



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA SANITA' ANIMALE

E DEI FARMACI VETERINARI

Ufficio 3

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Ufficio 5

Registro – Classif: I.1.a.e./2020/9

Allegati: 2

Assessorati alla sanità Regioni e
Province autonome

IIZZSS

E per conoscenza:

CESME – IZSAM “G” Caporale
Teramo
Loro sedi

Uffici di Sanità Marittima, Aerea
e di frontiera
Loro Sedi

usmaf-ba@postacert.sanita.it

usmaf-rm@postacert.sanita.it

usmaf-ge@postacert.sanita.it

usmaf-li@postacert.sanita.it

usmaf-mi@postacert.sanita.it

usmaf-na@postacert.sanita.it

usmaf-pa@postacert.sanita.it

usmafsasn.vefvgtaa@postacert.sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Roma
protocollo.centrale@pec.iss.it

Centro Nazionale Sangue
Roma
cns@pec.iss.it

Centro Nazionale Trapianti
Roma
cnt@pec.iss.it

Federazione Nazionale Ordine dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Roma
segreteria@pec.fnomceo.it

Ministero degli Affari Esteri e Della
Cooperazione Internazionale
Roma
segreteria.generale@cert.esteri.it

Ministero della Difesa
Ispettorato Generale della
Sanità Militare
Roma
stamadifesa@postacert.difesa.it

OGGETTO: Piano Nazionale di Prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025 0003789-17/02/2020-DGSAF-MDS-P- Capitolo 3 “Sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu”. Modifica Allegato 4 ed ulteriori precisazioni.

In riferimento all’oggetto, sentito il CESME, si trasmettono in allegato i seguenti documenti:

- Le mappe relative alle “Aree a rischio di trasmissione-Alto-Basso e Minimo” aggiornate sulla base di quanto rilevato nel corso della stagione epidemica 2019 e le tabelle con il numero di unità geografiche di riferimento per Provincia di cui al Capitolo 3 “Sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu” del Piano Nazionale di Prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025 nota DGSAF n. 3789/2020;
- Scheda W03 aggiornata secondo quanto contenuto nel Piano ovvero:
 - o [A] equidi con sintomi clinici; [B] controllo su equidi deceduti/abbattuti (Paragrafo 3.4.2 – Sorveglianza clinica negli equidi); [C] controllo su equidi presenti nella stessa azienda in cui si trova il caso confermato (Paragrafo 3.8.1 Misure specifiche alla sorveglianza veterinaria);

Si precisa che, qualora si abbiano casi confermati di WND in soggetti di allevamenti avicoli rurali o all’aperto, il Servizio veterinario dell’ASL, ricevuta la comunicazione della conferma di positività, dispone il sequestro dell’allevamento e l’abbattimento esclusivo dei capi risultati positivi dell’allevamento”.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE DGSAF

**F.to Silvio Borrello*

p. IL DIRETTORE GENERALE DGPRES
Il Direttore Ufficio 5

**F.to Dott. Francesco Maraglino*

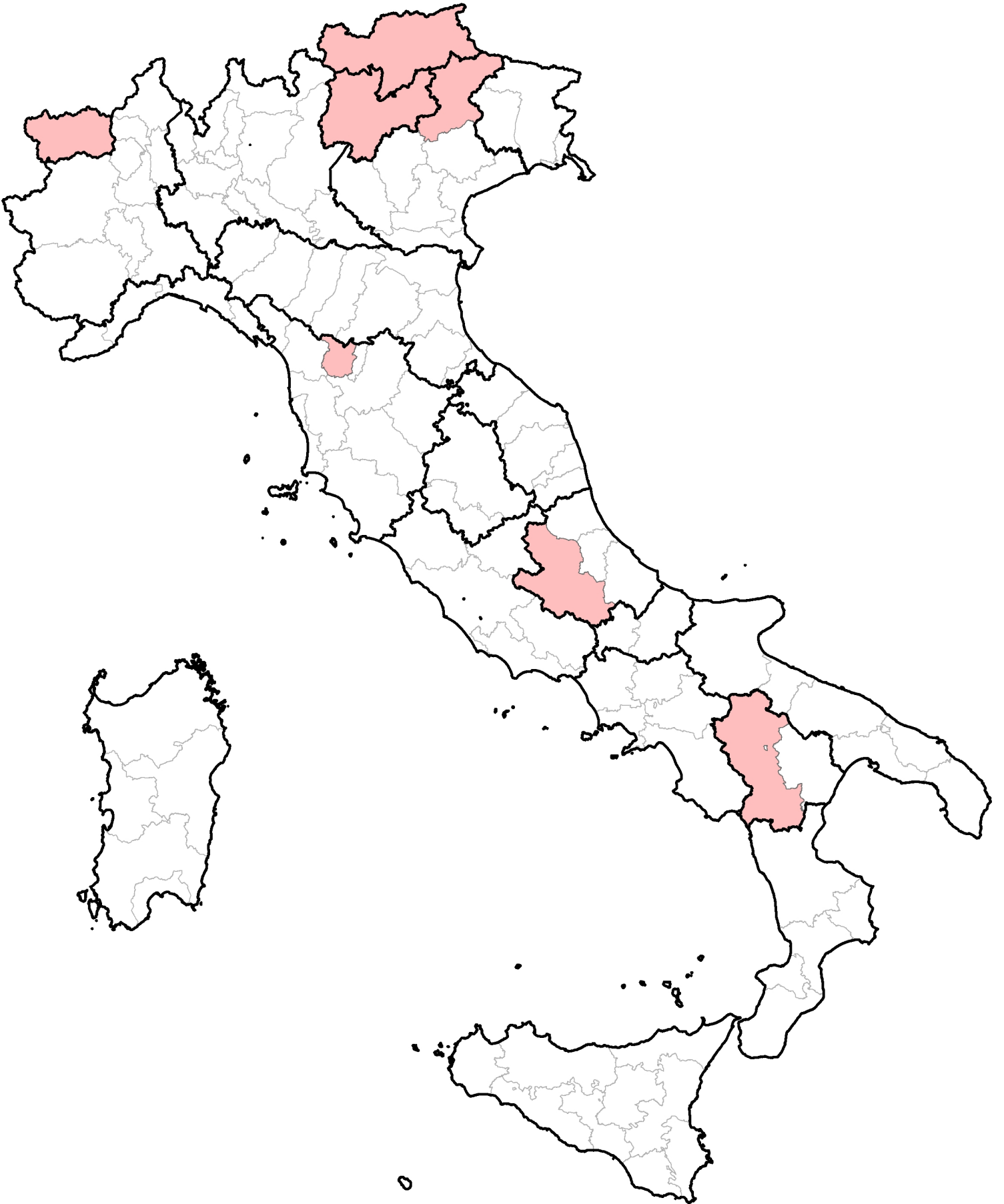
* Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D.lgs.39/1993

Direttore dell’Ufficio 3 DGSAF Dott. Luigi Ruocco Referente del procedimento: Dott.ssa Olivia Bessi

Direttore dell’Ufficio 5 DGPRES Dott. Francesco Paolo Maraglino Referente del procedimento: Dott.ssa Patrizia Parodi







WEST NILE DISEASE - USUTU
PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO

SCHEDA W03

Sorveglianza Equidi
Scheda di accompagnamento campioni

AZIENDA ASL: _____

COMUNE: _____

SIGLA PROV. _____

ANNO _____ SEDE _____ NRG _____

(Da compilare obbligatoriamente da parte dell'IZS territorialmente competente in caso di invio al CESME di campioni per conferma)

DATI RELATIVI ALL'ALLEVAMENTO

ALLEVAMENTO DI EQUIDI (parte precompilata)

CODICE AZIENDALE

CODICE FISCALE

SPECIE ALLEVATA

Coordinate geografiche: LATITUDINE: _____ N LONGITUDINE: _____ E

Via/Frazione: _____

Proprietario dell'allevamento: _____

Codice Fiscale del proprietario: _____

Motivo del prelievo (*): [A] equidi con sintomi clinici; [B] controllo su equidi deceduti/abbattuti; [C] controllo su equidi presenti nella stessa azienda in cui si trova il caso confermato

N°	Nome Passaporto	Microchip	Sesso M/F	Anno nascita	intomatologia nervosa SI/NO	Specie prelevata	Tessuti / organi prelevati
1							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro _____
2							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro _____
3							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro _____
4							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro _____

Data del prelievo: _____

Firma _____

(*) Barrare un solo motivo per ogni scheda W03

(**) A= Asini, B) Bardotti, C=Cavalli, M=Muli

Data di

elaborazione

WEST NILE DISEASE- USUTU
PIANO DI SORVEGLIANZA E PROTOCOLLO OPERATIVO

SCHEDA W03

Sorveglianza Equidi
Scheda di accompagnamento campioni

ND	Nome Passaporto	Microchip	Sesso M/F	Anno nascita	Sintomatologia nervosa SI/NO	Specie prelevata	Tessuti / organi prelevati
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro _____
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro (_____)
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro
							<input type="checkbox"/> Sangue in toto <input type="checkbox"/> Sangue con EDTA <input type="checkbox"/> Cervello <input type="checkbox"/> Midollo Spinale <input type="checkbox"/> Altro

Data del prelievo: _____

Firma _____

* Barrare un solo motivo per ogni scheda W03