



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 12 Schema di indagine epidemiologica per PSA/PSC

1. ANAGRAFE DELL'AZIENDA

Asl	Distretto
Codice Azienda	
Comune	Provincia
Località	
Indirizzo	
Proprietario	
Detentore (solo se diverso dal proprietario)	
Lat.	Long.

2. TIPOLOGIA DELL'AZIENDA



Specie Allevata:

☐ Suini ☐ Cinghiali ☐ Entrambe

Tipologia di Struttura	Indirizzo produttivo	Modalità di allevamento
<input type="checkbox"/> allevamento	<input type="checkbox"/> riproduzione ciclo chiuso	<input type="checkbox"/> brado
<input type="checkbox"/> centro raccolta	<input type="checkbox"/> riproduzione ciclo aperto	<input type="checkbox"/> semibrado
<input type="checkbox"/> stalla di sosta	<input type="checkbox"/> ingrasso	<input type="checkbox"/> stabulato
<input type="checkbox"/> stalla annessa a un macello	<input type="checkbox"/> produzione da autoconsumo	

Altre specie allevate:

☐ Si

☐ No

Se sì quali specie:

☐ Ovini (n.....)

☐ Caprini (n.....)

☐ Bovini (n.....)

☐ Equini (n.....)

☐ Cani (n.....)

☐ Gatti (n.....)

☐ Altro (specificare)(n.....)



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Dati essenziali e Network dell'azienda

Il presente schema semplificato è da rilevare ed inserire immediatamente nel sistema informativo, al fine di individuare le possibili fonti di introduzione o di successiva diffusione

CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI VIVI PRESENTI AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN AZIENDA

Struttura *	Categorie						
	Scrofe	Verri	Scrofette	Suinetti i sotto scrofa	Lattoni (< 40 kg.)	Magroni da 40 a 90 Kg.	Grassi Sup. a 90 Kg
a							
b							
c							

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

CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI CON SINTOMI PRESENTI AL MOMENTO DELL'INGRESSO IN AZIENDA

Struttura *	Categorie						
	Scrofe	Verri	Scrofette	Suinetti i sotto scrofa	Lattoni (< 40 kg.)	Magroni da 40 a 90 Kg.	Grassi Sup. a 90 Kg
a							
b							
c							

CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI CON MORTI DAL PRESUNTO INGRESSO DELLA MALATTIA IN AZIENDA

Struttura *	Categorie						
	Scrofe	Verri	Scrofette	Suinetti i sotto scrofa	Lattoni (< 40 kg.)	Magroni da 40 a 90 Kg.	Grassi Sup. a 90 Kg
a							
b							
c							



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

CENSIMENTO PER CATEGORIA E DISTRIBUZIONE DEI SUINI PRESENTI IN AZIENDA

Struttura *

CATEGORIA	N° suini totali	Di cui:			Data abbattimento
		n. capi con sintomi/lesioni	n. capi sieropositivi	n. capi morti	n. capi abbattuti
Verri					
Scrofe					
Scrofette					
Ingrasso 15-100 kg					
Lattonzoli					
TOTALE					

Struttura *

CATEGORIA	N° suini totali	Di cui:			Data abbattimento
		n. capi con sintomi/lesioni	n. capi sieropositivi	n. capi morti	n. capi abbattuti
Verri					
Scrofe					
Scrofette					
Ingrasso 15-100 kg					
Lattonzoli					
TOTALE					

Struttura *

CATEGORIA	N° suini totali	Di cui:			Data abbattimento
		n. capi con sintomi/lesioni	n. capi morti	n. capi abbattuti	
Verri					
Scrofe					
Scrofette					
Ingrasso 15-100 kg					
Lattonzoli					
TOTALE					

*Per ogni struttura dell'azienda deve essere compilata una tabella. 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.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3. ANAMNESI CLINICA

Sono osservati sintomi riferibili a PSA?

☐ Sì

☐ No

Data osservazione primi sintomi: __/__/____

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

Sintomi osservati:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Abbattimento | <input type="checkbox"/> Paralisi | <input type="checkbox"/> Cianosi |
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Congiuntivite |
| <input type="checkbox"/> Dispnea | <input type="checkbox"/> Epistassi | <input type="checkbox"/> Morte Improvvisa | <input type="checkbox"/> Tosse |
| <input type="checkbox"/> Incoordinazione dei movimenti | | | |
| Altro | | | |

Soggetti interessati ...N.

Sono osservate lesioni riferibili a PSA?

☐ Sì

☐ No

Lesioni osservate

Emorragie in:

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rene | <input type="checkbox"/> Gangli | <input type="checkbox"/> Vescica | <input type="checkbox"/> Polmone | <input type="checkbox"/> Milza |
| <input type="checkbox"/> Amigdale | <input type="checkbox"/> Tubo digerente | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | | |

Soggetti interessati ...N.....

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

(Da compilare anche in seguito al solo rilievo di sieropositività)

Quadro riepilogativo animali sospetti.

Categoria	N. Capi sospetti	Azienda di provenienza dei capi sospetti



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nei 30 giorni precedenti la positività sierologica/virologica o il sospetto clinico sono stati effettuati interventi vaccinali e terapeutici?

☐ Sì

☐ No

Se Sì compilare il seguente schema:

Data	Prodotto Utilizzato	Patologia trattata	Numero di animali trattati	Categoria	Via di somministrazione

Osservazioni:



4.1 Animali

☐ Si ☐ No

[illegible]



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sono stati venduti animali a partire dalla data dell'ultimo controllo negativo per PSA
effettuato in azienda? ☐ Sì ☐ No

Se Sì compilare il seguente schema:

Data uscita	Numero di animali	Categoria	Codice Azienda/Macello di destinazione	Indirizzo dell'Azienda/Macello	Trasportatore	Tipo di veicolo e targa

Osservazioni:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

4.2 Persone

4.2.1. Nei 30 giorni precedenti la positività sierologica/virologica o del sospetto clinico l'azienda è stata visitata da persone esterne (sono comprese tutte le persone che non lavorano stabilmente in azienda):

☐ Sì ☐ No

4.2.2 . Se Sì l'azienda è stata visitata da:

☐ Rappresentanti ☐ Veterinari ☐ Manutentori di mezzi/strutture
☐ Allevatori ☐ Altro (specificare): _____

4.2.3. Compilare il seguente schema.

Nome e Cognome	Qualifica	Indirizzo	Motivo visita	Data visita

Osservazioni:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

4.3. Autoveicoli

4.3.1. Nei 30 giorni precedenti la positività sierologica/virologica o del sospetto clinico l'azienda è stata visitata da autoveicoli/ mezzi di trasporto?

☐ Sì

☐ No

Se Sì compilare il seguente schema:

Tipo di autoveicolo/trasporto	Data di accesso in azienda	Ditta fornitrice del servizio	Indirizzo Ditta	Trasportatore	Tipo di veicolo e targa
Siero di latte					
Ritiro Carcasse					
Smaltimento liquami					
Trasporto Mangimi e Alimenti					
Disinfezione/Derattizzazione					
Altro (specificare)					

Osservazioni:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

I proprietario e/o i familiari e/o le persone che lavorano in azienda hanno rapporti funzionali e/o di parentela con altre aziende?

☐ Sì

☐ No

Se Sì compilare il seguente schema:

Nome e Cognome	Funzione	Azienda correlata		
		Codice	Proprietario	Indirizzo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

5. INFORMAZIONI INERENTI L'AZIENDA E LA CONDUZIONE AZIENDALE

4.1 Quanto dista l'azienda dalla strada principale?

- ☐ Meno di 500 metri ☐ Tra 500 e 1000 metri ☐ Oltre 1000 metri

L'azienda è attraversata da strade pubbliche e/o interpoderali e /o di accesso ad altre aziende?

- ☐ Sì ☐ No

Nel raggio di 10 Km sono presenti discariche?

- ☐ Sì ☐ No

L'abitazione dell'allevatore è in azienda?

- ☐ Sì ☐ No

Esiste un macello annesso all'azienda ?

- ☐ Sì ☐ No

Indicare Nome, Cognome e Mansioni delle persone che lavorano stabilmente in azienda

Nome e Cognome	Mansioni



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 12 – Indagine Epidemiologica

ALLEGATO A - INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER PESTE SUINA AFRICANA

Il proprietario e/o i familiari e/o le persone che lavorano in azienda fanno parte di compagnia di caccia grossa? ☐ Sì ☐ No

Se Sì indicare la Compagnia di Caccia, e le località (indicando anche il Comune) in cui si è soliti cacciare: _____

In azienda sono presenti barriere che impediscono l'accesso ai non autorizzati? (cancelli, muri di cinta, etc.)

☐ Sì ☐ No

In azienda sono presenti barriere che impediscono il contatto con animali selvatici e/o vaganti?

☐ Sì ☐ No

Se Sì specificare il tipo di barriera:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muro a secco (h minima 1,50 m) | <input type="checkbox"/> Muro più rete |
| <input type="checkbox"/> Recinzione singola | <input type="checkbox"/> Doppia recinzione |

Se No indicare con quali animali selvatici e/o vaganti è possibile il contatto

☐ Cinghiali ☐ Volpi ☐ Suini ferali ☐ Altro (specificare _____)

Gli animali soggiornano:

☐ Al chiuso (Specificare tipologia edifici: _____)

☐ All'aperto

Se All'aperto i paddock sono recintati ☐ Sì ☐ No



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

Gli animali sono identificati correttamente?

- ☐ Sì ☐ No

Se Sì tatuaggi presenti sui capi sono tutti leggibili?

- ☐ Sì ☐ No

E' presente il registro aziendale di Carico/Scarico?

- ☐ Sì ☐ No

Se Sì risulta compilato correttamente in ogni sua parte?

- ☐ Sì ☐ No

L'azienda dispone di mezzi propri per il trasporto degli animali?

- ☐ Sì ☐ No

Se Sì specificare il tipo di autoveicolo e targa: _____

Il carico/scarico degli animali avviene:

- ☐ All'esterno dell'area di pertinenza dell'allevamento
☐ All'entrata del/dei capannone/i
☐ In una piazzola di carico/scarico

Viene effettuata la quarantena degli animali di nuova introduzione: (allevamenti > 100 suini)?

- ☐ Sì ☐ No

Se Sì, i locali sono idonei?

- ☐ Sì ☐ No
☐

La quarantena avviene secondo le modalità tutto pieno – tutto vuoto?

- ☐ Sì ☐ No

Gli animali sono separati per tipologie produttive?

- ☐ Sì ☐ No



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

Abbigliamento e calzature sono usati esclusivamente all'interno dell'azienda?

☐ Sì ☐ No

Se Sì gli indumenti utilizzati (copri abiti, tute, calzari etc) sono monouso?

☐ Sì ☐ No

Presenza di disinfettanti efficaci contro la PSA (riportati nel manuale di emergenza delle pesti suine.):

☐ Sì ☐ No

Se Sì specificare quale disinfettante e la concentrazione (%):

Disinfettante.....;%

Disinfettante.....;%

Disinfettante.....;%

Vi è evidenza del loro utilizzo?

☐ Sì ☐ No

È presenta una zona (es. piazzola) dedicata alla disinfezione degli automezzi? (allevamenti >30 suini)

☐ Sì ☐ No

Presenza di apparecchiature a pressione (allevamenti >30 suini):

☐ Sì ☐ No



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Vengono effettuati trattamenti periodici di disinfestazione/ derattizzazione?
(allevamenti >30 suini)

☐ Sì

☐ No

Se Sì, indicare la data dell'ultimo trattamento/...../.....

L'alimentazione degli animali è prodotta in azienda?

☐ Sì

☐ Solo in parte

☐ No

Se Solo in parte o No, i mangimi vengono acquistati da:

Gli alimenti somministrati vengono miscelati in azienda?

☐ Sì

☐ No

Sono utilizzati rifiuti di cucina nell'alimentazione degli animali?

☐ Sì

☐ No

L'acqua di abbeverata proviene da:

☐ Acqua di rete

☐ Pozzo

☐ Lago/fiume

☐ Raccolta acqua piovana

Dove sono ricoverate le scrofe da riforma:

☐ Separate nel settore riproduzione

☐ Con i grassi

☐ Altro (specificare) _____

Il ritiro degli scarti avviene: (allevamenti >100 suini)

☐ Fuori dall'azienda

☐ All'interno dell'azienda

☐ All'entrata del capannone

☐ In una piazzola di carico



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 12 – Indagine Epidemiologica

Come vengono smaltite le carcasse degli animali morti?

- ☐ Interramento ☐ Incenerimento all'interno dell'azienda
☐ Attraverso una ditta specializzata (specificare) _____

Il ritiro delle carcasse avviene: (allevamenti > 100 suini)

- ☐ Fuori dall'azienda ☐ All'interno dell'azienda
☐ All'entrata del capannone ☐ In una piazzola di carico

Luogo di raccolta delle deiezioni:

- ☐ Vascone di stoccaggio
☐ Altro (specificare) _____

Modalità di smaltimento delle deiezioni:

- ☐ Sotterramento ☐ Incenerimento ☐ Produzione di Biogas
☐ Fertirrigazione di campi convenzionati ☐ Fertirrigazione dei campi aziendali
☐ Altro (specificare) _____

In azienda viene praticata la fertirrigazione con liquami provenienti da altre aziende? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, specificare la l'azienda di provenienza: _____

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

- ☐ Sì ☐ No

6. OSSERVAZIONI



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÒNOMA DELLA SARDEGNA

Attrezzature

6.4 Nei 30 giorni precedenti la positività sierologica/virologica o il sospetto clinico sono state utilizzate attrezzature provenienti da altre aziende?

☐ Sì

☐ No

Se Sì, indicare l'azienda e l'attrezzatura utilizzata:

Osservazioni:

8. ANAMNESI RECENTE

8.1. La malattia è stata diagnosticata/sospettata in seguito a:

☐ Sospetto clinico/anatomo-patologico

☐ Sieropositività

☐ Isolamento virale

☐ Correlazione epidemiologica

Codice azienda a cui è correlato _____

Attività diagnostica effettuata ai fini della diagnosi del focolaio:

Materiale prelevato	Data Prelievo	Numero di capi prelevati	Numero di Campioni

Data sieropositività: __/__/____

Data positività virologica : __/__/____

Attività diagnostica effettuata in sede di abbattimento:

Materiale prelevato	Data Prelievo	Numero di capi prelevati	Numero di Campioni



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

9. RIEPILOGO ATTIVITA' DIAGNOSTICA:

9.1. Quadro riepilogativo dell'attività sierologica:

Metodica impiegata	Data	Numero di campioni testati	Numero di campioni positivi

9.2. Quadro riepilogativo dell'attività virologica:

Metodica impiegata	Data	Numero di campioni testati	Numero di campioni positivi

Osservazioni:



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

10. ANAMNESI REMOTA

Stato sanitario precedente

- ☐ Azienda non controllata ☐ Azienda controllata ☐ Azienda certificata

L'azienda è mai stata focolaio di PSA?

- ☐ Sì ☐ No

L'azienda è mai stata correlata con uno o più focolai di PSA

- ☐ Sì ☐ No

Se Sì specificare: _____

Alla luce delle osservazioni effettuate è possibile ipotizzare l'origine del contagio? ☐ Sì ☐ No

Se Sì a quali fattori può essere attribuito (per ciascuno dei fattori esprimere il grado di probabilità):

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Introduzione animali | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |
| <input type="checkbox"/> Contatto con suidi selvatici e/o ferali | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |
| <input type="checkbox"/> Movimenti persone | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |
| <input type="checkbox"/> Movimenti animali domestici | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |
| <input type="checkbox"/> Movimenti automezzi/attrezzature | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |
| <input type="checkbox"/> Somministrazione rifiuti cucina | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare)..... | <input type="checkbox"/> basso | <input type="checkbox"/> medio | <input type="checkbox"/> alto |

Osservazioni:



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

10. NOTE E CONCLUSIONI

(da intendersi come informazioni supplementari non comprese nel questionario,
nonché la formulazione di una o più ipotesi sulla origine della infezione)



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTÓNOMA DELLA SARDEGNA

11. PLANIMETRIA DELL'AZIENDA

(identificare le strutture presenti e dove è stata riscontrata la presenza di positività
sierologica, virologica e di sintomatologia clinica)

Data della compilazione : __/__/____

Timbro e Firma del Veterinario