

ALLEGATO B)

**MODULISTICA DA UTILIZZARE IN ATTUAZIONE DEL PIANO DI CONTROLLO DELLA
LEISHMANIOSI CANINA**

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015

All'Azienda USL di

.....

COMUNICAZIONE CASO INCIDENTE DI LEISHMANIOSI CANINA

Si comunica che il cane:

Microchip/Tatuaggio (obbligatorio)	Sesso	Taglia	Pelo	Anno nascita	Razza
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Lungo		
Nome del cane	Indirizzo di detenzione del cane (obbligatorio)				
_____	_____				
Nome e cognome del proprietario	Indirizzo del proprietario (se diverso da quello della detenzione)				
_____	_____				

E' AFFETTO da LEISHMANIOSI

Accertamenti diagnostici eseguiti:

Es. sierologico (Metodo): _____ Titolo: 1: _____

Diretto: Biopsia Ago aspirato Es. istologico Altro _____Anamnesi

Ricovero notturno	Provenienza
<input type="checkbox"/> all'aperto <input type="checkbox"/> al chiuso	<input type="checkbox"/> Italia Regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Stato _____
Convive con altri cani	Spostamenti / viaggi che si ritiene utile segnalare al fine di ipotizzare dove è avvenuta l'eventuale infezione
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Quanti _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Dove: _____ Periodo: _____

Presenta sintomatologia clinica riferibile a Leishmaniosi : Sì No**Terapia** No Sì (Indicare farmaci somministrati, posologia e durata del trattamento)

.....

Soppressione No Sì Data _____Morte naturale No Sì Data _____Dati del Veterinario

(timbro del veterinario)	Indirizzo ambulatorio/clinica veterinaria
--------------------------	--

Luogo e data _____

Il VETERINARIO
(firma)

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015

All'IZSLER Sezione di

All'Azienda USL di

REGISTRAZIONE motivo del prelievo (8) Controllo a seguito di caso umano autoctono
 (Caso confermato nel Comune di n° 201.... /.....)

(9) Conferma sospetto diagnostico (in presenza di sintomi)

Materiale inviato Siero altro: _____

Esami richiesti Ricerca anticorpi (immunofluorescenza) per Leishmania
 PCR per *Leishmania infantum*

1. Dati del Veterinario

(timbro del veterinario che effettua il prelievo)	Indirizzo ambulatorio/clinica veterinaria				
---	---	--	--	--	--

2. Dati del Cane (segnalamento)

MICROCHIP (obbligatorio – 15 cifre)	Sesso	Taglia	Pelo	Anno nascita	Razza
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Piccola <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Lungo		
Nome del cane	Indirizzo di detenzione del cane				
Nome e cognome del proprietario	Indirizzo del proprietario (se diverso da quello di detenzione del cane)				

3. Anamnesi

Ricovero notturno	Convive con altri cani ?		
<input type="checkbox"/> all'aperto <input type="checkbox"/> al chiuso	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Quanti _____
Provenienza	Spostamenti / viaggi che si ritiene utile segnalare al fine di ipotizzare dove è avvenuta l'eventuale infezione		
<input type="checkbox"/> Italia Regione _____ <input type="checkbox"/> Estero Stato _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Dove: _____ Periodo _____

4. Sintomatologia clinica riferibile a Leishmaniosi (indicare SEMPRE):

Alterazioni ematocliniche	Linfoadenomegalia	Dermatite furfuracea	Pallore delle mucose
epatiche	<i>poplitei</i>	Alopecia	Lesioni oculari
renali	<i>prescapolari</i>	Ulcere	Congiuntivite
	<i>retroscapolari</i>	Onicogrifosi	Perdita di peso
	<i>sistemica</i>	Epistassi	Altro: _____

5. Terapie effettuate (indicare date e prodotti utilizzati) _____

Luogo e data

Il VETERINARIO

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015

Gent.mo Sig.

Oggetto: Leishmaniosi cane - prescrizioni.

La Leishmaniosi è una malattia che viene trasmessa mediante la puntura di un insetto, il flebotomo (pappatacio), e che può, anche se in rari casi, colpire l'uomo. Pertanto nei confronti del suo cane

(nome, microchip/tatuaggio, razza, sesso, età)

le raccomandiamo di attenersi alle seguenti prescrizioni:

1. dotare il cane ammalato ed altri eventualmente custoditi nello stesso luogo, di misure antivettoriali specifiche per la protezione da flebotomi. Sono disponibili sotto forma di collare antiparassitario specifico, oppure spot-on [gocce da applicare sul dorso dell'animale] o eventualmente spray. I prodotti in commercio in Italia, con provata attività protettiva contro la puntura dei flebotomi, sono specialità a base di permetrina, associazione permetrina + piriproxifene, associazione permetrina + imidacloprid, complesso deltametrina + trifenilfosfato. Nella nostra Regione l'applicazione del prodotto antivettoriale andrebbe effettuata dal 15 maggio fino al 15 ottobre. Devono essere seguite con attenzione le raccomandazioni pratiche sulle modalità di utilizzo e la durata della protezione, specifici per ogni prodotto.
2. specifici protocolli terapeutici sono in grado di limitare il potenziale di rischio rappresentato dal cane quale serbatoio attivo del parassita (Linee guida per il controllo del serbatoio canino della Leishmaniosi viscerale zoonotica in Italia, pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità - Rapporto ISTISAN 04/12). E' importante pertanto rivolgersi al proprio veterinario per assicurare le terapie necessarie e periodici controlli per tutelare salute e benessere dell'animale e prevenire l'eventuale diffusione della malattia.
3. evitare per quanto possibile di mantenere il cane all'aperto nel periodo compreso fra maggio e ottobre nelle ore notturne e serali (dal tramonto all'alba) .

Per ulteriori informazioni potrà rivolgersi a(riferimento telefonico AUSL)

_____li_____

Timbro e firma

Per ricevuta

Sig._____

_____li_____

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015 – ALLEGATO 4

AL SEER – SORVEGLIANZA
EPIDEMIOLOGICA EMILIA-ROMAGNA
VIA P. FIORINI 5
BOLOGNA
FAX 051 4200038
E-MAIL CEREV@IZSLER.IT

GEOREFERENZIAZIONE CASO UMANO DI LEISHMANIOSI

Si comunica che in data/...../..... è stato diagnosticato un caso di Leishmaniosi in un paziente residente nel Comune di Prov.
in Via n°.

Dall'indagine epidemiologica esperita risulta che il caso è presumibilmente:

autoctono non autoctono

si chiede al SEER la produzione di una mappa in cui sia evidenziata l'area di 300 mt di raggio attorno all'abitazione del caso umano; si prega di inviare il file all'indirizzo e-mail:
.....@.....

Data/...../.....

Timbro e firma

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015
MONITORAGGIO SIEROLOGICO NEI CANILI

Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e Emilia-Romagna
Sezione di _____

Codice Canile _____ **Denominazione** _____

Comune e indirizzo _____

Materiale inviato Siero altro: _____

Esami richiesti

- Ricerca anticorpi (immunofluorescenza) per *Leishmania*
- Ricerca anticorpi (immunofluorescenza) per *Borrelia, Rickettsia e Erlichia*
- PCR per *Leishmania infantum*
- Isolamento

N.	Microchip (obbligatorio – 15 cifre)	Nome del cane	Registrazione motivo prelievo°				
			1	2	3	4	5
1	_____	_____	1	2	3	4	5
2	_____	_____	1	2	3	4	5
3	_____	_____	1	2	3	4	5
4	_____	_____	1	2	3	4	5
5	_____	_____	1	2	3	4	5
6	_____	_____	1	2	3	4	5
7	_____	_____	1	2	3	4	5
8	_____	_____	1	2	3	4	5
9	_____	_____	1	2	3	4	5
10	_____	_____	1	2	3	4	5

° Motivi di prelievo

(1) Monitoraggio iniziale in nuovo canile	(2) Cane in ingresso al canile	(3) Cane sentinella	(4) Ricontrrollo su cane sospetto IFI 1:40-1:80	(5) Prelievo su sospetto clinico o approfondimento diagnostico in cane positivo sierologicamente o ricontrrollo su cane positivo
--	-----------------------------------	------------------------	--	---

Note _____

Luogo e data _____

Timbro e firma del Veterinario ufficiale _____

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015

SCHEDA ANAMNESTICA INDIVIDUALE CANE INFETTO DA LEISHMANIOSI CANINA

1. Dati del Canile

Codice canile: _____ Ragione sociale canile: _____

Indirizzo: _____

2. Dati del Cane

Microchip / tatuaggio (OBBLIGATORIO)										Nome	Numero del box	Eventuale N° id. interno
Sesso	Anno di nascita		Razza							Taglia	Pelo	
<input type="checkbox"/> M										<input type="checkbox"/> Piccola	<input type="checkbox"/> Raso	
<input type="checkbox"/> F										<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Corto	
Data di ingresso nel canile		Provenienza										

3. Anamnesi e Dati di laboratorio

N. Rapporto prova IZSLER: _____

Se le indagini diagnostiche sono state svolte presso strutture diverse da IZSLER:

Tipo di esame	Data ultimo prelievo positivo	ESITO
Sierologia (IFI)		Titolo: 1: _____
PCR		<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> N.E.*
Es. citologico/istologico		<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> N.E.*
Coltura		<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> N.E.*

Allegare se possibile il referto di laboratorio dell'ultima positività

*N.E. = non eseguito

Sintomatologia riferibile a leishmaniosi:

Infoadenomegalia	dermatite furfuracea	pallore delle mucose
poplitei	alopecia	lesioni oculari
prescapolari	ulcere	splenomegalia
retroscapolari	onicogrifosi	perdita di peso
sistemica	epistassi	altro

Terapie effettuate :

NO SI: (indicare date e prodotti utilizzati)

.....

Firma e timbro

DATA: _____

REGISTRARE LA SCHEDA ANAMNESTICA SUL SISTEMA SEER (<http://seer.izsler.it>)

sezione Piani di monitoraggio e sorveglianza – Piano leishmania nei canili

La scheda va mantenuta aggiornata registrando le successive movimentazioni del cane (affidamento o restituzione / decesso / soppressione / trasferimento) ecc.

Piano regionale di controllo della Leishmaniosi canina DGRER 240/2015 – Allegato 7
Scheda censimento canili

Codice canile (codice aziendale):			
Ragione sociale:			
Via:			
Città:	Telefono:		
Coordinate geografiche: Latitudine _____ Longitudine _____ Se non si è in grado di rilevare le coordinate, allegare copia di una cartina tecnica regionale con indicazione della struttura			
Legale rappresentante:			
Responsabile della struttura:			
Referente struttura:			
Autorizzazione Sanitaria: n° _____ del _____ capienza autorizzata n° cani _____		Tipologia: canile	Temporaneo
			Permanente
Anno del censimento (al 31/12 di ogni anno)		n. femmine sterilizzate nell'anno:.....	
Numero totale di cani ospitati:.....		n. maschi sterilizzati nell' anno:.....	
Numero totale box:.....			
Tipologia gestione: <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Associazione Animalista <input type="checkbox"/> Privato	Denominazione gestione:		

Movimentazioni anno

Cani catturati:
Con identificazione:
Senza identificazione:
Cani rinunciati:
Nascite:
Totale entrate (somma dei precedenti):

Restituzioni ai proprietari:
Adozioni:
Decessi:
Totale uscite (somma dei precedenti):

Timbro e firma del Veterinario Ufficiale

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240/2015 - ALLEGATO 8

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER:

- L'AFFIDO
 LA RESTITUZIONE AL PROPRIETARIO

DI UN CANE INFETTO / SOSPETTO INFETTO DA LEISHMANIOSI

IO SOTTOSCRITTO (cognome) _____ (nome) _____ RESIDENTE A _____
in via _____

DICHIARO CHE

avendo accettato in adozione/ restituzione presso il canile _____ di _____ ()
in data _____ il cane di nome _____ età ____ anni, sesso m / f,
microchip n° _____.

Il cane sarà detenuto in via comune(prov.).

SONO INFORMATO CHE IL CANE

È INFETTO DA LEISHMANIOSI

- pertanto mi impegno a sottoporre il cane ad adeguata terapia con la periodicità ritenuta opportuna dal veterinario di fiducia sulla base del monitoraggio dell'animale, in accordo con le linee guida dell'istituto superiore di sanità – anno 2004 – “controllo del serbatoio canino della leishmaniosi viscerale zoonotica in italia e seguendo protocolli validati da studi internazionali”,

- mi impegno inoltre ad adottare sul cane misure antivettoriali (collari, spray o spot-on attivi) quali repellenti/biocidi dei flebotomi, insetti responsabili della trasmissione durante ogni periodo stagionale di rischio (approssimativamente da maggio a ottobre a seconda dell'andamento climatico stagionale e del luogo di residenza).

È SOSPETTO INFETTO DA LEISHMANIOSI

- pertanto mi impegno a far ripetere i test sierologici di controllo al cane fra circa 6 e 12 mesi dal veterinario di fiducia e ad attuare, in caso di positività, le misure sopra descritte.

Sono al corrente che la malattia si trasmette all'uomo tramite la puntura di un insetto (flebotomo o pappatacco); le caratteristiche della malattia, la sua diffusione nel territorio nazionale, nonché la diffusione dell'insetto vettore ed i rischi di trasmissione all'uomo mi sono stati esaurientemente illustrati dal veterinario responsabile del cane.

IN FEDE

LUOGO, ADDÌ _____

FIRMA _____

Firma del medico veterinario che ha illustrato il consenso informato.

Data Firma

Una copia del presente atto deve essere consegnata al proprietario del cane.

In caso di affido di cane infetto, copia deve essere inviata anche all'Azienda USL competente sul luogo di nuova detenzione del cane. Registrare sulla scheda anamnestica individuale (<http://seer.izsler.it>) la movimentazione del cane.

CHE COS'E' LA LEISHMANIOSI?

La leishmaniosi è una malattia protozoaria a carattere zoonosico (cioè trasmissibile dagli animali all'uomo), trasmessa mediante la puntura di un insetto (flebotomo o pappatacco).

I flebotomi possono trasmettere la Leishmania dal cane all'uomo che, raramente, può ammalarsi di leishmaniosi viscerale. In questo caso, dopo un lungo periodo di incubazione (da 2 mesi fino ad alcuni anni), questa malattia si manifesta di norma con: febbre intermittente, deperimento organico, profonda stanchezza, ingrossamento del fegato e della milza, anemia, turbe gastroenteriche, frequenti episodi emorragici. Sono più colpiti i bambini e le persone immunodepresse, anche se non mancano casi in persone adulte con sistema immunitario efficiente.

E' una malattia che può essere curata, ma è importante non sottovalutarla: l'assenza di terapia porta inevitabilmente al decesso.

Nel cane la malattia procede con una evoluzione tendenzialmente cronica con deperimento organico e sintomatologia complessa, di solito il proprietario se ne avvede per quella cutanea.

QUALI CARATTERISTICHE HA L'INSETTO VETTORE?

I flebotomi sono insetti molto piccoli (2-4 mm) che solo con molta attenzione possono essere scorti ad occhio nudo. Si muovono molto silenziosamente, con corti voli successivi simili a saltelli. Solo le femmine effettuano il pasto di sangue per far maturare le uova. Questi insetti presentano attività crepuscolare e notturna, gli adulti sono presenti in estate ed in autunno, il loro ciclo è fortemente correlato alle condizioni ambientali. In Italia, alle nostre latitudini, i flebotomi sono presenti, indicativamente, tra giugno e settembre-ottobre.

COME AGISCE IL CANILE DI

Tutti i cani che accedono al canile di..... vengono controllati con visite cliniche mirate ed un esame del sangue per verificare la presenza o meno della malattia. Qualora l'animale risulti positivo vengono attuati gli specifici protocolli di cura e di protezione dall'insetto vettore.

LA LEISHMANIOSI CANINA E' CURABILE?

Anche se a tutt'oggi non esistono terapie risolutive della leishmaniosi nel cane, un adeguato trattamento riduce la possibilità per i flebotomi di infettarsi pungendo il cane, diminuendo la possibilità di diffusione della malattia. La terapia si basa su un protocollo terapeutico abbastanza lungo e che non sempre garantisce un esito certo. Pertanto, pur in presenza a volte di stati di guarigione clinica, sono frequenti gli episodi di ricomparsa della malattia anche a distanza di tempo, permanendo inoltre la possibilità di diffusione dell'infezione.

DIFFUSIONE IN ITALIA

La Leishmaniosi canina è presente storicamente in tutti i territori costieri e collinari del versante tirrenico, ionico e basso-adriatico dell'Italia continentale e delle isole maggiori e minori.

Recentemente sono stati rilevati focolai dell'infezione anche in Emilia Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Trentino e Friuli.

Attualmente, pertanto, possiamo ritenere l'infezione presente in forma endemica su tutto il territorio italiano, pur con differenti valori di prevalenza ed incidenza.

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA DGRER 240 / 2015
PROPOSTA DI ORDINANZA SINDACALE

Al Sig. Sindaco
del Comune di _____

e p.c. Al Responsabile la gestione
del canile _____

Oggetto: introduzione di cani al di fuori delle catture di soggetti vaganti sul territorio di competenza

Con Lettera n.528 prot. n.PG/2007/108853 del 18-04-07 la Regione Emilia Romagna ha attivato il progetto di "Sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori in Emilia Romagna", di cui alla DGR 1326/2007. Nell'ambito di questo progetto è compresa la realizzazione di un sistema di sorveglianza regionale sulla Leishmaniosi. Si tratta di una malattia protozoaria a carattere zoonosico, cioè trasmissibile dagli animali all'uomo, veicolata mediante la puntura di un insetto (flebotomo o pappatacio). I flebotomi possono trasmettere la Leishmania dal cane all'uomo che può ammalarsi a sua volta di leishmaniosi.

La Leishmaniosi canina è presente storicamente in tutti i territori costieri e collinari del versante tirrenico, ionico e basso-adriatico dell'Italia continentale e delle isole maggiori e minori. Recentemente sono stati rilevati focolai dell'infezione anche in Emilia Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Trentino e Friuli. Attualmente, pertanto, si può ritenere l'infezione presente in forma endemica su tutto il territorio italiano, con differenti valori di prevalenza e incidenza.

Uno degli obiettivi del sistema di sorveglianza regionale è di conoscere lo stato sanitario dei cani ricoverati nei canili nei confronti di questa patologia per mettere in atto tutte le misure necessarie a contenere il rischio di diffusione ad altri animali e all'uomo nella nostra regione, secondo il protocollo fornito dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità del 2004.

Pertanto, a partire già dal mese di maggio di quest'anno, il progetto ha portato ad effettuare da parte della scrivente Area Dipartimentale il monitoraggio sierologico nei confronti della Leishmaniosi canina (Lcan) di tutti i cani presenti presso il canile _____ di cui è responsabile della gestione il sig. _____ e di proseguire detto monitoraggio sugli animali di nuova introduzione provenienti da catture di soggetti vaganti sul territorio di competenza. Tale attività sarà estesa a tutte le strutture di ricovero dei cani di cui alla L.R. 27/2000.

Nel contempo, al fine di contenere il rischio di diffusione della malattia nel territorio regionale, occorre adottare misure di tutela per limitare le introduzioni di cani catturati in territori di altre regioni verso strutture private o gestite da associazioni animaliste ad animali non infetti da Leishmania canina.

Pertanto, al fine di mantenere lo stato sanitario riscontrato lo scrivente servizio le **propone** di emanare specifica Ordinanza che imponga al gestore del canile di _____ di introdurre animali catturati in altre regioni, scortati da certificazione sanitaria rilasciata dal Servizio Veterinario di origine dell'animale in cui si dichiari che lo stesso è stato saggiato sierologicamente da non più di 30 giorni tramite Immunofluorescenza indiretta (IFI) nei confronti della Lcan con un titolo inferiore a 1:40.

Infine questo Servizio Le propone, nell'ambito dell'attività di vigilanza di competenza, di effettuare il controllo sull'applicazione di quanto proposto nei confronti delle nuove introduzioni, dandone comunicazione alla S.V. delle eventuali infrazioni riscontrate.

Il Responsabile dell'ADSPV

Modello di Ordinanza Sindacale

Al Sig.....Responsabile della struttura di ricovero per canidi.....

Il Sindaco

Visti:

- Il Regolamento di Polizia veterinaria DPR 320/54;
- Legge quadro sul randagismo 281/91;
- Legge regionale " Nuove norme a tutela e controllo della popolazione canina e felina" n.27/2000;
- La nota del Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti della Regione Emilia Romagna, prot. PG/2007/108853 del 18-04-07 relativa alla "Sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori in Emilia Romagna";
- La nota del Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti della Regione Emilia Romagna prot. ASS/VET/06/24150 del 10/07/06 sui controlli sanitari nelle strutture di ricovero per cani e gatti;
- Le Linee guida del 2004 dell'Istituto Superiore di Sanità sul "Controllo del serbatoio canino della Leishmaniosi canina viscerale zoonotica in Italia";
- La nota dell'ADSPV din°.....del..... sull'introduzione di cani al di fuori delle catture di soggetti vaganti sul territorio di competenza;

Ritenuto necessario, per motivi di salute pubblica, al fine di contenere il rischio di diffusione della leishmaniosi canina adottare in merito apposita ordinanza che regoli l'introduzione nella struttura di ricovero "....." di cani provenienti da comuni esterni all'area regionale;

Rilevata l'opportunità e la necessità di applicare ai fini della tutela della salute pubblica misure di controllo della malattia su tutti i cani già presenti che dovessero risultare sospetti infetti o infetti, in accordo al protocollo fornito dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità del 2004, salvo il rientro immediato dell'animale alla regione di provenienza.

Ordina

Tutti i cani catturati vaganti provenienti da comuni esterni all'area regionale, direttamente o inviati da altre strutture di ricovero per cani randagi, in introduzione nella struttura di ricovero citata in premessa a partire dalla data di entrata in vigore della presente ordinanza devono essere scortati da certificazione rilasciata dal Servizio Veterinario dell'Azienda USL di origine attestante l'esecuzione di un test di immunofluorescenza indiretta (IFI) con titolo inferiore a 1:40, svolto entro 30 giorni dalla data del trasferimento.

Il responsabile della struttura di ricovero comunica all'Azienda USL il nominativo del veterinario responsabile della assistenza veterinaria.

Il veterinario responsabile dell'assistenza veterinaria della struttura in argomento segnala all'azienda USL competente ogni caso sospetto o accertato di infezione da *Leishmania infantum* nei soggetti ospitati.

Gli animali infetti e sospetti di infezione presenti nella struttura dovranno essere immediatamente sottoposti a misure di controllo della malattia (misure antivettoriali e trattamento farmacologico), in accordo alle Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (anno 2004) e ai protocolli validati da studi internazionali.

Le spese ai fini del controllo della malattia nel caso di animali sospetti o infetti, nonché l'eventuale rientro verso la regione di provenienza sono a carico del responsabile della suddetta struttura.

Il Sindaco

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI CANINA - DGRER 240/2015

Al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del DSP AUSL _____

COMUNICAZIONE CASO INCIDENTE DI LEISHMANIOSI

Si comunica che è in data .../.../.....è pervenuta segnalazione di un nuovo caso di infezione da *Leishmania infantum* in un cane detenuto nel territorio di competenza di questa AUSL.

Il cane infetto (Tatuaggio/Microchip)

E' (barrare la casella corrispondente):

di proprietà del Sig. _____

Residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Si informa che sono state trasmesse al proprietario in data/..../..... le prescrizioni indicate dal piano regionale di controllo della Leishmaniosi canina (allegato 8).

OPPURE

detenuto presso:

Codice canile (codice aziendale):	
Ragione sociale:	
Via:	
Città:	Telefono:

Addì/...../.....

Timbro e Firma del veterinario AUSL