



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Cabina di Regia istituita ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020

Riunione del 21 gennaio 2022 (videoconferenza)

Il giorno **21 gennaio 2022** si è svolta, con inizio alle ore 08:30, una riunione con la **Cabina di Regia** dedicata al monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del DPCM 26/04/2020 e al DM Salute 30 aprile 2020 finalizzato a "classificare tempestivamente il livello di rischio in modo da poter valutare la necessità di modulazioni nelle attività di risposta all'epidemia".

Presenti alla riunione: dr. Giovanni REZZA (Ministero della Salute, Direttore Generale DGPRES); dr. Francesco MARAGLINO (Ministero della Salute, DGPRES); dr.ssa Monica SANE-SCHEPISI (Ministero della Salute, DGPRES); dr.ssa Simona CARBONE (Ministero della Salute, DGPROG); dr.ssa Tiziana DE VITO (Ministero della Salute, DGPROG); dr.ssa Alessandra CAMPOLONGO (Ministero della Salute, DGPROG); dr.ssa Simona BELLOMETTI (Referente della conferenza delle Regioni/PA); prof. Enrico COSCIONI (Referente della conferenza delle Regioni/PA); Dr. Claudio DARIO (Referente della conferenza delle Regioni/PA); prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente, Istituto Superiore di Sanità); dr. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità); dr.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità).

Analisi della situazione ai sensi del DL Salute 30 aprile 2020

La Cabina di Regia si riunisce per realizzare la classificazione del rischio di una epidemia non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2 per ciascuna Regione/PA prendendo in considerazione i dati consolidati forniti dalle Regioni/PPAA per la settimana 10-16/01/2022.

Viene illustrata ai partecipanti l'analisi effettuata sui dati della settimana di riferimento. Gli indicatori 3.8 e 3.9 sono calcolati sul dato validato più recente disponibile presso il Ministero della Salute ovvero relativo al giorno 18 gennaio 2022 al fine di rendere più attuale l'analisi. L'Rt puntuale sulla data di inizio sintomi è calcolato al giorno 5 gennaio 2022.

In merito alla classificazione del rischio relativa alla settimana 10-16/01/2022, viene riportato quanto segue:

Si osserva una **stabilizzazione dell'incidenza** a livelli di oltre 6 volte superiori alla soglia di 250 casi settimanali per 100.000 abitanti (1.691 per 100.000 abitanti, 10/1/2022-16/1/2022 vs 1.622 per 100.000 abitanti, 3/1/2022-9/1/2022, dati flusso ISS). Si nota che l'incidenza calcolata dal Ministero della Salute ai fini degli indicatori decisionali ai sensi del DL 105/2021 con un intervallo temporale di poco successivo (14-20 gennaio 2022) si colloca a 2,011 casi settimanali per 100.000 abitanti, un valore di poco superiore rispetto alla stessa rilevazione della settimana precedente. Si osserva un disallineamento dei flussi informativi della sorveglianza aggregata coordinata dal Ministero della Salute e della sorveglianza integrata (flusso individuale) coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) da diverse settimane come conseguenza di un aumento dei ritardi di notifica in particolare nel flusso individuale dovuti all'elevato numero di casi da segnalare.

Si mantiene **significativamente al di sopra della soglia epidemica** l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici ma in diminuzione (1,31, range 1,00 – 1,83, nel periodo 22 dicembre 2021 – 4 gennaio 2022). Diverse Regioni nella settimana di monitoraggio registrano un calo molto rapido dell'Rt. Questo potrebbe, tuttavia, almeno in parte dipendere da una sottostima dovuta a ritardi nell'inserimento dei dati a causa dell'attuale situazione epidemiologica.

Si osserva una **diminuzione dell'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero** ($R_t=1,01$, 0,99-1,02 all'11/01/2022) che si colloca sulla soglia epidemica. Da almeno tre settimane, diverse Regioni/PPAA hanno segnalato problemi nell'invio dei dati del flusso individuale e non si può escludere che anche tali valori possano essere sottostimati.

Il **tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva** è lieve diminuzione dopo numerose settimane di costante aumento e al giorno 18/01/2022 era pari al 17,8%, in un contesto di aumento del numero di posti letto disponibili per fronteggiare le esigenze assistenziali. Il numero assoluto di persone ricoverate in terapia intensiva tende a stabilizzarsi passando da 1.677 (11/01/2022) a 1.715 (18/01/2022) con un incremento settimanale relativo dello 0,2%.

Persiste un chiaro aumento del tasso di occupazione delle **aree mediche COVID-19** che nello stesso giorno era pari al 29,8%. Negli stessi dati calcolati dal Ministero della Salute ai fini degli indicatori decisionali ai sensi del DL 105/2021 relativi ad una data di poco successiva (20 gennaio 2022) il tasso di occupazione si colloca al 31,6% a conferma di un persistente aumento nel tasso di occupazione dei posti letto in area medica. Il numero di persone ricoverate in queste aree è in aumento da 17.067 (11/01/2022) a 19.448 (18/01/2022) con un incremento relativo del 14%. Questo sta imponendo una revisione organizzativa delle prestazioni assistenziali erogate a favore dei pazienti COVID-19.

Il quadro complessivo di rischio è in leggero miglioramento.

Scendono a sette le Regioni/PA classificate a **rischio Alto** (o ad esso equiparate in quanto non valutabili) di una epidemia non controllata e non gestibile (Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Sardegna, V.d'Aosta/V.d'Aoste, Veneto). Due Regioni (Calabria, V.d'Aosta/V.d'Aoste) presentano allerte di impatto sulla occupazione ospedaliera ai sensi del DM Salute 30 aprile 2020. In tre Regioni la qualità dei dati di sorveglianza è insufficiente a realizzare una valutazione del rischio. Ai sensi del DM Salute 30 Aprile 2020, questa ultima condizione è equiparata ad una valutazione di rischio elevata, in quanto descrittiva di una situazione non valutabile e di conseguenza potenzialmente non controllata e non gestibile (Tabella 1). Le Regioni Abruzzo, Calabria, Campania, V.d'Aosta/V.d'Aoste e Veneto sono state classificate a rischio Alto (o ad esso equiparate) per tre o più settimane consecutive.

Tra le Regioni/PA a rischio Alto o ad esso equiparate, una Regione (V.d'Aosta/V.d'Aoste, Veneto) presenta una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 3, due Regioni (Sardegna, Veneto) presentano una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 2 e quattro Regioni/PA (Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria) presentano una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 1. Nessuna di queste Regioni/PA ha dichiarato una trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali.

Tabella 1 - Tabella riepilogativa per le Regioni/PA classificate a rischio Alto (o equiparate a rischio Alto in quanto non valutabili)

Regione/PA	Stima di Rt- puntuale (calcolato al 5/1/2022)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
Abruzzo **,##	0.87 (CI: 0.83-0.9)	No	1	Non valutabile (equiparato a rischio alto)§	Si
Calabria ##	0.69 (CI: 0.64-0.75)	No	1	Alto (ad alta probabilità di progressione)	Si
Campania ##	0.69 (CI: 0.68-0.7)	No	1	Alto #	Si
Liguria **,##	0.79 (CI: 0.78-0.81)	No	1	Non valutabile (equiparato a rischio alto)§	No
Sardegna	1.13 (CI: 1.09-1.17)	No	2	Alto #	No
V.d'Aosta/V.d'Aoste	1.38 (CI: 1.3-1.46)	No	3	Alto (ad alta probabilità di progressione)	Si
Veneto **	1.22 (CI: 1.22-1.23)	No	2	Non valutabile (equiparato a rischio alto)§	Si

PA: Provincia Autonoma; gg: giorni; *ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale"; # La classificazione complessiva di rischio è aumentata di un livello in quanto sono state registrate molteplici allerte di resilienza (vedere tabella 4 dell'appendice) § Ai sensi del DM del 30 aprile 2020 tali Regioni/PPAA sono da considerarsi non valutabili a poiché l'indicatore 1.1 risulta essere al di sotto della soglia critica, posta al 60% ** La stima dell'Rt puntuale è da considerarsi meno affidabile in quanto la completezza del dato misurata dall'indicatore 1.1 è al di sotto della soglia di qualità prevista. ## Queste Regioni registrano in calo molto rapido dell'Rt. Questo potrebbe, tuttavia, almeno in parte dipendere da una sottostima dovuta a ritardi nell'inserimento dei dati a causa dell'attuale situazione epidemiologica.

Come riportato in Tabella 2, undici Regioni e Province Autonome (PA) italiane sono classificate a **rischio Moderato** (Basilicata, Emilia-Romagna, FVG, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, PA Bolzano/Bozen, PA Trento, Puglia, Toscana). Di queste, cinque Regioni/PA (Emilia-Romagna, Piemonte, PA Trento, Puglia, Toscana) si collocano a rischio Moderato con alta probabilità di progressione a rischio Alto, nel caso fosse mantenuta l'attuale trasmissibilità. La PA Trento presenta una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 4, tre Regioni (Basilicata, Lombardia, Puglia) presentano una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 3, cinque Regioni/PA (Emilia-Romagna, FVG, Piemonte, PA Bolzano/Bozen, Toscana) presentano una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 2.

Due Regioni (Marche, Molise) presentano una trasmissibilità compatibile con uno scenario di tipo 1. Nessuna di queste Regioni/PA ha dichiarato una trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali.

Tre Regioni (Lazio, Sicilia, Umbria) si collocano a rischio Basso di una epidemia non controllata e non gestibile.

Tabella 2 - Tabella riepilogativa per le Regioni/PA classificate a Rischio Moderato

Regione/PA	Stima di Rt- puntuale (calcolato al 5/1/2022)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
Basilicata	1.44 (CI: 1.35-1.53)	No	3	Moderato	No
Emilia-Romagna	1.21 (CI: 1.2-1.22)	No	2	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
FVG	1.27 (CI: 1.24-1.29)	No	2	Moderato	No
Lombardia	1.29 (CI: 1.28-1.29)	No	3	Moderato	No
Marche	0.92 (CI: 0.84-1)	No	1	Moderato	No
Molise	1.1 (CI: 0.73-1.53)	No	1	Moderato	No
Piemonte	1.07 (CI: 1.06-1.08)	No	2	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
PA Bolzano/Bozen	1.1 (CI: 1.05-1.14)	No	2	Moderato	No
PA Trento	1.84 (CI: 1.8-1.89)	No	4	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
Puglia	1.38 (CI: 1.36-1.41)	No	3	Moderato (ad alta probabilità di progressione)	No
Toscana	1.07 (CI: 1.05-1.09)	No	2	Moderato (ad alta probabilità di progressione) #	No

PA: Provincia Autonoma; gg: giorni; *ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale, # La classificazione complessiva di rischio è aumentata di un livello in quanto sono state registrate molteplici allerte di resilienza.

Conclusioni

Dopo dodici settimane caratterizzate da una fase epidemica acuta non controllata, si osservano alcuni segnali iniziali di stabilizzazione dell'incidenza, della trasmissibilità sui casi ricoverati in ospedale e del numero di persone ricoverate in terapia intensiva.

Persiste tuttavia la contestuale rilevazione di criticità diffuse nel mantenere il flusso informativo con ritardi di notifica che disallineano i flussi di sorveglianza esistenti e mancanza di completezza dei dati che in diverse Regioni non permette una valutazione del rischio. Quindi questi segnali, seppur incoraggianti, vanno letti con estrema cautela in quanto potrebbero essere dovuti in parte ad un fallimento del sistema informativo a causa della pressione epidemica.

In ogni caso, si conferma una situazione epidemica acuta nella settimana di monitoraggio corrente con una incidenza settimanale che a livello nazionale supera i 2.000 casi per 100.000 abitanti ed una velocità di trasmissione sui casi sintomatici che si mantiene stabilmente e significativamente al di sopra della soglia epidemica.

Si continua a censire un aumento dell'occupazione dei posti letto in area medica. **A livello nazionale è stata superata da quattro settimane la prima soglia critica di occupazione dei posti letto ai sensi del DL 105/2021** e in molte Regioni/PA la situazione epidemiologica comporta la necessità di dedicare posti letto aggiuntivi per la cura di pazienti affetti dalla malattia COVID-19, con contestuale contrazione di altri servizi assistenziali. L'attuale scenario dell'utilizzo dei servizi ospedalieri, associato alle progressive evidenze che arrivano da altri Paesi Europei, **rende necessario evitare un ulteriore aggravamento**, condizioni di estremo sovraccarico dei servizi sanitari e disservizi.

Si stanno acquisendo ulteriori evidenze sulle caratteristiche della variante Omicron di SARS-CoV-2, in particolare in merito all'impatto clinico dell'infezione, in un momento di evoluzione epidemiologica in cui questa variante sta diventando dominante in tutta Europa, e ora anche in Italia. È **necessario un atteggiamento di prudenza** in considerazione dell'aumentata trasmissibilità e del potenziale di *immune escape* della variante Omicron.

E' pertanto necessario il rigoroso rispetto delle misure comportamentali **individuali e collettive**, ed in particolare il distanziamento interpersonale, l'uso della mascherina, l'aerazione dei locali e l'igiene delle mani, **riducendo le occasioni di contatto ed evitando in particolare situazioni di assembramento**.

Una più completa copertura vaccinale in tutte le fasce di età raccomandate (inclusa la fascia di età 5-11 anni) ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso la dose di richiamo nelle categorie indicate dalle disposizioni ministeriali vigenti, ed in particolare nelle più fragili (es. ultraottantenni, immunocompromessi) ancora con coperture non ottimali, rappresentano strumenti necessari per contenere l'impatto, soprattutto clinico, dell'epidemia.

Si ricorda che la Cabina di Regia ha approvato, con verbale del 19 febbraio 2021, una formalizzazione del flusso per il recepimento delle richieste e relazioni, da considerarsi inclusive di eventuali rettifiche sui dati, da porre all'attenzione della stessa. Eventuali relazioni e richieste per la settimana di monitoraggio in corso devono infatti pervenire entro le h 19 del giovedì antecedente alla riunione della Cabina di Regia per la settimana di interesse all'indirizzo email segr.dgprev@sanita.it e per conoscenza a f.maraglino@sanita.it; m.saneschepisi@sanita.it; g.rezza@sanita.it; a.urbani@sanita.it; silvio.brusaferro@iss.it; monitoraggiocovid-19@iss.it. **Non si potrà garantire la trasmissione alla Cabina di Regia di richieste e relazioni incluse eventuali rettifiche non pervenute nei tempi e nei modi descritti.**

Considerazioni ai sensi del DL 105/2021

Si precisa che l'indicatore relativo al tasso di occupazione delle terapie intensive viene calcolato sulla base della rilevazione effettuata secondo le modalità previste dal decreto medesimo. Si ricorda anche che la Cabina di Regia ha definito, con verbale del 24 settembre 2021, al solo fine della compilazione della tabella degli indicatori decisionali di cui al DL 105/2021 che considera i dati relativi alla giornata del giovedì antecedente la cabina di regia come già in essere per il dato relativo all'incidenza settimanale. Qualora non disponibili, si utilizzeranno i dati più recenti. Si segnala che per la Regione Lombardia i tassi di occupazione sono stati calcolati tenendo conto degli aggiornamenti sui posti letti di Terapia Intensiva trasmessi con nota prot. DGROGS 856 del 14.01.2022.

Viene illustrata alla Cabina di Regia la nota della Regione Valle D'Aosta inviata al Ministro della Salute il 19 gennaio 2022 "Richiesta di margine di tolleranza nel calcolo dell'occupazione dei reparti ospedalieri" in cui la stessa propone di introdurre nelle regole di calcolo delle occupazioni dei posti letto al fine dell'attuazione del DL 105/2021: "un margine di tolleranza pari a un piccolo numero di ricoveri, in modo da evitare che distorsioni statistiche abbiano conseguenze sostanziali nella valutazione. Chiediamo che venga consentito un margine di almeno 5 ricoveri per la terapia intensiva e di 20 per l'area medica che possano essere esclusi dai calcoli per l'occupazione". La Cabina di Regia prende atto della nota pervenuta al Ministero della Salute, osservando che non è tra le proprie prerogative modificare le modalità di calcolo della occupazione dei posti letto o delle soglie di allerta in quanto sancite dal quadro normativo vigente.

Ai soli fini di quanto previsto dal DL 105/2021, in Tabella 3, si riportano le Regioni/PA per cui il Ministero della Salute ha censito una incidenza nella settimana 14-20 gennaio 2022 superiore a 150 casi per 100.000 abitanti, un tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti con malattia COVID-19 al 20/01/2022 superiore al 30,0% ed un un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti con malattia COVID-19 (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 20/01/2022 superiore al 20,0%.

Tabella 3 – Indicatori decisionali in Regioni selezionate per la co-presenza di incidenza ≥ 150 casi/100,000 abitanti/settimana al 14-20 gennaio 2022 e tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti con malattia COVID-19 superiore al 30,0% e tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti con malattia COVID-19 (DL 23 Luglio 2021 n.105) superiore al 20,0% al 20 gennaio 2022, elaborazione Ministero della Salute, 20/01/2022.

Regione	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 31 dicembre 2021 - 06 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 7-13 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 14-20 gennaio 2022	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 20/01/2022	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 20/01/2022
Abruzzo	2.108,5	2.064,3	1.978,0	31,6%	22,20%
Friuli Venezia Giulia	1.517,7	2.007	2.451,8	33,6%	22,9%
Piemonte	1817	2.227,3	2.259,1	30,3%	22,8%
Sicilia	983	1.653,8	1.169,4	36,6%	20,2%

In Tabella 4, si riportano le Regioni/PA per cui il Ministero della Salute ha censito una incidenza nella settimana 14-20 gennaio 2022 superiore a 50 casi per 100.000 abitanti, un tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti con malattia COVID-19 al 20/01/2022 superiore al 15,0% ed un un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti con malattia COVID-19 (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 20/01/2022 superiore al 10,0%, non già indicate in Tabella 3.

Tra queste, si segnala che in sette Regioni/PA (Calabria, Liguria, Lombardia, Valle d'Aosta, Marche, PA di Trento, Toscana) si osservano valori superiori alla seconda soglia di allerta ai sensi del DL105/2021 in due dei tre dei parametri previsti per definire un ulteriore inasprimento delle misure di mitigazione. La Regione Valle d'Aosta aveva superato la seconda soglia di allerta la scorsa settimana ed ha di conseguenza intensificato le proprie misure di mitigazione. Nelle altre Regioni, sebbene per un singolo parametro nei valori di occupazione dei posti letto in area medica o in terapia intensiva, non si verificano le condizioni previste dal DL 105/2021 per un ulteriore inasprimento delle misure di mitigazione, la Cabina di Regia raccomanda di valutare l'opportunità di adottare ulteriori e adeguate misure per contrastare l'aumento della circolazione virale e il conseguente impatto sui servizi ospedalieri.

Tabella 4 – Indicatori decisionali in Regioni selezionate per la co-presenza di incidenza ≥ 50 casi/100,000 abitanti/settimana al 14-20 gennaio 2022 e tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti con malattia COVID-19 superiore al 15,0% e tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti con malattia COVID-19 (DL 23 Luglio 2021 n.105) superiore al 10,0% al 20 gennaio 2022, elaborazione Ministero della Salute, 20/01/2022.

Regione	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 31 dicembre 2021 - 06 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 7-13 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 14-20 gennaio 2022	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 20/01/2022	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 20/01/2022
Calabria	631,6	780	920,8	40,10%	18,50%
Liguria	946,9	2845,7	2.629,7	39,70%	18,10%
Lombardia	2578,1	2490,2	2.132	35,60%	15,00%
Valle d'Aosta	2255,9	3087,3	2.621,6	54,50%	18,20%
Campania	1511,7	2280,9	2.160,9	29,50%	13,30%
Emilia Romagna	2153	2783,7	2.797,2	27,40%	17,10%
Lazio	1299,2	1470,2	1.539,8	29,80%	17,00%
Marche	784,9	813	2.495,1	28,90%	23,90%
PA di Bolzano	1218,4	2538,4	3.468,7	20,80%	16,00%
PA di Trento	2051,2	2715,9	2.941	28,00%	22,20%
Puglia	778,4	936,5	1.647,4	24,10%	11,90%
Sardegna	436,5	553,7	594,6	16,50%	14,70%
Toscana	2680	2303,1	2.197,6	26,40%	21,80%
Veneto	1755,5	2238,8	2.587,9	25,80%	18,00%

Si segnala, infine, che due Regioni/PA non menzionate nelle precedenti tabelle (Basilicata, Umbria) presentano valori superiori almeno alla prima soglia di allerta ai sensi del DL105/2021 in due dei tre dei parametri previsti per definire un primo inasprimento delle misure di mitigazione (Tabella 5).

Tabella 5 – Indicatori decisionali in Regioni selezionate per la co-presenza di valori superiori alla prima soglia di allerta ai sensi DL105/2021 in due dei tre parametri previsti, elaborazione Ministero della Salute, 20/01/2022.

Regione	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 31 dicembre 2021 - 06 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 7-13 gennaio 2022	Incidenza 7gg/100 000 pop- Periodo di riferimento 14-20 gennaio 2022	% OCCUPAZIONE PL AREA MEDICA DA PAZIENTI COVID al 20/01/2022	% OCCUPAZIONE PL TERAPIA INTENSIVA DA PAZIENTI COVID (DL 23 Luglio 2021 n.105) al 20/01/2022
Basilicata	876	1061	1.183,6	25,90%	6,50%
Umbria	2235,6	1889,1	1.583,7	30,50%	8,70%

Sebbene per un singolo parametro nei valori di occupazione dei posti letto in area medica o in terapia intensiva, non si verificano in queste Regioni/PA le condizioni previste dal DL 105/2021 per un primo inasprimento delle misure di mitigazione, la Cabina di Regia raccomanda di valutare l'opportunità di adottare ulteriori e adeguate misure per contrastare l'aumento della circolazione virale e il conseguente impatto sui servizi ospedalieri.

Viene fatta lettura approfondita del Report di monitoraggio n. 88 (allegato) che viene approvato in tutti i suoi contenuti dai membri della Cabina di Regia presenti alla riunione. Si allega la tabella degli indicatori decisionali di cui al DL 105/2021, art. 2, comma 2 aggiornata al 20 gennaio 2022.

La riunione ha termine alle ore 10:28

dr. Giovanni REZZA
dr.ssa Tiziana DE VITO
prof. Enrico COSCIONI
dr.ssa Simona BELLOMETTI
dr. Claudio DARIO
dr.ssa Alessandra CAMPOLONGO

Roma, 21/01/2022

La Cabina di Regia

prof. Silvio BRUSAFERRO
dr. ssa Monica SANE SCHEPISI
dr.ssa Flavia RICCARDO
dr. Patrizio PEZZOTTI
dr. Francesco MARAGLINO
dr.ssa Simona CARBONE

*"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993"