



**REGIONE SICILIA**

A.S.P. DI \_\_\_\_\_

DISTRETTO DI \_\_\_\_\_

**DATI AZIENDALI**

AZIENDA\_CODICE

DENOMINAZIONE

IT \_\_\_\_\_

INDIRIZZO SEDE LEGALE \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA PRESENTE AL SOPRALLUOGO

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

ATTIVITA' DI APICOLTURA REGISTRATA IN BDN  SI  NO

Stanziale  Apicoltore Professionista

Nomade  Apicoltore Autoconsumo

LA POSTAZIONE VISITATA E' REGISTRATA IN BDA?  SI  NO

APIARIO N° \_\_\_\_\_ LATITUDINE \_\_\_\_\_ LONGITUDINE \_\_\_\_\_

Numero apiari registrati in BDA \_\_\_\_\_

TOTALE ALVEARI EFFETTIVAMENTE PRESENTI NELL' APIARIO VISITATO n. \_\_\_\_\_

Totale alveari risultanti al censimento annuale (ultimo censimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_)

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

(selezionare una sola delle opzioni disponibili)

- attività di apicoltura di professionista
- attività di apicoltura autoconsumo
- implicazioni per la salute animale, precedenti Focolai
- indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- non conformità rilevata anni precedenti
- altro ( random etc.)

Prima del sopralluogo esaminare la documentazione sulla tenuta delle registrazioni dei medicinali veterinari per il trattamento antivarroa utilizzati almeno negli ultimi 12 mesi

**VERIFICA DOCUMENTALE PIANO REGIONALE DELLA VARROA**

VERIFICA	Giudizio di conformità	Evidenze raccolte
E' PRESENTE IL REGISTRO DEI TRATTAMENTI TERAPEUTICI PREVISTO DALL'ART. 79 D.LVO N° 193/2006 ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
IL TRATTAMENTO ANTIVARROA AUTUNNALE-INVERNALE E' STATO REGISTRATO ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	

IL TRATTAMENTO ANTIVARROA ESTIVO E' STATO REGISTRATO ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
E' STATO FATTO UN TERZO TRATTAMENTO ANTIVARROA AGGIUNTIVO ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
SONO PRESENTI I DOCUMENTI DI ACQUISTO DEI FARMACI ANTIVARROA?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
E' REGISTRATO IL NOME COMMERCIALE DEI FARMACI UTILIZZATI ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
LA REGISTRAZIONE DEI TRATTAMENTI E' EFFETTUATA IN DOCUMENTI DIVERSI DAL REGISTRO DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI DI CUI AL D.Lvo 158/06 e 193/06 (MANUALE BUONA PRASSI, AUTOCONTROLLO, REGISTRO DEL	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	
NEL REGISTRO/ DOCUMENTAZIONE SONO INDICATE LE DATE DI INIZIO E DI FINE TRATTAMENTI ?	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> NA	

**I TRATTAMENTI SONO STATI EFFETTUATI SU TUTTI GLI ALVEARI DELL'APIARIO VISITATO**  TUTTE  Numero \_\_\_\_\_

ALVEARI TRATTATI	<input type="checkbox"/> TRATT. AUTUNNO-INVERNO	<input type="checkbox"/> TRATT. ESTIVO	<input type="checkbox"/> TRATT. AGGIUNTIVO
— motivo del trattamento			
— farmaco utilizzato			
— modalità di somministrazione			
— quantità di farmaco somministrato			
— data inizio trattamento			
— durata trattamento			

**TECNICHE APISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA VARROA**

1. BLOCCO DI COVATA SI  NO

ESTIVO  AUTUNNO / INVERNALE  DURATA DELL'INTERVENTO (IN GIORNI) .....

2. FORMAZIONE DI NUCLEI SI  NO

3. FAVO TRAPPOLA SI  NO

SE SI, LA TECNICA E' ADOTTATA SU TUTTI GLI ALVEARI DELL'AZIENDA SI  NO

NOTE:

.....

.....

.....

**SISTEMI DI VALUTAZIONE ADOTTATI DALL'APICOLTORE PER STABILIRE IL GRADO D'INFESTAZIONE DELLA VARROA**

• SONDAGGIO COVATA : MASCHILE  FEMMINILE

PERIODO .....

METODOLOGIA .....

.....

.....

.....

● PROVA DELLO ZUCCHERO A VELO :

PERIODO.....

METODOLOGIA .....

.....

.....

.....

● ALTRO .....

.....

.....

**Informazioni sanitarie APIARIO VISITATO**

	RACCOLTA EVIDENZE	NOTE DEL CONTROLLORE
– sintomi virosi (paralisi, ali deformi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
– varroe visibili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
– presenza api deformi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
– spopolamenti anomali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
– comportamento delle api		
Normale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Anormale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Maggiore aggressività	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Api disorientate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Api che non riescono a rientrare nell'alveare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Api che girano su se stesse e saltellano	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

CRITERI DI NON CONFORMITA'	GIUDIZIO CONFORMITA'	
	CONFORME	NON CONFORME
<input type="checkbox"/> Assenza registro trattamenti terapeutici o sua mancata vidimazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assenza di registrazione dei trattamenti antivarroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Registros insufficienti o con evidenti incongruenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mancato rispetto dei tempi per il trattamento antivarroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mancata documentazione fiscale di acquisto dei farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utilizzo di tecniche apistiche particolari che modificano la frequenza del numero dei trattamenti, in assenza di specifica procedura inserita nei manuali aziendali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accertamento caso clinico grave di varroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rinvenimento all'interno degli alveari di strumenti di somministrazioni non autorizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PRESCRIZIONI AZIONI CORRETTIVE E SANZIONI**

PRESCRIZIONI / AZIONI CORRETTIVE	
Regolarizzare la documentazione entro ..... gg	Regolarizzare la situazione aziendale entro ..... gg
L'azienda sarà oggetto di nuovo controllo, senza preavviso, per la verifica degli adempimenti prescritti	
SANZIONI APPLICATE	
Blocco movimentazioni: n° alveari interessati _____	Sanzione amministrativa/ pecuniaria _____
Esecuzione obbligatoria con acaricidi entro ..... gg	Applicazione art. 54 Reg. CE 882/2004
Denuncia Autorità Giudiziaria	Altro _____

NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE :

NOTE/OSSERVAZIONI DELL'APICOLTORE :

PREAVVISO (max 48 ore)

SI

NO

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

- Telefono  
 Telegramma/lettera/fax  
 Altra forma

DATA PRIMO CONTROLLO \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'APICOLTORE

\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE

FIRMA DEL CONTROLLORE

\_\_\_\_\_

**VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI**

da effettuare dopo la scadenza del tempo assegnato e prima di rendere definitivo il risultato del controllo

PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI

SI

NO

\_\_\_\_\_ data verifica

FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

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

DATA CONTROLLO AZIONI CORRETTIVE \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'APICOLTORE

\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE

FIRMA DEL CONTROLLORE

\_\_\_\_\_