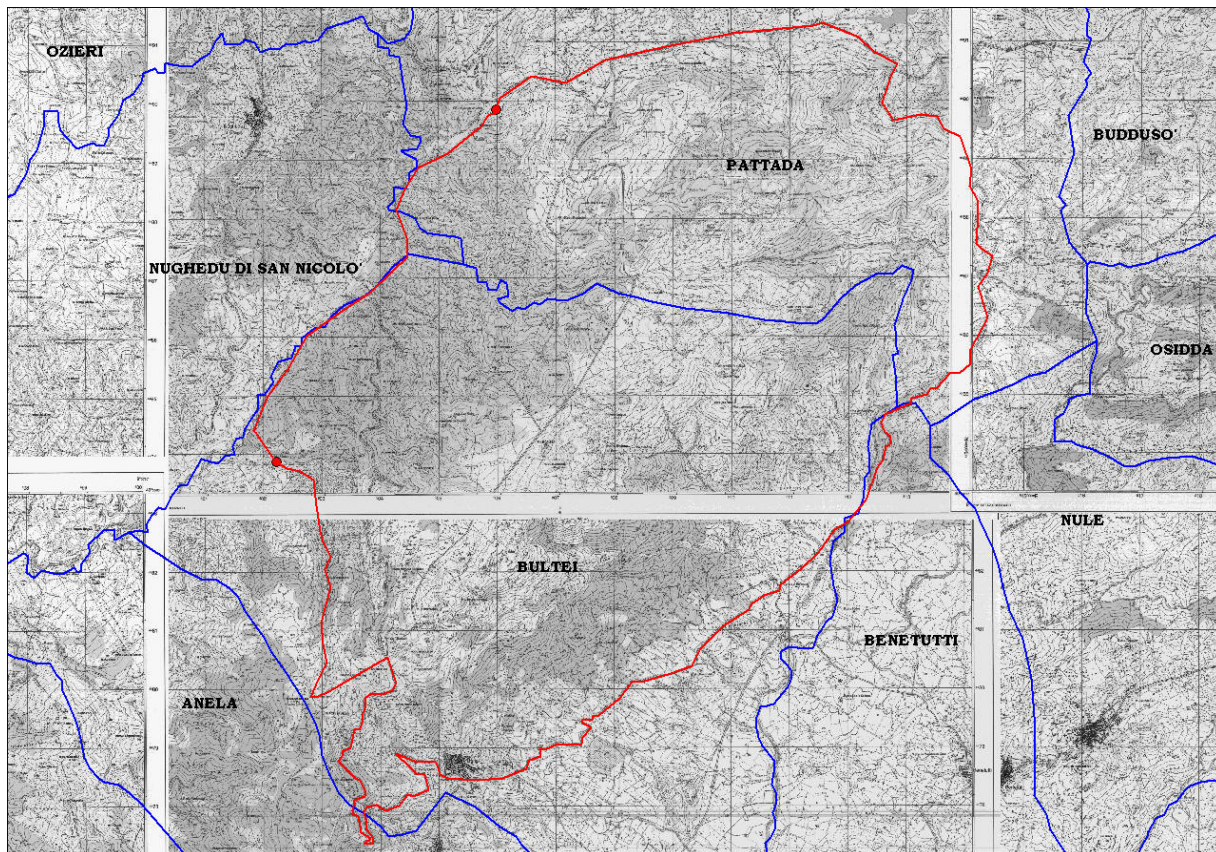
Attuale delimitazione della zona ad alto rischio (80 territori comunali); in verde le zone infette nel selvatico.





Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n.3: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE

**Delimitazione Zona Infetta Selvatico Bultei:**

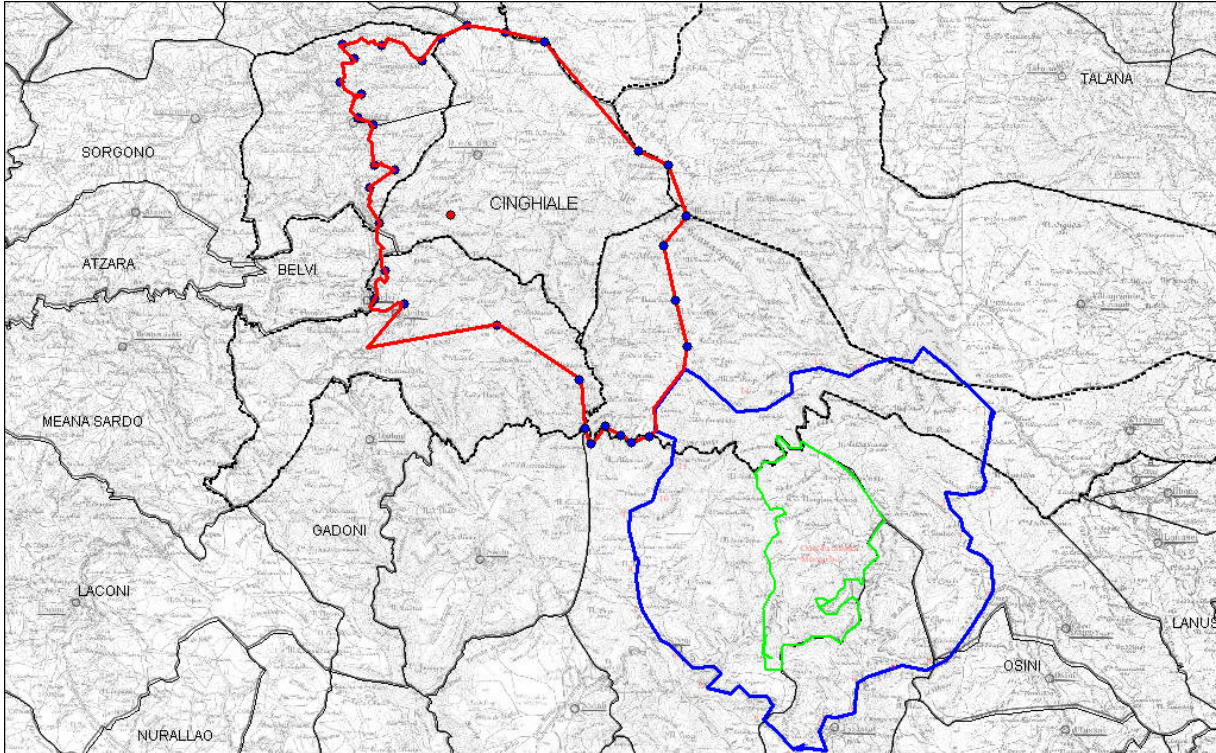
L'areale, di 103,9 Km², comprende la maggior parte del Comune di Bultei e la parte meridionale del comune di Pattada.

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 Ispedumele a ovest, quindi da Ispedumele a Punta Masiennera 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 Nicolò' 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.



Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n.3 (segue): 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**, 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.



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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

PIANO PER LA SORVEGLIANZA DELLA PSA E DELLA PSC IN SARDEGNA ANNO 2005

Denominazione _____
Codice aziendale _____ Codice fiscale _____
Comune sede dell'allevamento _____ Prov _____ ASL _____
Località _____ Lat. _____ Long. _____ Alt. _____

Tipologia: Intensivo Estensivo (Semibrado) Autoconsumo familiare Esiste una regolamentazione comunale del pascolo? 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

Verifica consistenza attuale allevamento

CATEGORIA	N° CAPI (SUINI)			
	Capacità massima*	Presenti in allevamento	Regolarmente Identificati	Regolarmente Registrati
SCROFE				
VERRI				
SCROFETTE				
SUINETTI				
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) 0,20 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) Scrofette dopo la fecondazione: 1,64 mq
- 9) Scrofe dopo la fecondazione: 2,25 mq

Flussi animali in uscita/ingresso negli ultimi 6 mesi (dal registro d'azienda):

Periodo (di 1 mese a partire dalla data di rilevazione)	Introduzioni per acquisto	Introduzioni per rimonta interna	Uscite per vendita	Uscite per macello	Morti	Saldo
1						
2						
3						
4						
5						
6						



Regione Autonoma della Sardegna

segue Allegato n. 5: SCHEDA RILEVAZIONE DATI IN AZIENDA (pag. 2)

Flussi animali in uscita/ingresso negli ultimi 6 mesi (dati riproduttivi):

Periodo (di 1 mese a partire dalla data di rilevazione)	N° scrofe che hanno partorito	N° suinetti nati vivi	N° suinetti morti entro il 1° mese di vita	N° suinetti morti > 1° mese di vita	N° scrofe che hanno abortito	N° suinetti venduti
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Note e osservazioni:

Anomalie e disfunzioni riscontrate:

Istruzioni impartite all'allevatore:

Sanzioni emesse:

Il Proprietario/Detentore

Il Veterinario Ufficiale



Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n. 6: SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI DI SANGUE SUINO PRELEVATI IN ALLEVAMENTO

ASL N. _____ Codice Allevamento _____
Comune _____ Località _____

Tipologia Allevamento: Semibrado [] Intensivo Riproduzione [] Intensivo Ingrasso [] Familiare []
N. complessivo capi presenti _____ N. scrofe _____

Allevamento accreditato per PSA (si) [] (no) [] Allevamento accreditato per PSC (si) [] (no) []

Proprietario _____
Via _____ Comune _____
Veterinario Operatore _____

Stato Sanitario dell'allevamento: PSA PSC

Sconosciuto [] Negativo al 1° prelievo []

Indenne [] Sospetto di Focolaio []

Precedente riscontro di positività [] Introduzione di suini sentinella []

Prelievo in zona di protezione/sorveglianza [] Prelievo per movimentazione []

Prelievo per trasporto ai sensi della Decisione 2005/363/CE e successive modifiche []

Prelievo PSA [] Prelievo PSC []

N. Totale campioni _____ Data del prelievo _____

Precedenti prelievi in allevamento (no) [] (si) []

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA SARDEGNA
Data Arrivo _____

Table with 5 columns: N., Contrassegno d'identificazione, Sesso, Età, and Esito esami di laboratorio (PSA, PSC). It contains 15 empty rows for data entry.

PSA

PSC

Diagnosi N. _____ Prot. N. _____

Diagnosi N. _____ Prot. N. _____

_____ li _____

_____ li _____

Il Direttore _____



Regione Autonoma della Sardegna

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

AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____ SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE		
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____		
Data ___ / ___ / ___ Protocollo n. _____		
Al Ministero della Salute Direzione Generale Sanità Pubblica Veterinaria, Alimenti e Nutrizione ROMA EUR FAX 06-59946185	All' Assessorato Igiene e Sanità Servizio Prevenzione CAGLIARI FAX 070-6066817	All'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale CAGLIARI FAX 070-6848246

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 _____, **COMUNE DI** _____, 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
 - MACELLO * Ubicazione azienda di origine come sopra descritto
 - MEZZO DI TRASPORTO * Ubicazione azienda di origine come sopra descritto
 - SELVATICO

1) CATEGORIA	2) N° suini totali	Di cui:		5) N° suini abbattuti
		3) N. malati	4) N. morti	
Riproduttori				
Ingrasso				
Lattoni				
TOTALE				

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)



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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 _____



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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

(Dr. _____)



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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 veniva segnalato che l'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.

1

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

CONSIDERATO che in seguito all'insorgenza della Peste Suina Classica/Peste Suina Africana il territorio comunale viene inserito nella Zona di Protezione ai sensi dell'art. _ del Decreto Regionale del _____ n. _____;

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



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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 censimento ufficiale degli animali, con indicazione per ciascuna specie, del numero di animali già morti, infetti o suscettibili di esserlo
3. 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;
4. l'abbattimento degli animali che il veterinario ufficiale ritiene necessario per prevenire il propagarsi dell'epidemia;
5. la distruzione, l'eliminazione, l'incenerimento o il sotterramento in conformità alle disposizioni vigenti delle carcasse degli animali morti e di quelli abbattuti nell'azienda;
6. l'effettuazione dell'indagine epidemiologica
7. è 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: (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

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 allevamento N° _____, sito in contrada _____ di questo comune è stato riscontrato un focolaio di PSC/PSA;

CONSIDERATO che i detti capi sono stati identificati come segue:

N.	Specie	Categoria	Identificazione
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____

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 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 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



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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

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 e distruggere eventualmente assistito da 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

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. _____ (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)*



Decreto n. 11 /16.06.2006

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n. 14: VERBALE DI DISINFEZIONE

AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____ SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE
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 con i seguenti prodotti:

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

Il Veterinario Ufficiale

_____ li _____



Regione Autonoma della Sardegna

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)	
NOTE :				
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)	
NOTE :				



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

STABILIMENTO

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

Azienda ASL n.

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

STABILIMENTO

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

Azienda ASL n.

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



Decreto n. /

Regione Autonoma della Sardegna

Allegati

Allegato n. 18: VISITE CLINICHE EFFETTUATE IN AZIENDE SUINE PER IL RILIEVO DI SINTOMI RIFERIBILI A PESTI SUINE

ZONA DI PROTEZIONE ZONA DI SORVEGLIANZA PER PSA PSC RELATIVA AL FOCOLAIO: _____

COD. AZIENDALE _____ COMUNE DI _____ AZIENDA USL N. ___ DI _____

CODICE AZIENDALE	DATA VISITA	DENOMINAZIONE AZIENDA	LATITUDINE	LONGITUDINE	NUMERO CAPI PRESENTI ALL'ATTO DELLA VISITA	NUMERO CAPI VISITATI	NUMERO CAPI TESTATI SIEROLOGICAMENTE	POSITIVI N.	PRESENZA DI SINTOMI
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
									Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Tutti i prelievi sierologici eseguiti hanno dato esito negativo.

Il Veterinario Ufficiale



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:

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

provengono dall'allevamentoidentificato 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)

.....



Allegato n. 20: SCHEMA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

**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)

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 ATTIVITÀ / TIPOLOGIA DELL' ALLEVAMENTO

- riproduzione ciclo chiuso
- riproduzione ciclo aperto
- ingrasso
- magronaggio
- stalla di sosta
- stalla di sosta annessa a un macello
- intensivo**
- estensivo
- brado
- semibrado**



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. RIEPILOGO ATTIVITÀ DIAGNOSTICA

7.1 Materiale prelevato: linfonodi n° campioni: data: __/__/____
 tonsilla n° campioni: data: __/__/____
 rene n° campioni: data: __/__/____
 milza n° campioni: data: __/__/____
 sangue intero n° campioni: data: __/__/____
 siero n° campioni: data: __/__/____

7.2 Data isolamento virus : __/__/____ sieropositività: __/__/____

7.3 Quadro riepilogativo dell'indagine sierologica:

Categoria suini	Metodica impiegata	Campioni prelevati	Campioni positivi



7.4 Quadro riepilogativo dell'indagine virologica:

Tipo materiale	Metodica impiegata	Campioni prelevati	Campioni positivi

8. ANAMNESI CLINICA

8.1 Data osservazione primi sintomi: __ / __ / ____

8.2 Nome, cognome e qualifica di chi li ha osservati :

8.3 Provenienza degli animali con sintomatologia e descrizione delle lesioni:

.....

.....

.....

.....

.....

8.4 Presumibile inizio della malattia in allevamento: __ / __ / ____

8.5 Interventi vaccinali e terapeutici negli ultimi 30 gg.:

Vaccino	Data	Produttore	Operatore

Farmaco	Data	Via di somministrazione	Operatore

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

.....

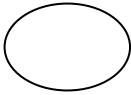



.....

.....

.....



Allegato n. 21: BOLLATURA SANITARIA DELLE CARNI

Tipo di macellazione	Forma del timbro	Dimensioni del bollo	Diciture riportate e dimensione caratteri
Carni suine ottenute in mattatoi di cui all'Art. 13 dell'ex D. L.vo n. 286/94, idonee all'invio al di fuori del territorio regionale	Ovale 	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, non idonee all'invio al di fuori del territorio regionale	Rettangolare 	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	Rettangolare 	cm. 6 x 4	- ASL N. ____ - N. riconoscimento - Regione Sardegna
Macellazione familiare	Rotonda 	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 _____ LOCALITA' _____
 COMPAGNIA DI CACCIA _____ RESPONSABILE SIG. _____
 Giornata di caccia (data): _____

	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).

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

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

AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____			
SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE			
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

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

AGRITURISMO

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

NOTE:

_____, li _____

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)
