



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA SANITA' ANIMALE E  
DEI FARMACI VETERINARI  
Ufficio 2 – Epidemiologia e anagrafi degli animali,  
coordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IIZZSS)  
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma  
[dgsa@postacert.sanita.it](mailto:dgsa@postacert.sanita.it)

Alle Regioni e Province Autonome di Trento e  
Bolzano  
Servizi Veterinari  
E p.c.  
CSN c/o IZS Abruzzo e Molise  
[protocollo@pec.izs.it](mailto:protocollo@pec.izs.it)

Registro – Classif: I.5.i.q.1/2019/1  
Allegati: 2

FNOVI [info@pec.fnovi.it](mailto:info@pec.fnovi.it)  
ANMVI [anmvi@pec.anmvi.it](mailto:anmvi@pec.anmvi.it)  
SIVEMP [sivemp@pec.it](mailto:sivemp@pec.it)

**OGGETTO:** ANAGRAFE dei lagomorfi, dell'elicicoltura, dei camelidi ed altri ungulati- richiesta di verifica dei dati in BDN e trasmissione check list per i controlli ex DM 02.03.2018

In relazione all'oggetto, invitando ad assicurare al più presto la registrazione in BDN di tutte le attività zootecniche di cui al DM. 02.03.2018 presenti sul territorio di competenza, si trasmettono alcuni documenti.

In *allegato 1* si trasmette, per ciascuno dei tre settori di cui al DM stesso e per ciascuna regione e Provincia autonoma, il numero di allevamenti presenti in BDN al 30.09.2019. Per l'analisi dei dati territoriali di ciascun distretto di competenza si invita a consultare i report disponibili in BDN.

Inoltre, per gli approfondimenti da effettuare con i servizi veterinari di sicurezza alimentare, si comunica che alla stessa data (30.09.2019) in BDN risultano **572 partite di conigli macellate per l'anno in corso, di cui: 230 in Emilia Romagna; 131 in Campania, 118 in Toscana, 37 in Puglia 33 in Piemonte; 15 nella Marche; 8 nel Lazio.**

In *allegato 2* si trasmettono le check list da utilizzare per i controlli di cui all'articolo 2, comma 7, e al capitolo 9 del manuale operativo del DM 02.03.2018 per ciascuno dei tre settori attivi in BDN, ossia lagomorfi, elicicoltura, camelidi ed altri ungulati. Le check list possono essere utilizzate fin da subito nel corso dei controlli in oggetto e, a breve, saranno informatizzate dal CSN nell'applicativo "controlli".

Ringraziando per l'attenzione e la collaborazione, si rimane a disposizione per ogni eventuale richiesta di chiarimento.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Silvio Borrello\*

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

**Allegato 1**

REGIONI PROVINCE AUTONO ME	LAGOMORFI		ELICOLTURA		CAMELIDI ED ALTRI UNGULATI		
	allevamenti		allevamenti		allevamenti con o.p. "produzioni"	allevamenti con o.p. "altre finalità - collezioni faunistiche ..."	allevamenti con o.p. "..giardini zoologici"
ABRUZZO	46		3		Zero	1	Zero
BASILICATA	Zero		Zero		Zero	Zero	Zero
BOLZANO	Zero		Zero		Zero	Zero	Zero
CALABRIA	11		1		Zero	Zero	1
CAMPANIA	29		8		Zero	1	1
E. ROMAGNA	31		20		5	5	Zero
FRIULI V. G.	38		3		Zero	2	Zero
LAZIO	48		32		1	10	Zero
LIGURIA	32		3		1	2	Zero
LOMBARDIA	254		Zero		Zero	Zero	Zero
MARCHE	89		7		9	3	1
MOLISE	1		2		Zero	Zero	Zero
PIEMONTE	164		8		1	11	Zero
PUGLIA	18		1		Zero	Zero	Zero
SARDEGNA	14		14		Zero	Zero	Zero
SICILIA	32		16		4	1	Zero
TOSCANA	28		12		5	12	Zero
TRENTO	13		Zero		Zero	Zero	Zero
UMBRIA	46		9		1	6	Zero
V. D'AOSTA	8		Zero		Zero	Zero	Zero
VENETO	512		58		Zero	1	Zero
<b>TOTALE</b>	<b>1414</b>		<b>197</b>		<b>27</b>	<b>55</b>	<b>3</b>

**CONTROLLO SISTEMA I&R DEGLI ALLEVAMENTI DEI  
CAMELIDI ED ALTRI UNGULATI**

*(controllo ex articolo 2, comma 7, e capitolo 9 del manuale operativo al DM 02.03.2018)*

CHECK LIST N. \_\_\_\_\_

**SPECIE ALLEVATA**

**REGIONE**

**ASL**

**DISTRETTO**

**DATI AZIENDALI**

**AZIENDA\_CODICE**

**DENOMINAZIONE**

**IT**

**INDIRIZZO**

**COMUNE**

**PROV**

**CAP**

**PROPRIETARIO**

**CODICE FISCALE**

**TEL**

**DETENTORE**

**CODICE FISCALE**

**TEL**

**ESTREMI DEL DELEGATO**

**TIPO DELEGATO**

**POSTAZIONE VISITATA:**

**LATITUDINE** \_\_\_\_\_

**LONGITUDINE** \_\_\_\_\_

**ORIENTAMENTO PRODUTTIVO**

**TIPO ATTIVITA'**

**MODALITA' ALLEVAMENTO**

**SUPERFICIE**

**FLAG QUARANTENA/VUOTO SANITARIO**

PREAVVISO (max 48 ore)

SI

NO

in data \_\_\_\_\_

tramite:

Telefono

Telegramma/lettera/fax

Altra forma

**Selezionare il criterio di rischio utilizzato per la selezione dell'allevamento sottoposto a controllo:**

- assenza/irregolari registrazioni in bdn
- altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- cambiamenti della situazione aziendale
- pregresse carenze di conformità
- implicazioni per la salute umana e animale, precedenti focolai
- indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- numero di animali
- segnalazione di irregolarità da impianto di macellazione
- altro criterio di rischio ritenuto rilevante dall'autorità competente, indicare quale (\*)

**(\*)Specificare il criterio di rischio ritenuto rilevante dall'Autorità competente:**

ELEMENTI DI VERIFICA Elementi di valutazione (Esempi di evidenze utili per valutare il rispetto del criterio di conformità)	GIUDIZIO DI CONFORMITA'		
	SI	NO	N.A.
1. Registrazione corretta delle coordinate			
2. La modalità allevamento indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
3. L'applicazione di quarantena/vuoto sanitario indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
4. E' correttamente registrato il censimento annuale?			
5. Le informazioni del censimento corrispondono alla realtà aziendale e alle documentazioni di trasporto?			
6. La superficie destinata agli animali indicata in BDN è congrua con la realtà aziendale			
7. E' disponibile la documentazione di trasporto per gli animali presenti in azienda/stabilimento?			
8. E' disponibile la documentazione di trasporto per le movimentazioni in entrata e uscita in azienda degli ultimi 6 mesi?			
9. Il n° degli animali morti risulta correttamente documentato in azienda			
10. Presenza di mortalità anomala			

**Riscontro di elementi di possibile non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate\*:** SI  NO

**EVIDENZE:**

<input type="checkbox"/> <b>Benessere Animale</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Impiego di sostanze vietate</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sicurezza Alimentare</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TSE</b>	

\*Qualora, durante l'esecuzione del controllo, il Veterinario controllore rilevasse elementi di non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate, egli dovrà riportarne l'evenienza flaggando il settore pertinente e specificare nell'apposito campo l'evidenza riscontrata. Al rientro presso la ASL, il Veterinario controllore dovrà evidenziare al Responsabile della ASL quanto da lui rilevato e consegnare copia della check-list da lui compilata in modo che il Responsabile stesso possa provvedere all'attivazione urgente dei relativi controlli. Il sistema inoltre segnalerà opportunamente tale evenienza al fine dell'esecuzione obbligatoria dello specifico controllo.

**ESITO DEL CONTROLLO**

**Favorevole**       **Sfavorevole**       **Sfavorevole per mancato/rifiutato controllo**

E' stata consegnata una copia della presente check list all'allevatore?      SI       NO

**PRESCRIZIONI / AZIONE CORRETTIVA**

<b>Regolarizzare la registrazione entro ..... gg</b>	<b>Regolarizzare la situazione aziendale entro ..... gg</b>
--	---

**L'azienda sarà oggetto di nuovo controllo, senza preavviso, per la verifica degli adempimenti a quanto prescritto**

DATA PRIMO CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	Firma e timbro del controllore _____
Firma e timbro del rappresentante _____	

**VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI (alla scadenza del tempo assegnato)**

Esito del follow up/ Verifica e chiusura delle azioni correttive attuate:

PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI      SI       NO

\_\_\_\_\_ *Data di verifica in loco*

\_\_\_\_\_ *Data di verifica in BDN*

NOTA: la mancata esecuzione da parte dell'Azienda delle Prescrizioni/Interventi correttivi comporta l'applicazione di sanzioni.

COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
Firma e timbro del rappresentante _____	Firma e timbro del controllore _____

**SANZIONI APPLICATE**

<input type="checkbox"/> <b>Blocco movimentazioni</b>	<input type="checkbox"/> <b>Amministrativa/pecuniaria</b>
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____	

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE :**

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA:**

# CONTROLLO SISTEMA I&R DEGLI ALLEVAMENTI DI ELICICOLTURA

(controllo ex articolo 2, comma 7, e capitolo 9 del manuale operativo al DM 02.03.2018)

CHECK LIST N. \_\_\_\_\_

**SPECIE ALLEVATA**

**REGIONE**

**ASL**

**DISTRETTO**

## DATI AZIENDALI

<b>AZIENDA_CODICE</b> IT _____	<b>DENOMINAZIONE</b> _____	
<b>INDIRIZZO</b> _____		
<b>COMUNE</b> _____	<b>PROV</b> _____	<b>CAP</b> _____
<b>PROPRIETARIO</b> _____	<b>CODICE FISCALE</b> _____	<b>TEL</b> _____
<b>DETENTORE</b> _____	<b>CODICE FISCALE</b> _____	<b>TEL</b> _____
<b>ESTREMI DEL DELEGATO</b> _____	<b>TIPO DELEGATO</b> _____	
<b>POSTAZIONE VISITATA:</b> _____	<b>LATITUDINE</b> _____	<b>LONGITUDINE</b> _____
<b>ORIENTAMENTO PRODUTTIVO</b> _____	<b>TIPO ATTIVITA'</b> _____	<b>MODALITA' ALLEVAMENTO</b> _____
<b>SUPERFICIE</b> _____	<b>FLAG QUARANTENA/VUOTO SANITARIO</b> <input type="checkbox"/>	

PREAVVISO (max 48 ore)

SI

NO

in data \_\_\_\_\_

tramite:

Telefono

Telegramma/lettera/fax

Altra forma

**Selezionare il criterio di rischio utilizzato per la selezione dell'allevamento sottoposto a controllo:**

- assenza/irregolari registrazioni in bdn
- altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- cambiamenti della situazione aziendale
- pregresse carenze di conformità
- implicazioni per la salute umana e animale, precedenti focolai
- indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- numero di animali
- segnalazione di irregolarità da impianto di macellazione
- altro criterio di rischio ritenuto rilevante dall'autorità competente, indicare quale (\*)

**(\*)Specificare il criterio di rischio ritenuto rilevante dall'Autorità competente:**

ELEMENTI DI VERIFICA Elementi di valutazione (Esempi di evidenze utili per valutare il rispetto del criterio di conformità)	GIUDIZIO DI CONFORMITA'		
	SI	NO	N.A.
1. Registrazione corretta delle coordinate			
2. La modalità allevamento indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
3. L'applicazione di quarantena/vuoto sanitario indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
4. E' correttamente registrato il censimento annuale?			
5. Le informazioni del censimento corrispondono alla realtà aziendale e alle documentazioni di trasporto?			
6. La superficie destinata agli animali indicata in BDN è congrua con la realtà aziendale			
7. E' disponibile la documentazione di trasporto per gli animali presenti in azienda/stabilimento?			
8. E' disponibile la documentazione di trasporto per le movimentazioni in entrata e uscita in azienda degli ultimi 6 mesi?			
9. Il n° degli animali morti risulta correttamente documentato in azienda			
10. Presenza di mortalità anomala			

**Riscontro di elementi di possibile non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate\*:** SI  NO

**EVIDENZE:**

<input type="checkbox"/> <b>Benessere Animale</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Impiego di sostanze vietate</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sicurezza Alimentare</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TSE</b>	

\*Qualora, durante l'esecuzione del controllo, il Veterinario controllore rilevasse elementi di non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate, egli dovrà riportarne l'evenienza flaggando il settore pertinente e specificare nell'apposito campo l'evidenza riscontrata. Al rientro presso la ASL, il Veterinario controllore dovrà evidenziare al Responsabile della ASL quanto da lui rilevato e consegnare copia della check-list da lui compilata in modo che il Responsabile stesso possa provvedere all'attivazione urgente dei relativi controlli. Il sistema inoltre segnalerà opportunamente tale evenienza al fine dell'esecuzione obbligatoria dello specifico controllo.

**ESITO DEL CONTROLLO**

**Favorevole**       **Sfavorevole**       **Sfavorevole per mancato/rifiutato controllo**

E' stata consegnata una copia della presente check list all'allevatore?      SI       NO

**PRESCRIZIONI / AZIONE CORRETTIVA**

<b>Regolarizzare la registrazione entro ..... gg</b>	<b>Regolarizzare la situazione aziendale entro ..... gg</b>
--	---

**L'azienda sarà oggetto di nuovo controllo, senza preavviso, per la verifica degli adempimenti a quanto prescritto**

DATA PRIMO CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	Firma e timbro del controllore _____
Firma e timbro del rappresentante _____	

**VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI (alla scadenza del tempo assegnato)**

Esito del follow up/ Verifica e chiusura delle azioni correttive attuate:

PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI      SI       NO       \_\_\_\_\_ *Data di verifica in loco*      \_\_\_\_\_ *Data di verifica in BDN*

NOTA: la mancata esecuzione da parte dell'Azienda delle Prescrizioni/Interventi correttivi comporta l'applicazione di sanzioni.

COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
Firma e timbro del rappresentante _____	Firma e timbro del controllore _____

**SANZIONI APPLICATE**

<input type="checkbox"/> <b>Blocco movimentazioni</b>	<input type="checkbox"/> <b>Amministrativa/pecuniaria</b>
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____	

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE :**

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA:**

# CONTROLLO SISTEMA I&R DEGLI ALLEVAMENTI DEI LAGOMORFI

(controllo ex articolo 2, comma 7, e capitolo 9 del manuale operativo al DM 02.03.2018)

CHECK LIST N. \_\_\_\_\_

**SPECIE ALLEVATA**

**REGIONE**

**ASL**

**DISTRETTO**

## DATI AZIENDALI

<b>AZIENDA_CODICE</b> IT INDIRIZZO	<b>DENOMINAZIONE</b>		
<b>COMUNE</b>		<b>PROV</b>	<b>CAP</b>
<b>PROPRIETARIO</b>	<b>CODICE FISCALE</b>	<b>TEL</b>	
<b>DETENTORE</b>	<b>CODICE FISCALE</b>	<b>TEL</b>	
<b>ESTREMI DEL DELEGATO</b>		<b>TIPO DELEGATO</b>	
<b>POSTAZIONE VISITATA:</b>	<b>LATITUDINE</b> _____	<b>LONGITUDINE</b> _____	
<b>ORIENTAMENTO PRODUTTIVO</b>	<b>TIPO ATTIVITA'</b>	<b>MODALITA' ALLEVAMENTO</b>	
<b>SUPERFICIE</b>	<b>FLAG QUARANTENA/VUOTO SANITARIO</b> <input type="checkbox"/>		

PREAVVISO (max 48 ore)

SI

NO

in data \_\_\_\_\_

tramite:

Telefono

Telegramma/lettera/fax

Altra forma

**Selezionare il criterio di rischio utilizzato per la selezione dell'allevamento sottoposto a controllo:**

- assenza/irregolari registrazioni in bdn
- altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- cambiamenti della situazione aziendale
- pregresse carenze di conformità
- implicazioni per la salute umana e animale, precedenti focolai
- indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- numero di animali
- segnalazione di irregolarità da impianto di macellazione
- altro criterio di rischio ritenuto rilevante dall'autorità competente, indicare quale (\*)

**(\*)Specificare il criterio di rischio ritenuto rilevante dall'Autorità competente:**

ELEMENTI DI VERIFICA Elementi di valutazione (Esempi di evidenze utili per valutare il rispetto del criterio di conformità)	GIUDIZIO DI CONFORMITA'		
	SI	NO	N.A.
1. Registrazione corretta delle coordinate			
2. La modalità allevamento indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
3. L'applicazione di quarantena/vuoto sanitario indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
4. E' correttamente registrato il censimento annuale?			
5. Le informazioni del censimento corrispondono alla realtà aziendale e alle documentazioni di trasporto?			
6. La superficie destinata agli animali indicata in BDN è congrua con la realtà aziendale			
7. E' disponibile la documentazione di trasporto per gli animali presenti in azienda/stabilimento?			
8. E' disponibile la documentazione di trasporto per le movimentazioni in entrata e uscita in azienda degli ultimi 6 mesi?			
9. Il n° degli animali morti risulta correttamente documentato in azienda			
10. Presenza di mortalità anomala			

**Riscontro di elementi di possibile non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate\*:** SI  NO

**EVIDENZE:**

<input type="checkbox"/> <b>Benessere Animale</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Impiego di sostanze vietate</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sicurezza Alimentare</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TSE</b>	

\*Qualora, durante l'esecuzione del controllo, il Veterinario controllore rilevasse elementi di non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate, egli dovrà riportarne l'evenienza flaggando il settore pertinente e specificare nell'apposito campo l'evidenza riscontrata. Al rientro presso la ASL, il Veterinario controllore dovrà evidenziare al Responsabile della ASL quanto da lui rilevato e consegnare copia della check-list da lui compilata in modo che il Responsabile stesso possa provvedere all'attivazione urgente dei relativi controlli. Il sistema inoltre segnalerà opportunamente tale evenienza al fine dell'esecuzione obbligatoria dello specifico controllo.

**ESITO DEL CONTROLLO**

**Favorevole**       **Sfavorevole**       **Sfavorevole per mancato/rifiutato controllo**

E' stata consegnata una copia della presente check list all'allevatore?      SI       NO

**PRESCRIZIONI / AZIONE CORRETTIVA**

<b>Regolarizzare la registrazione entro ..... gg</b>	<b>Regolarizzare la situazione aziendale entro ..... gg</b>
--	---

**L'azienda sarà oggetto di nuovo controllo, senza preavviso, per la verifica degli adempimenti a quanto prescritto**

DATA PRIMO CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	Firma e timbro del controllore _____
Firma e timbro del rappresentante _____	

**VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI (alla scadenza del tempo assegnato)**

Esito del follow up/ Verifica e chiusura delle azioni correttive attuate:

PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI      SI       NO

\_\_\_\_\_ *Data di verifica in loco*

\_\_\_\_\_ *Data di verifica in BDN*

NOTA: la mancata esecuzione da parte dell'Azienda delle Prescrizioni/Interventi correttivi comporta l'applicazione di sanzioni.

COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
Firma e timbro del rappresentante _____	Firma e timbro del controllore _____

**SANZIONI APPLICATE**

<input type="checkbox"/> <b>Blocco movimentazioni</b>	<input type="checkbox"/> <b>Amministrativa/pecuniaria</b>
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____	

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE :**

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA:**