



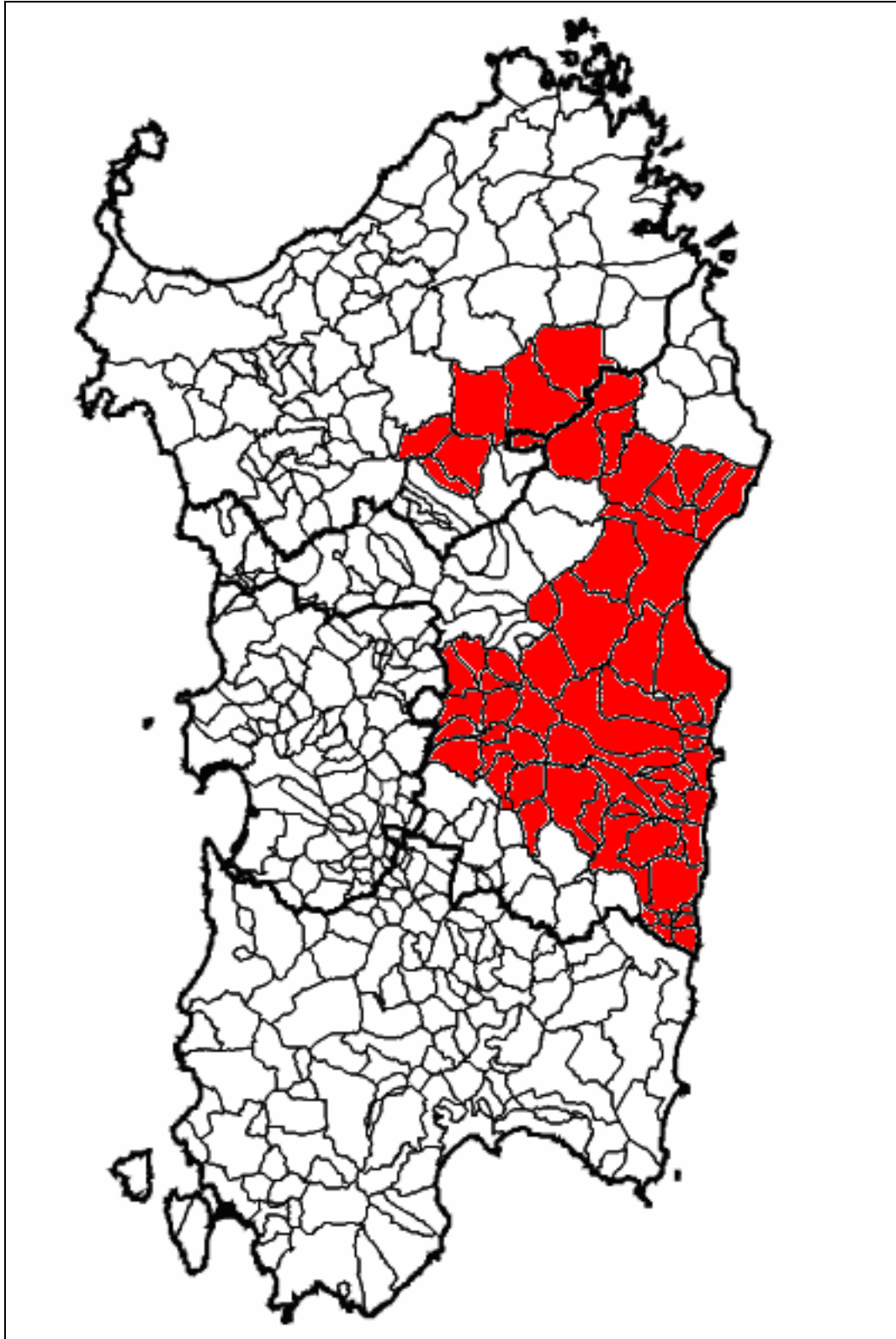
**Allegato N. 1: ZONA AD ALTO RISCHIO**

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	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		



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



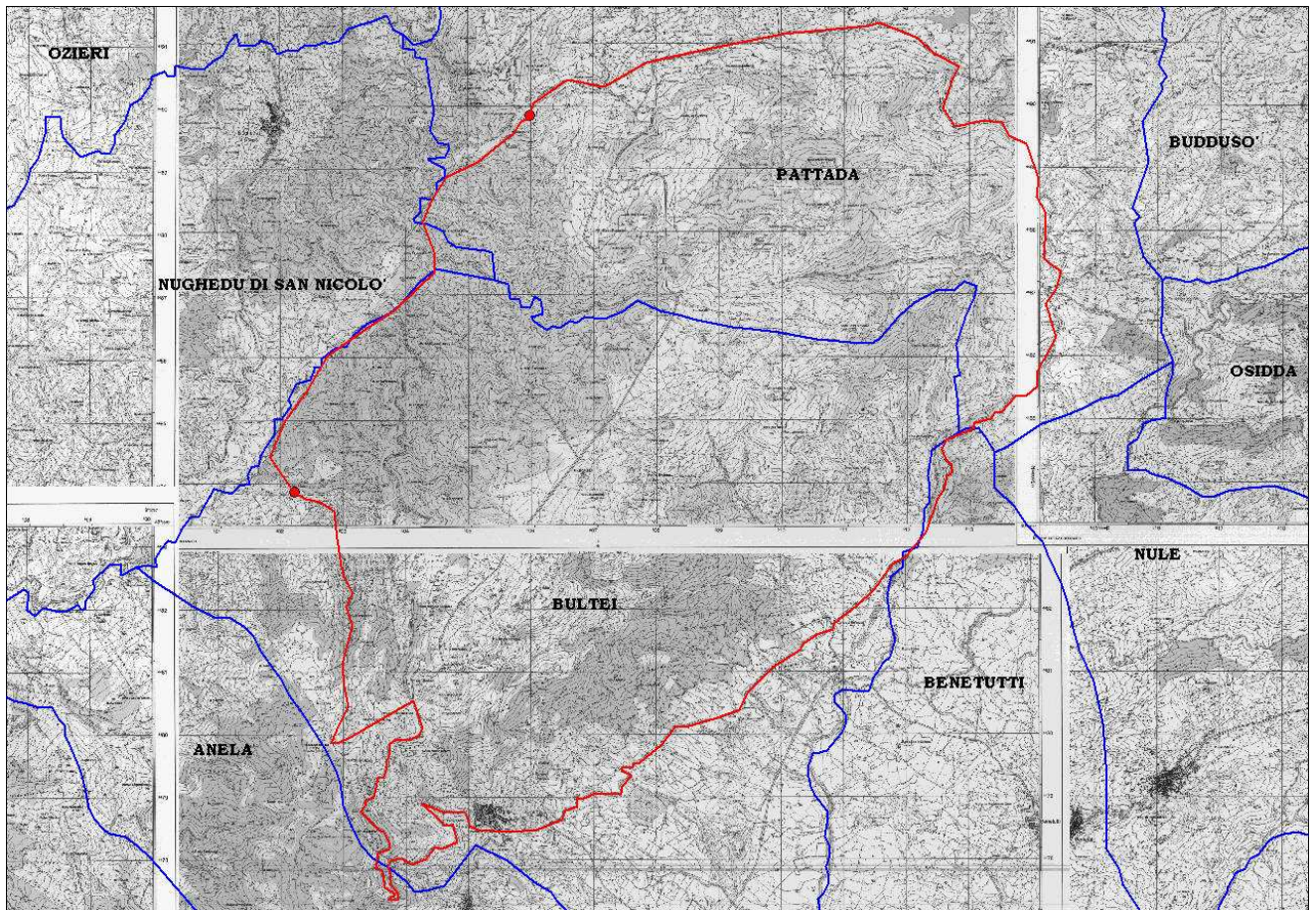


**Allegato n. 3: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE**

**Allegato n. 3/a: Delimitazione Zona Infetta Selvatico Bultei:**

L'areale, di 103,9 Km<sup>q</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 Campa nas 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.





**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, Belvì e Tonara**, tutti situati all'interno della provincia di Nuoro.

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

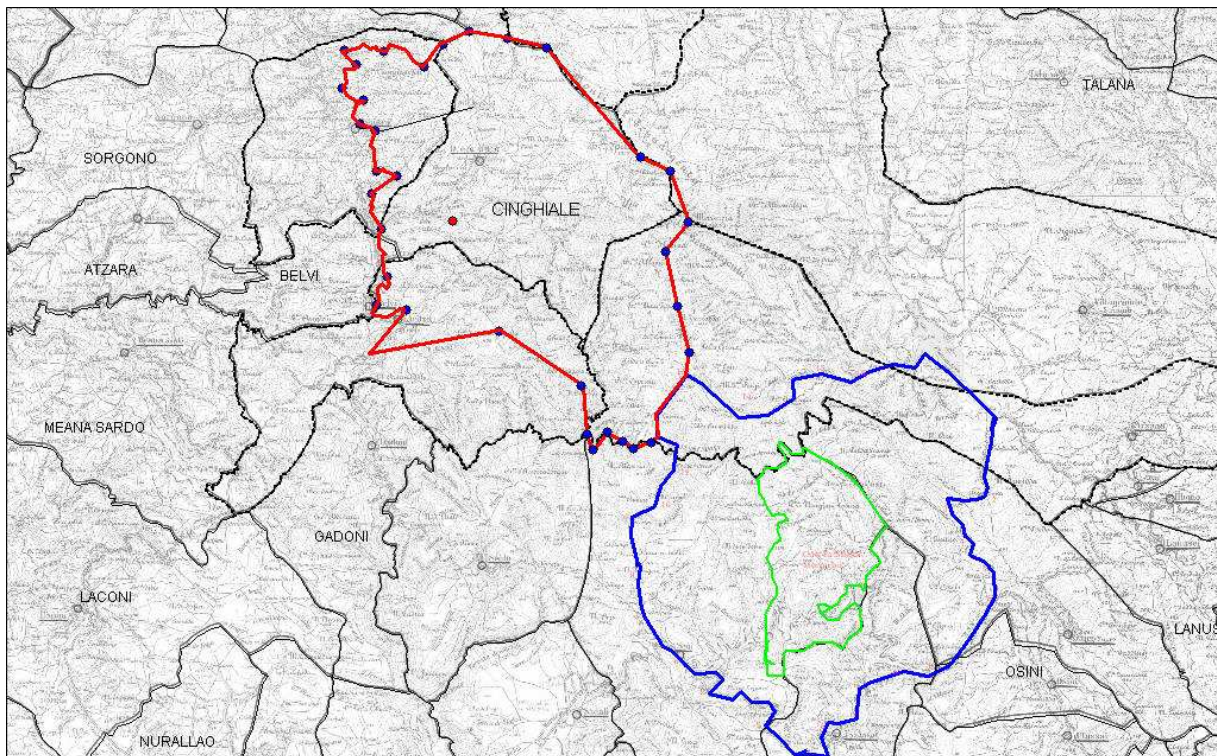
a Nord Ovest da una linea ideale che inizia in prossimità del Lago Alto del Flumendosa (1) si dirige verso Sud costeggiando Caula su Moddizzinu, fino ad Arcu Enna (2), prosegue verso Bacanieddu (3) e Punta Essilieri (4); da qui prosegue a sud fino a Perda Irsi (5), sino al congiungimento con la SS 198 (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, Belvì 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 Belvì 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.





**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:

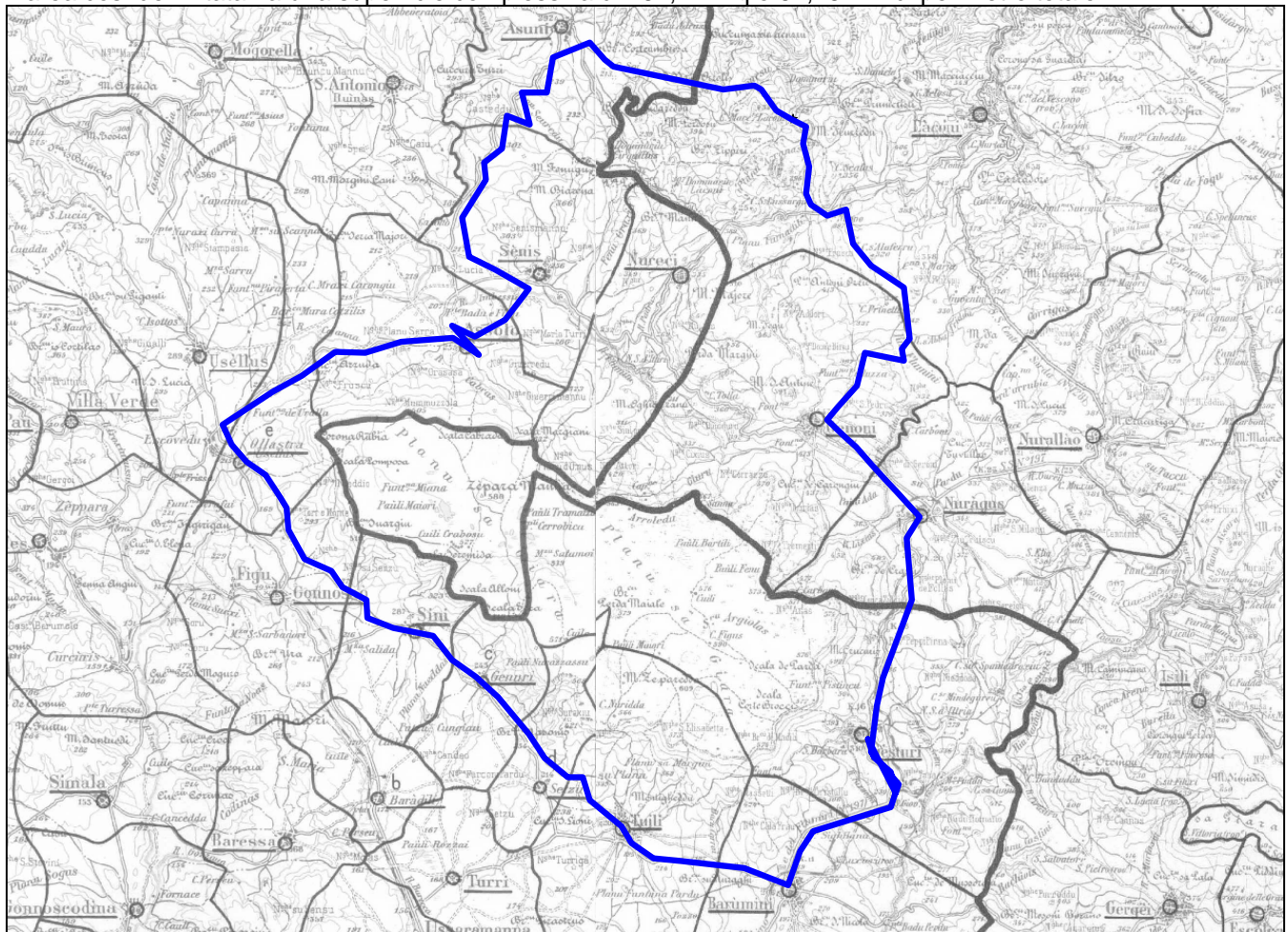
- o Loc. Pranu Murdegu 8.954590-39.865116
- o Loc. Perdixi 8.956941-39.863792
- o Loc. Piscinas Arrubias 8.971602-39.862004
- o Loc. Sa serra s'orroa e' s'ebba 8.9874896-39.859204
- o Loc. Leonesu 8.992740-39.860061
- o Loc. S'abba salida 8.994412-39.859286
- o Loc. Bruncu Palaeras 8.998562-39.855006

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.





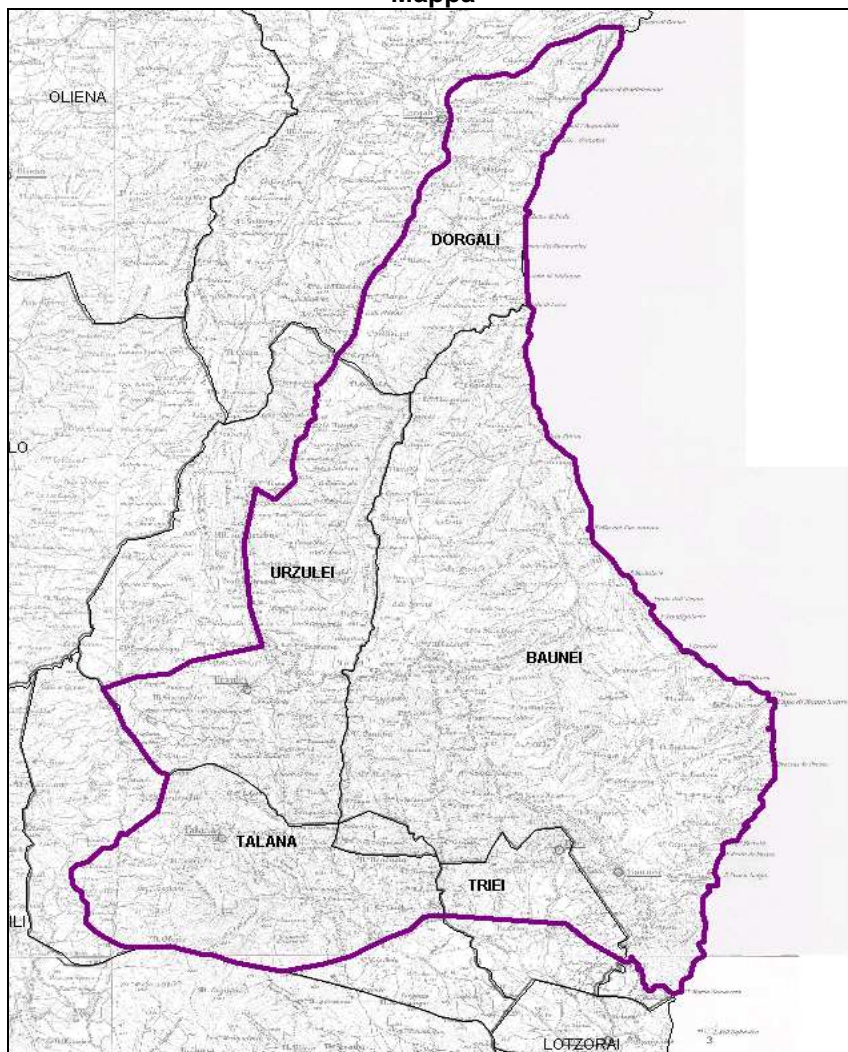
**Allegato n. 3/d: Zona infetta Urzulei- Baunei**

**Delimitazione Zona Infetta selvatico Urzulei-Baunei**

La zona infetta del selvatico comprende parte dei territori di Dorgali, Urzulei, Talana, Triei e Baunei. È delimitata da nord-est a partire da Monte Moru, segue il Rio Litta verso ovest fino a N. S. Badde Verde, da qui per la strada che porta al centro abitato di Dorgali, prosegue fino al bivio per l'Orientale Sarda 125. Seguendo la strada verso sud supera il confine comunale per entrare in territorio di Urzulei, continua la S.S. 125 fino al Km 37 in prossimità di S'Azza Bianca. Da qui verso Ovest per Punta Ortecannas e ancora verso il Cuile Mamucone (lat. 40,093910 - long. 9,447387), per poi seguire il confine del comune di Urzulei fino a Punta Iditzai (lat. 40,064747 – long. 9,473084). Continua verso sud, entrando in territorio di Talana, fino a Bruncu e Pisucellu, segue in direzione sud-ovest fino al Nuraghe Bau e Tanca, da qui per la SP n°37 fino a raggiungere il confine meridionale e del comune di Talana che segue verso est fino a Bruncu Arenas, sempre in direzione est fino a Badu Irgirai, supera la SP n°56 e segue la strada che porta al confine di Triei.

Continua a est per il Nuraghe Pizzu e Serra e poi verso sud-est fino in territorio di Baunei, da qui segue la SP n°73 che porta in località Santa Maria Navarrese per poi risalire verso nord est per tutta la costa fino a ricongiungersi con Monte Moru.

**Mappa**





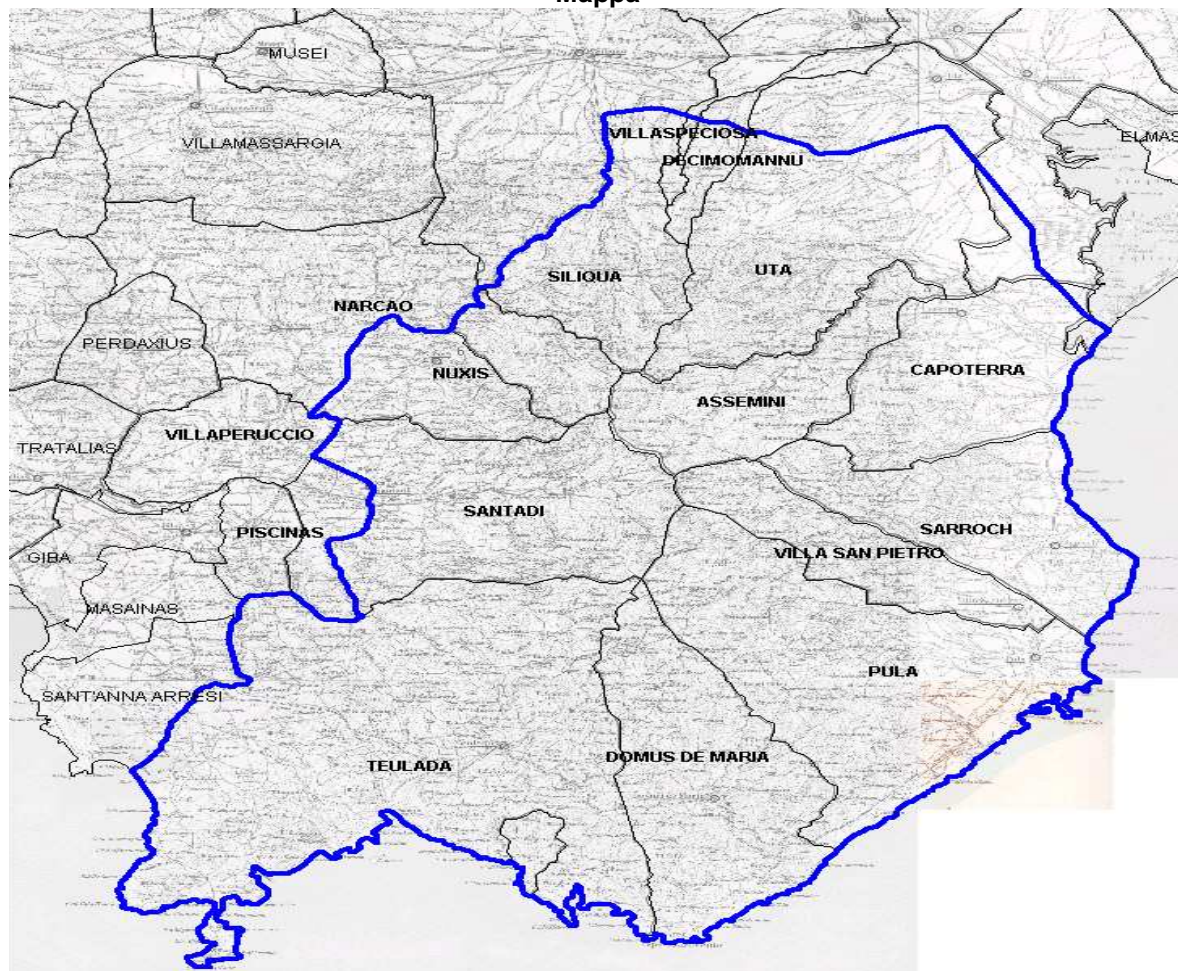
### Allegato n. 3: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE

#### Allegato n. 3/e: Delimitazione Zona Infetta Nuxis

La zona infetta del selvatico comprende tutto e in parte i territori dei comuni di Nuxis e Santadi della Asl 7 Carbonia e quelli di Teulada, Domus De Maria, Pula, Villa San Pietro, Sarroch, Capoterra, Cagliari, l'isola amministrativa del comune di Assemmini, Uta, Decimomannu, Villaspeciosa e Siliqua della Asl 8 Cagliari in un'area i cui confini sono così meglio descritti:

- a sud-ovest confine a mare del comune di Teulada, esclusi i territori di pertinenza militare;
- a sud confine a mare dei comuni di Domus De Maria, Pula, Villa San Pietro e Sarroch;
- a sud-est lungo la SS195 nel territorio del comune di Capoterra e poi in quello di Cagliari sino al pontile della Rumianca Km 9,500;
- ad est dal pontile Rumianca lungo la strada consortile dell'agglomerato industriale di Macchiareddu sino alla SP n°2 (Pedemontana);
- a nord lungo la SP n°2 sino all'intersezione con la SS n°293 in comune di Siliqua in località Caste Ilo;
- ad ovest lungo la SS n°293 fino alla diga di Bau Pressiu, da qui lungo il confine meridionale del comune di Narcao, comprendendo l'intero territorio comunale di Nuxis, e di nuovo lungo la SS n°293 nel territorio comunale di Santadi, fino all'incrocio con la SP n°79 che conduce al centro abitato di Santadi, continuando poi per la SP n°70 verso Santadi Basso, Barrua, Su Benatzu, Is Cattas fino alla località Is Carillus a raggiungere il confine del comune di Teulada interamente compreso nella zona infetta.

#### Mappa





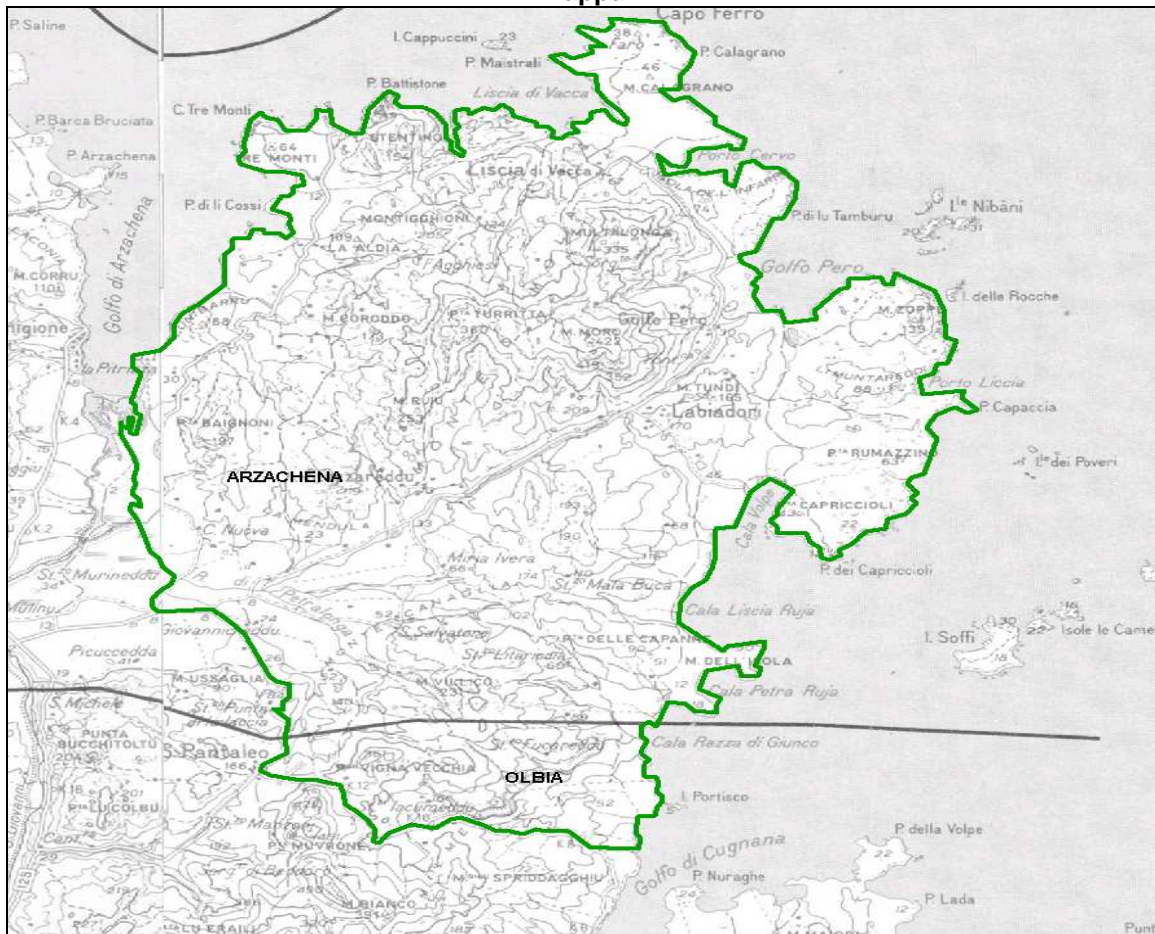
**Allegato n.3: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE**

**Allegato n.3/f: Delimitazione Zona Infetta "Arzachena":**

La zona comprende parte del comune di Arzachena e del territorio settentrionale di Olbia.

È delimitata a partire dal Golfo di Arzachena nel punto (lat. 41,095745 – long. 9,446746), segue in direzione sud per la SP n° 59 percorrendola fino al bivio per la SS n° 125, da qui continua verso est sempre per la SP n° 59 fino all'intersezione con la SP n° 73. Prosegue per la SP n° 73 verso sud passando per la zona di Giovanniccheddu, continua incontrando il Monte Ussaglia fino a S. Pantaleo. Da qui segue per Via Zara che percorsa tutta porta a S. M. Navarrese, continua verso nord-est per tutto il confine a mare di Arzachena percorrendolo tutto fino a ricongiungersi nel Golfo.

**Mappa**





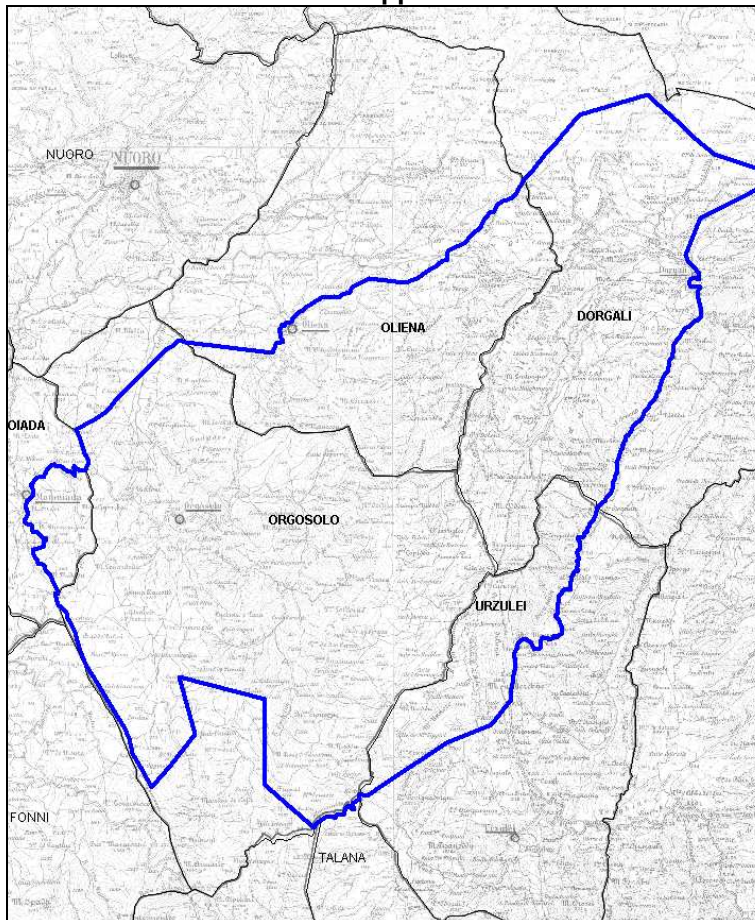
### Allegato n.3: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE

#### Allegato n.3/g: Delimitazione Zona Infetta “Orgosolo”:

La zona infetta del selvatico comprende in tutto o in parte i comuni di Dorgali, Oliena, Mamoiada, Orgosolo e Urzulei. Si estende partendo da nord-est nel Km 18 della SS n° 125, segue verso nord-ovest fino ad intersecare la SP n° 64 in prossimità del Ponte di Sortei, continua verso C. Putzu (lat. 40,339751 – long. 9,588484) e si estende, sempre in direzione nord-ovest, fino ad incontrare il Rio Mannu (lat. 40,351120 – long. 9,571698). Da qui prosegue verso sud-ovest per Punta Biristeddi, continua fino alla SP n° 38, la supera e si estende fino al confine del comune di Oliena.

In territorio di Oliena segue la SP n° 46 fino al centro abitato, continua fino a C. Morocru (lat. 40,262045 – long. 9,394843), a questo punto segue verso ovest fino al confine di Orgosolo presso il Nuraghe Susine, da qui si sposta in direzione sud-ovest fino ad incrociare il fiume Cedrino, prosegue per C. Guspene, ancora per Monte Sorgono fino a C. Meloni sul confine del comune di Mamoiada, che segue fino alla SP n° 22. Percorre la SP n° 22 per arrivare al centro abitato, da qui sempre per la stessa strada verso sud in prossimità prima del Monte Ghespargiu e dopo del Monte Conca de Bachis, segue ancora per la strada fino a Monte Medadu. Da qui verso sud prende la SS n° 389 fino alla zona di Oggiastru (lat. 40,109340 – long. 9,342979), segue ora verso nord-est fino al Cuile Uisiuli (lat. 40,128133 – long. 9,362262), continua sulla stessa linea fino al Cuile Duroinuisti (lat. 40,148448 – long. 9,354455), prosegue in direzione est per Bi. Cu Ovella Malu per poi riscendere a sud passando nelle vicinanze del Nuraghe Filigai fino al Monte Fumai, si sposta a sud-est per Monte Maccheddu fino a giungere al Rio Su Flumineddu (lat. 40,093843 – long. 9,415171). Da qui segue il confine meridionale di Orgosolo fino a Badu Ostunu al confine con Urzulei. Poi verso nord-est in una diagonale che si estende, passando per il Cuile Telebai (lat. 40,117618 – long. 9,466303), fino al Km 41 della SS n° 125. Da qui si sale verso nord la strada fino al centro abitato di Dorgali. Segue verso nord per Monte Sospile, continua a nord-est fino alla Grotta di S. Giovanni per poi dirigersi a nord-ovest ricongiungendosi con Ponte di Sortei.

#### Mappa





**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. 24

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 sì, 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) (subdivided into Capacità massima, Presenti in allevamento, Regularmente Identificati, Regularmente Registrati). Rows include SCROFE, VERRI, SCROFETTE, LATTONZOLI, INGRASSO, and 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) 0,45 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) Scrofe prima della fecondazione: 2,25 mq;
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 24

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

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

**Indirizzo dell'azienda**

<b>Via</b>	<b>Comune</b>	<b>Località</b>
------------	---------------	-----------------

**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

Allegati

Decreto n 24

### 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 24

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 \_\_\_\_\_  
 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	
<input type="checkbox"/>	Accreditamento 1°prel.	<input type="checkbox"/>	Accreditamento 1°prel.	<input type="checkbox"/>	1. Accreditamento 1°prel.	<input type="checkbox"/>	Accredit. 1°prel.
<input type="checkbox"/>	Accreditamento 2°prel.	<input type="checkbox"/>	Accreditamento 2°prel.	<input type="checkbox"/>	2. Accreditamento 2°prel.	<input type="checkbox"/>	Accredit. 2°prel.
<input type="checkbox"/>	Controllo annuale	<input type="checkbox"/>	Controllo annuale	<input type="checkbox"/>	3. Controllo annuale	<input type="checkbox"/>	Controllo annuale
<input type="checkbox"/>	Sospetto di malattia	<input type="checkbox"/>	Sospetto di malattia	<input type="checkbox"/>	5. Sospetto o corr. epidem.	<input type="checkbox"/>	Sosp. di malattia
<input type="checkbox"/>	Zona protezione	<input type="checkbox"/>	Zona protezione	<input type="checkbox"/>	6. Spostamento in deroga	<input type="checkbox"/>	Altro _____
<input type="checkbox"/>	Zona sorveglianza	<input type="checkbox"/>	Zona sorveglianza	<input type="checkbox"/>	7. Spostamento in entrata	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Movimentazione	<input type="checkbox"/>	Movimentazione	<input type="checkbox"/>	<b>Cod. proven.za</b> _____	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Precedente positività	<input type="checkbox"/>	Precedente positività	<input type="checkbox"/>	8. Precedente s.positività	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Prelievo in abbattimento	<input type="checkbox"/>	Prelievo in abbattimento	<input type="checkbox"/>	12. Riacquisiz. Accr. 1°prel.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Suini sentinella	<input type="checkbox"/>	Suini sentinella	<input type="checkbox"/>	13. Zona protezione 1°prel.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Macellazione	<input type="checkbox"/>	Macellazione	<input type="checkbox"/>	14. Zona sorveglianza	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Macellazione familiare	<input type="checkbox"/>	Macellazione familiare	<input type="checkbox"/>	15. Riacquisiz. Accr. 2°prel.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Macellazione in deroga	<input type="checkbox"/>	Macellazione in deroga	<input type="checkbox"/>	16. Zona protezione 2°prel.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Decisione 2005/363	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	17. Macellazione	<input type="checkbox"/>	

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

A.S.L. N° ____ DI _____ <b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>		
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____		
Data ____/____/____ Protocollo n. _____		
<b>Al 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)



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

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE N° _____ DI _____</b> <b>SERVIZI VETERINARI – SANITÀ ANIMALE</b> 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. 10: SEGNALAZIONE DI FOCOLAIO DI PSC/PSA AL SINDACO**

**AZIENDA 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



**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 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;

**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;
- 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;



## Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n 24

Allegati

- 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 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. 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 ASL 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

\_\_\_\_\_

**Allegato n. 13: VERBALE DI STIMA ANALITICA**

A.S.L. N° _____ DI _____ <b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>		
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____		
Data ___/___/___ Protocollo n. _____		
<b>Al Ministero della Salute</b> D.G.S.A. e F.V. – ROMA  <b>FAX 06-59946185</b>	<b>All' Assessorato Igiene e Sanità – Serv. IV -CAGLIARI</b>  <b>FAX 070-6065280</b>	<b>All'O.E.V.R. – CAGLIARI</b>  <b>FAX 070-6848246</b>

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

Si dichiara che, in esecuzione della Legge n.34/68, nel Comune di \_\_\_\_\_, codice aziendale IT \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

OSSERVAZIONI (compilare obbligatoriamente in caso di differenze numeriche rispetto alla notifica di conferma di malattia): \_\_\_\_\_

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

Dr. \_\_\_\_\_ (responsabile dell'U.C. locale)

Dr. \_\_\_\_\_ (componente dell'U.C. locale)

Dr. \_\_\_\_\_ (componente dell'U.C. locale)

Sig. \_\_\_\_\_ (rappresentante delle associazioni di categoria)\*

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



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

<b>A.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 + SODIOESAMETAFOSFATO 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 + SODIOESAMETAFOSFATO 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. 24 -

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

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

**STABILIMENTO .....**

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

**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>				



## Regione Autonoma della Sardegna

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

STABILIMENTO .....

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

Azienda ASL n. ....

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

STABILIMENTO .....

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

Azienda ASL n. ....

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





**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 .....

A.S.L. n..... di .....

**ATTESTA**

che la partita di suini destinata al macello....., sito nel territorio della A.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)**

.....

**Allegato n. 20 INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PRELIMINARE PSA/PSC – Sez. A****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	stabulato
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	

Veterinario ufficiale che esegue l'indagine: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Data

Timbro e firma del veterinario ufficiale



Decreto n. 24

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 20: INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER PSA/PSC – SEZ. B**

### **AGGIORNAMENTO DATI AL MOMENTO DELL'ABBATTIMENTO:**

#### **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:



**Regione Autonoma della Sardegna**

**5. INFORMAZIONI INERENTI LA CONDUZIONE AZIENDALE**

**5.1 GLI ANIMALI SOGGIORNANO:**

Al chiuso

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

All'aperto

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

**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:

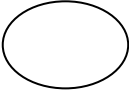



Introduzione animali	basso	medio	alto
Contatto con selvatici e/o ferali	basso	medio	alto
Movimenti persone	basso	medio	alto
Movimenti animali domestici	basso	medio	alto
Movimenti mezzi	basso	medio	alto
Somministrazione rifiuti cucina	basso	medio	alto
Altro .....	basso	medio	alto

*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

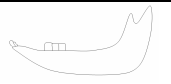
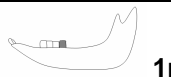

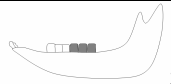


## Allegato n. 22: SCHEDA PER L'INVIO DI CAMPIONI PRELEVATI DA CINGHIALI

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"/>	----- F <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"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
2		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
3		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
4		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
5		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
6		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
7		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
8		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
8		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____
10		0-6 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	18-30 <input type="checkbox"/>	>30 <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	----- Gravida <input type="checkbox"/> N.feti: _____	Sangue <input type="checkbox"/>	Milza <input type="checkbox"/>	Altro _____

\* 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	 1molare: 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**

<b>STATO</b>	<b>ITALIA</b>
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	
CARCASSA:	<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

\_\_\_\_\_



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

<b>A.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 dalla A.S.L. 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>		
A.S.L. N° ____ DI _____		
<b>SERVIZIO VETERINARIO</b>		
Indirizzo _____ tel. _____ fax _____		

**AGRITURISMO**

<b>Denominazione agriturismo:</b> _____		<b>Legale Rappresentante :</b> _____	
<b>Località / Via :</b> _____		<b>Comune :</b> _____	
<b>Coordinate geografiche: LAT.</b> _____		<b>LONG.</b> _____	
		<b>ALT.</b> _____	
<b>Azienda zootecnica associata (Codice Aziendale):</b> _____		<b>Suini allevati :</b>	
		Suini domestici <input type="checkbox"/> Cinghiali <input type="checkbox"/>	
<b>Presenza macello :</b>		<b>Provenienza carni foranee<sup>(2)</sup> :</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Preparazione insaccati suini:</b>	<b>Tipologia</b>		<b>Presenti al momento Kg</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<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)

\_\_\_\_\_

**Allegato n. 28: Lista di riscontro requisiti per l'ammissibilità all'indennizzo di animali abbattuti per PSA - O.M. 23 gennaio 2006****REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI \_\_\_\_\_  
SERVIZIO VETERINARIO**

Cod. Aziendale
Rag. Sociale
Detentore/Proprietario
Nato a _____ il _____
Residente
Via
Loc. Allevamento
Data abbattimento:

		SI	NO
1	L'azienda è registrata nella BDN		
2	L'azienda è ufficialmente autorizzata alla detenzione dei suini		
3	Rispetto requisiti biosicurezza ( recinzioni)		
4	Regolare registrazione ingressi/uscite negli ultimi tre anni o, se prima, dall'inizio attività		
5	Presenza di mod. 4 relativi alle movimentazioni degli ultimi tre anni o se prima, dall'inizio dell'attività		
6	Ripopolamento regolarmente autorizzato		
7	Vendite e macellazioni compatibili con i parametri produttivi e riproduttivi di cui all'All. A dell' O.M. 23/01/06		
8	Controllo semestrale del registro:		
	Se no: a) indisponibilità allevatore		
	b) rifiuto dell'allevatore		
	c) impossibilità per il servizio veterinario ad effettuare il controllo		
	d) altro		
9	Violazioni norme nei tre anni precedenti, se si		
	a) Registrazione azienda		
	b) Identificazione animali		
	c) Registrazione animali		
	d) Movimentazione animali		
10	Adeguate informazione al detentore sulle norme sanitarie:		
	a) in forma scritta		
	b) altro		

Si certifica l'ammissibilità/la non ammissibilità all'indennizzo dei suini abbattuti per PSA/PSC per la sussistenza/non sussistenza dei requisiti di cui al comma 1 dell'Art. 2 dell'O.M. 23/01/06\*

Il componente dell'U.C.L. \_\_\_\_\_

Il componente dell'U.C.L. \_\_\_\_\_

Il componente dell'U.C.L. \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale \_\_\_\_\_