

Decreto 20 maggio 1996 n. 60
NORME INERENTI LA NOTIFICA DELLE MALATTIE DEGLI ANIMALI FRA LA
REPUBBLICA DI SAN MARINO E I PAESI CE.

Noi Capitani Reggenti

la Serenissima Repubblica di San Marino

Visto il Decreto 2 dicembre 1992 n. 98 che dà esecuzione all'Accordo interinale del commercio e unione doganale del 27 novembre 1992 fra la Repubblica di San Marino e la CEE;

Vista la Legge 17 marzo 1993 n. 41;

Vista la decisione n. 1/94 adottata in data 28 giugno 1994 dal comitato di Cooperazione San Marino-CEE di cui all'art. 13 dell'Accordo interinale sopra citato;

Visto il Decreto 4 ottobre 1984 n. 87;

Vista la delibera del Congresso di Stato del 6 maggio 1996 n.36;

ValendoCi delle Nostre Facoltà;

Decretiamo, promulghiamo e mandiamo a pubblicare:

Art. 1

Il presente Decreto regola la notifica in caso d'insorgenza, di una delle malattie elencate e nell'allegato I, e della successiva soppressione, dopo l'estinzione dell'ultimo focolaio, delle restrizioni introdotte in seguito alla comparsa di una di queste malattie, in attuazione della Direttiva 82/894/CEE del Consiglio del 21/12/82 e delle decisioni della Commissione 84/890/CEE del 3/1/84 e 90/442/CEE del 25/7/90 e adottate con decisione n. 1/94 del Comitato di Cooperazione San Marino-CEE.

Art. 2

Ai fini del presente Decreto si intende per:

- a) "azienda" il complesso agricolo o di altra natura situato nel territorio di uno Stato CE e nel quale sono tenuti o allevati animali;
- b) "caso" la conferma ufficiale, su qualsiasi animale o carcassa, di una delle malattie elencate nell'allegato I.;
- c) "focolaio" l'azienda o il luogo in cui sono riuniti animali e in cui uno o piu' casi sono stati ufficialmente confermati;
- d) "focolaio primario" focolaio epidemiologicamente non collegato con un altro focolaio manifestatosi in precedenza nella stessa regione di uno Stato o il primo focolaio in un'altra regione dello stesso Stato.

Art. 3

1. Il servizio Veterinario della Repubblica di San Marino notificherà direttamente alla Commissione e a ciascuno degli Stati membri della CE entro 24 ore:

-l'insorgenza nel proprio territorio del focolaio primario di una delle malattie elencate nell'allegato I;

-la soppressione - dopo l'estinzione dell'ultimo focolaio - delle restrizioni introdotte nel suo territorio in seguito alla comparsa di una delle malattie elencate nell'allegato I.

2. Le notifiche di cui al paragrafo 1, che implicano la trasmissione di tutte le informazioni necessarie, avvengono per via informatica utilizzando la modulistica prevista agli allegati II III IV V.

3. Con lo stesso sistema, al Servizio Veterinario della Repubblica di San Marino arriveranno le informazioni di cui al paragrafo 1 da parte di tutti gli Stati comunitari.

Art. 4

Fatte salve le disposizioni di cui all'art. 1 il Servizio Veterinario della Repubblica di San Marino, comunicherà alla Commissione, almeno il primo giorno lavorativo di ogni settimana i focolai secondari di una delle malattie di cui all'Allegato I constatati sul suo territorio. Tale notifica deve riferirsi alla settimana che termina alla mezzanotte della Domenica precedente la notifica stessa, qualora la Commissione non riceva alcuna notifica, si considera che nessun focolaio secondario si è manifestato in quel periodo.

Le informazioni sul focolaio secondario vanno fatte in base all'Allegato II. per via informatica.

Dato dalla Nostra Residenza, addì 20 maggio 1996/1695 d.F.R.

I CAPITANI REGGENTI

Pier Paolo Gasperoni - Pietro Bugli

IL SEGRETARIO DI STATO

PER GLI AFFARI INTERNI

Antonio Lazzaro Volpinari

ALLEGATO I

Malattie per cui è necessaria la notifica

- Afta epizootica;
- Peste bovina;
- Pleuropolmonite contagiosa dei bovini;
- Febbre catarrale ovina (Blue tongue);
- Malattia Vescicolare dei suini;

- Peste suina classica;
- Peste suina africana;
- Malattia di Teschen;
- Peste aviaria;
- Malattie di Newcastle;
- Morbo coitale;
- Carbonchio Ematico Rabbia;
- Encefalopatia Spongiforme dei bovini.

ALLEGATO II
NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE - MODULO 1
NOTIFICA ALLA COMMISSIONE E AGLI ALTRI STATI MEMBRI
DELL'INSORGENZA DI FOCOLAI DI UNA MALATTIA IN UNO STATO
MEMBRO

Informazione richiesta Testo da trasmettere

Numero di riferimento della Commissione DGVI/B.II2/ADN1

Data dell'invio (*) (giorno/mese/anno) _ _ / _ _ / _ _

Ora dell'invio (*) (arco di 24 ore) _ _ _ _ _

Stato d'origine (*) _ _ _ _ _

Malattia (*)

Numero di serie del focolaio (*) (anno/numero) _ _ / _ _ _ _ _

Tipo/sottotipo della malattia _ _ _ _ _

Regione infetta (*) _ _ _

Indicare le altre eventuali ragioni soggette alle restrizioni _ _ _

Tipo del focolaio (*) (primario 1 o secondario 2) _ _ / _ _ / _ _ _ _ _

Numero di riferimento del focolaio cui si riferisce il focolaio in causa __

Origine della malattia

Misure di controllo: __

indicare uno o piu' numeri di codice successivamente, conformemente __

al numero delle misure di controllo da segnalare __

Data di insorgenza del sospetto di malattia (giorno/mese/anno) __/__/__

Numero di animali che potrebbero essere infetti nell'azienda: _____

- bovini _____

- suini _____

- ovini _____

- caprini _____

- pollame _____

- equini _____

- pesci _____

- selvaggina _____

Data di conferma della malattia nell'azienda (*) (giorno/mese/anno) __/__/__

Numero di animali clinicamente infetti nell'azienda : _ _ _ _ _

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- ovini _ _ _ _ _

- caprini _ _ _ _ _

- pollame _ _ _ _ _

- equini _ _ _ _ _

- pesci _ _ _ _ _

- selvaggina _ _ _ _ _

Data presunta della prima infezione nell'azienda (giorno/mese/anno) _ / _ / _

Numero di animali morti di tale malattia nell'azienda: _ _ _ _ _

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- ovini _ _ _ _ _

- caprini _ _ _ _ _

- pollame _ _ _ _ _

- equini _ _ _ _ _

- pesci _ _ _ _ _

- selvaggina _____

Data prevista di compimento della macellazione per il consumo umano

(giorno/mese/anno) _/ _/ _

Numero di animali macellati per il consumo umano: _____

- bovini _____

- suini _____

- ovini _____

- caprini _____

- pollame _____

- equini _____

- pesci _____

- selvaggina _____

Data prevista di compimento dell'abbattimento e della distruzione _/ _/ _

(giorno/mese/anno)

Numero di animali abbattuti e distrutti: _____

- bovini _____

- suini _____

- ovini _____

- caprini _____

- pollame_____

- equini_____

- pesci_____

- selvaggina_____

Solo per la peste suina: distanza dell'azienda suinicola piu' vicina (in metri) _/_/_/_/_

Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta:

- suini da riproduzione_____

- Suinetti_____

- Suini da ingrasso_____

Fine della parte in codice

Testo non in codice (se necessario)

(1) I focolai secondari devono essere notificati solo alla Commissione

N.B. Le linee indicate con asterisco (*) devono essere compilate obbligatoriamente, altrimenti la notifica sarà respinta.

ALLEGATO III

NOTIFICATO DI MALATTIA ANIMALE - MODULO 2

**NOTIFICA ALLA COMMISSIONE E AGLI ALTRI STATI MEMBRI DI
INFORMAZIONE SUPPLEMENTARI O DI CORREZIONI DI PRECEDENTI
INFORMAZIONI**

Informazione richiesta Testo da trasmettere

numero di riferimento della Commissione DGVI/B.II2/ADN2

Data dell'invio (*) (giorno/mese/anno) __/__/__

Ora dell'invio (*) (arco di 24 ore) ____

Stato d'origine (*) __

Malattia __

Numero di serie del focolaio (*) (anno/numero) __/____

Tipo/sottotipo della malattia _____

Regione infetta (*) __

Indicare le altre eventuali regioni soggette alle restrizioni __

Tipo di focolaio (*) (primario 1 o secondario 2)

Numero di riferimento del focolaio cui si riferisce il focolaio in causa _

Origine della malattia __/__/__

Misure di controllo: __

indicare uno o piu' numeri di codice successivamente, conformemente __

al numero delle misure di controllo da segnalare __

Data di insorgenza del sospetto di malattia (giorno/mese/anno) _ _ / _ _ / _ _

Numero di animali che potrebbero essere infetti nell'azienda:

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- caprini _ _ _ _ _

- pollame _ _ _ _ _

- equini _ _ _ _ _

- pesci _ _ _ _ _

- selvaggina _ _ _ _ _

Data di conferma della malattia nell'azienda (*) (giorno/mese/anno) _ _ / _ _ / _ _ a Numero di animali clinicamente infetti nell'azienda:

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- ovini _ _ _ _ _

- caprini _ _ _ _ _

- pollame _ _ _ _ _

- equini _ _ _ _ _

- pesci _ _ _ _ _

- selvaggina _ _ _ _ _

Data presunta della prima infezione nell'azienda (giorno/mese/anno) _ / _ / _ / _ / _

Numero di animali morti di tale malattia nell'azienda

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- ovini _ _ _ _ _

- caprini _ _ _ _ _

- pollame _ _ _ _ _

- equini _ _ _ _ _

- pesci _ _ _ _ _

- selvaggina _ _ _ _ _

Data di compimento della macellazione per il consumo umano

(giorno/mese/anno) _ / _ / _ / _ / _

Numero di animali macellati per il consumo umano:

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- ovini _ _ _ _ _

- caprini _____

- pollame _____

- equini _____

- pesci _____

- selvaggina _____

Solo per la peste suina: distanza dell'azienda suinicola piu' vicina (in metri) _____

Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta:

- suini da riproduzione _____

- suinetti _____

- suini da ingrasso _____

Solo per la peste suina: metodo di diagnosi applicato

Numero e categoria dei suini nell'azienda infetta: _____

- suini da riproduzione _____

- suinetti _____

- suini da ingrasso _____

Fine della parte in codice

Testo non in codice (se necessario)

(* I focolai secondari devono essere notificati solo alla Commissione

NB Le linee indicate con un asterisco (*) devono essere compilate obbligatoriamente, altrimenti la notifica sarà respinta

ALLEGATO IV

NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE - MODULO 3 NOTIFICA ALLA COMMISSIONE E AGLI ALTRI STATI MEMBRI DELL'ABOLIZIONE DELLE RESTRIZIONI

Informazione richiesta Testo da trasmettere

Numero di riferimento della Commissione DGVI/B.II.2/ADN3

Data dell'invio (*) (giorno/mese/anno) _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Ora dell'invio () (arco di 24 ore) _ _ _ _

Stato d'Origine (*) _ _

Malattia (*) _ _

Regione (*)

Data dell'abolizione delle restrizioni(*)

(giorno/mese/anno)

Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)

Regione (*)

Data dell'abolizione delle restrizioni (*)

(giorno/mese/anno)

Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)

Regione (*)

Data dell'abolizione delle restrizioni (*)

(giorno/mese/anno)

Ora dell'abolizione delle restrizioni (*) (arco di 24 ore)

Ripetere se necessario, conformemente allo schema che precede

Fine della parte in codice

Testo non in codice (eventuali osservazioni, ecc)

NB: Le linee con un asterisco devono essere compilate obbligatoriamente, altrimenti la notifica sarà respinta

ALLEGATO V

NOTIFICA DI MALATTIA ANIMALE - MODULO 4 NOTIFICA DELLA COMMISSIONE AGLI STATI MEMBRI DELL'INSORGENZA DI FOCOLAI DI UNA MALATTIA NELLA COMUNITA'

Numero di riferimento della Commissione DGVI/BII.2/ADN4

Data dell'invio (giorno/mese/anno) _ _ / _ _ / _ _

Ora dell'invio (arco di 24ore) _ _ _ _

Stato interessato _ _

Malattia _ / _ / _ al _ / _ / _

Periodo considerato (dal/a)

Numero totale dei focolai (per paese) RegioneSecondario

Numero totale dei focolai (per origine) _ _ _ _ _

Ripetere se necessario _ _ _ _ _

_ _ _ _ _

Numero totale: (*) (*) (*) (*) (*)

- bovini _ _ _ _ _

- suini _ _ _ _ _

- ovini _ _ _ _ _

- caprini _ _ _ _ _

- pollame _ _ _ _ _

- equini _ _ _ _ _

- pesci _ _ _ _ _

- selvaggina _ _ _ _ _

Informazioni sui numeri di serie (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*)

Informazioni sui numeri di serie _ _ _ _ _ / _ / _ _ _ / _ _ _ _ _

Informazioni sui numeri di serie _____ / / _____ / _____

Informazioni sui numeri di serie _____ / / _____ / _____

Informazioni sui numeri di serie _____ / / _____ / _____

Ripetere se necessario

esclusivamente peste suina(*) (*)

numero totale: _____

- suini da riproduzione _____

- suinetti _____

- suini da ingrasso _____

Fine della parte in codice

Lo schema precedente si ripete per ogni malattia e per ogni paese.

(*) Numero totale degli animali che potrebbero essere infetti nella(e) azienda(e). (*) Data di conferma della malattia nell'azienda

(*) Numero totale degli animali clinicamente infetti nella(e) azienda(e) (*) Origine della malattia

(*) Numero totale degli animali morti nella(e) azienda(e) (*) Numero di serie al quale si riferisce il focolaio.

(*) Numero totale degli animali macellati nella(e) azienda(e) (*) Metodo impiegato per la diagnosi

(*) Numero totale delle carcasse distrutte nella(e) azienda(e) (*) Distanza dall'azienda suinicola piu' vicina

(*) Numero di serie (anno/numero). (*) Numero totale e categorie di suini detenuti dall'azienda.

(*) Regione (*) Numero totale e categorie di suini clinicamente infetti nell'azienda.