

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI "FEDERICO II"



DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

DOTTORATO DI RICERCA IN SANITA' PUBBLICA E MEDICINA PREVENTIVA  
XXXII° CICLO

COORDINATORE: CH.MO PROF. GIANCARLO TRONCONE

***Il Sistema della Sanità Militare nella Guardia di Finanza  
e le nuove problematiche cliniche.***

***L'esperienza dell'Ufficio Sanitario della regione Veneto nella prevenzione e cura  
dell'obesità nel personale in servizio.***

RELATORE:

CH.MA PROF.SSA MARIA TRIASSI

TUTOR:

DOTT. SANDRO CINQUETTI

DOTTORANDO:

DOTT.SSA FABIANA FORMICOLA



## **Indice**

1. Premessa .....	p. 4
2. Introduzione .....	p. 5
3. La Sanità Militare .....	p. 6
• Origine e compiti	
• Le strutture ospedaliere	
• L'arruolamento dei Medici Militari	
• La Sanità Interforze	
4. Il Servizio Sanitario della G di F. ....	p. 13
• Organizzazione e compiti	
• Poliambulatori	
5. L'attività di Prevenzione dell'Ufficio Sanitario del Veneto .....	p. 19
6. Analisi epidemiologica dell'obesità in ambito Militare: Il caso della Guardia di Finanza della Regione Veneto .....	p. 24
• La Ricerca	
• Materiali e Metodi	
• Risultati	
• Discussione e Conclusioni	
Bibliografia .....	p. 41
Ringraziamenti .....	p. 45

## 1. PREMESSA

Il presente elaborato prevede un *excursus* iniziale sulla radici e la storia della Sanità Militare, ponendo l'accento sulle dinamiche organizzative all'Interno della Guardia di Finanza, di cui ne sono responsabile per la regione del Veneto in qualità di Ufficiale Medico Capo Ufficio Sanitario.

Dopo la laurea e la specializzazione all'Università Federico II di Napoli, entrare a far parte delle Fiamme Gialle mi ha consentito di conoscere una nuova moltitudine di realtà e dimensioni, una torre di Babele di esperienze umane e professionali, che non avrei mai potuto vivere senza questa possibilità.

Desidero ringraziare anticipatamente chiunque vorrà leggere ed apprezzare quanto di seguito, frutto di una ricerca che va dal 2017 al 2019, alla quale ho lavorato reclutando un'ampia coorte di pazienti, veri silenziosi protagonisti di questo lavoro, a cui ulteriormente va il mio grazie per avermi dedicato il loro tempo e la loro collaborazione.

Spiegare la tipologia del lavoro quotidiano svolto, gli obiettivi portati a termine e quelli futuri da realizzare attraverso nuove sfide in cantiere mi consentirà di portare ai lettori parte del mio operato giornaliero, che si concretizza in fermento, idee, entusiasmo e progetti intrisi di volontà e amore per la Medicina, per il Prossimo, per la Vita.

## **2. INTRODUZIONE**

La prima parte del lavoro intende fornire una riflessione articolata sulle funzioni della Sanità Militare rispetto a scenari che, essendo in costante evoluzione, richiedono un adattamento efficace alla risoluzione del proprio compito al mutare delle condizioni di riferimento. In questa trattazione, verranno considerati gli aspetti intrinseci e comuni ad ogni Sanità Militare e le diverse risposte e soluzioni organizzative messe in atto nello specifico dalla Guardia di Finanza quale Forza di Polizia ad ordinamento militare.

Nella seconda parte verrà trattato lo studio svolto nell'ambito della Guardia di Finanza nella Regione del Veneto, focalizzato su una delle patologie che dai dati in possesso si è rivelata di particolare interesse clinico: l'obesità.

### 3. LA SANITA MILITARE

- **ORIGINI E COMPITI**

La medicina militare ha origini e tradizioni antichissime, che risalgono agli albori delle prime realtà statuali comparse nel mondo e, di riflesso, nei relativi eserciti. Per quanto riguarda il nostro Paese, gli Stati esistenti prima dell'unificazione erano già dotati di efficienti servizi sanitari militari, che costituirono poi il modello di riferimento per le nuove Forze Armate nazionali<sup>1</sup>.

La medicina militare intesa come trattamento e cura dei feriti in guerra è probabilmente antica quanto la guerra stessa. Tuttavia la Sanità Militare intesa come sistema organizzato e strutturato all'interno delle stesse forze combattenti è un prodotto del XIX e XX secolo. Fu infatti durante le guerre napoleoniche agli inizi del XIX secolo che iniziò la pratica della medicina militare durante lo svolgimento delle battaglie con il recupero dei feriti anche durante l'azione. Il particolare contesto operativo della medicina militare nei grandi conflitti dell'800 oltre a portare grandi contributi ed innovazioni nelle tecniche chirurgiche, nella prevenzione delle malattie diffusibili e, più in generale, nella cura e nel benessere del soldato vede grandi personalità impegnate anche allo sviluppo del "sistema" sanitario militare come un unico elemento organizzato, la cui efficacia trova la massima espressione nel campo di battaglia<sup>2</sup>.

Forse la miglior sintesi di questo concetto è quella espressa nel trattato "Principi generali di chirurgia di Guerra<sup>3</sup>" del grande chirurgo russo Nikolaj Ivanovic Pirogov dove, forse ricordando i tempi in cui gestiva il supporto sanitario nel corso dell'assedio di Sebastopoli durante la guerra di Crimea, afferma che l'organizzazione, non la medicina, è di prima importanza in guerra: in ambito militare dunque il buon esercizio della medicina, e di tutte le professioni ad essa correlate, è certamente la "*conditio sine qua non*", ma fa parte di un ben più complesso sistema organizzativo.

Ripercorrere in questa sede le tappe dell'evoluzione della Sanità Militare è impossibile, ma giova ricordare che essa fu sempre presente, in pace ed in guerra, in tutti gli eventi più salienti della nostra storia, adattando di volta in volta i propri modelli organizzativi alle differenti esigenze delle varie epoche e dei vari ambienti operativi.

Il sistema Sanità Militare non è però solo un servizio sanitario ma anche uno strumento polivalente, con al centro la cura della persona e, in particolare, del militare in servizio.

La Sanità Militare, come tutti i sistemi complessi, richiede una revisione continua delle sue componenti e delle relazioni tra loro. In particolare ogni Sanità Militare deve affrontare e, ci si augura, risolvere problematiche che hanno a che fare con la propria stessa natura.

La Sanità Militare Italiana, in tempo di pace, ha tradizionalmente i seguenti compiti istituzionali<sup>4</sup>:

- accertamento dell'idoneità al servizio militare, nei confronti sia dei candidati ai concorsi per l'arruolamento che del personale già in servizio;
- attività medico-legali finalizzate all'accertamento della dipendenza da causa di servizio ed al risarcimento, nei confronti del personale militare e delle Forze dell'Ordine ad ordinamento civile;
- attività di medicina preventiva nei confronti della collettività militare;
- attività di diagnosi, ricovero, cura e riabilitazione per il personale militare;
- formazione professionale del personale sanitario militare e di altro personale in materie sanitarie;
- supporto logistico alle forze armate;
- concorso alle esigenze sanitarie di protezione civile.

La Sanità Militare svolge inoltre attività di ricerca scientifica, presso i propri Centri Studi e Ricerche e presso gli ospedali militari, nonché dispone di un Istituto Chimico Farmaceutico.

Tali compiti istituzionali comportano, pertanto, un impegno notevolissimo su tutti i fronti delle attività sanitarie. Basti pensare al fatto che ogni caserma presente sul suolo nazionale è dotata di una propria infermeria, con relativo "staff" composto da medici e paramedici, alla rete tuttora estesa di ospedali militari, alle strutture di vertice e di comando.

Nell'ambito dei settori d'intervento citati, due aspetti dell'attività prevenzionale sembrano avere un impatto particolarmente evidente sul tessuto sociale del Paese, forse perché più noti anche all'esterno del mondo castrense: lo "screening" di massa effettuato dai sanitari militari sui cittadini di sesso maschile negli anni prima all'atto della visita di leva ed ora durante gli accertamenti sanitari di idoneità a tutti i candidati concorsuali e le vaccinazioni praticate all'incorporamento.

Analogo valore prevenzionale hanno le vaccinazioni previste al momento iniziale della vita

militare<sup>5</sup>: l'antitetanica, l'antitifoidea orale e l'antimeningococcica (ceppi A, C, Y e W135). Un notevole interesse è inoltre rappresentato dalle vaccinazioni praticate ai contingenti impegnati in missioni all'estero, per i quali sono previste schedule appositamente modulate sull'epidemiologia dei Paesi destinatari della missione, che prevedono l'utilizzo di vaccini di uso non sempre comune in Italia.

Le quattro Forze Armate (Esercito, Marina, Aeronautica e l'Arma dei Carabinieri) e la Guardia di Finanza, Corpo di Polizia ad ordinamento militare parte integrante delle Forze Armate, sono dotate ciascuna di un proprio Servizio Sanitario.

- **LE STRUTTURE OSPEDALIERE**

L'Esercito, responsabile della quasi totalità degli stabilimenti ospedalieri, ha stabilito fin dal 1987 di convertire molti dei nosocomi militari precedentemente abilitati alla cura in "Ospedali Militari di Medicina Legale". Tale dizione ha voluto significare la totale scissione, in ambito militare, tra le attività di ricovero, cura e riabilitazione e quelle prettamente medico-legali.

Siffatto processo di ristrutturazione e riordino delle strutture ospedaliere ha portato all'attuale organizzazione della rete ospedaliera: essa fa parte del Servizio Sanitario dell'Esercito, ad eccezione dei due ospedali della Marina Militare, situati a Taranto e La Spezia. L'Aeronautica Militare, come anche i Carabinieri e la Guardia di Finanza, non è dotata di ospedali propri.

Di fatto, quindi, il grosso delle strutture ospedaliere militari italiane fa capo all'Esercito. Esse sono tradizionalmente distribuite su tutto il territorio nazionale.

Un complesso nosocomiale esteso rispondeva alle esigenze di un apparato militare numericamente molto più rappresentato di quello attuale ed a criteri clinico-terapeutici ormai superati. Molti ospedali, inoltre, erano situati in complessi edilizi con diversa destinazione di origine (monasteri, conventi, ecc.), talora pregevolissimi dal punto di vista storico-artistico, ma non sempre rispondenti alle necessità della clinica moderna, nonostante gli opportuni adattamenti realizzati nel corso degli anni.

Tale patrimonio, indubbiamente ridondante, comportava oneri gravosi di gestione, dal



punto di vista economico e del personale.

La ristrutturazione delle Forze Armate, nell'ottica del cosiddetto "Nuovo Modello di Difesa<sup>6</sup>", ha richiesto una opportuna razionalizzazione delle risorse e la conseguente riduzione del numero degli istituti abilitati che si è via via affinato negli anni a seguire, ha individuato progressivamente con sempre maggiore chiarezza quali fossero gli stabilimenti da privilegiare e quali da ridimensionare, alla luce di un corretto rapporto costi/benefici, sempre in stretta relazione con le esigenze dei vari bacini di utenza distribuiti sul territorio nazionale.

I succitati "Ospedali Militari di Medicina Legale" hanno mantenuto la configurazione ospedaliera per quanto attiene a presidi strumentali, di laboratorio e specialistici, ma ne hanno perso la componente di degenza.

Di contro, gli Ospedali militari con capacità di ricovero e cura sono stati notevolmente ridotti e l'attuale situazione nazionale consiste nel mantenimento del Policlinico militare di Roma e dei due centri ospedalieri di Milano e Taranto.

- **RECLUTAMENTO E MANTENIMENTO IN SERVIZIO DEL PERSONALE MEDICO**

I medici, in particolare gli specialisti, hanno quale riferimento un mercato professionale aperto che può rendere poco attrattivo l'arruolamento. Inoltre, gli Ufficiali medici possono essere invogliati a lasciare il servizio se trovano condizioni economiche e/o professionali ritenute più appaganti.

L'elemento di valorizzazione, anche per mezzo di campagne informative *ad hoc* è il vantaggio offerto dall'Amministrazione Difesa nella formazione medica, in particolare per chi vi accede sin dalle prime fasi nelle Accademie. Per quanto particolarmente oneroso, il sistema di reclutamento attraverso un sistema che seleziona il personale prima ancora dell'accesso alla Facoltà Universitaria, garantisce un numero certo di personale che permarrà in servizio nella ferma prefissata e che sarà quindi disponibile per gli scopi dell'Amministrazione. Alternativamente, un sistema basato sul solo reclutamento post-laurea espone al rischio, non trascurabile in un regime di forte concorrenza del SSN e,

soprattutto, del settore privato, di non poter contare su numeri sufficienti all'alimentazione delle esigenze istituzionali.

Al contempo, l'elevato livello di complessità dei sistemi sanitari richiede spesso competenze manageriali non conciliabili con l'esercizio diretto di attività cliniche e specialistiche. Tale assunto, ampiamente riconosciuto nella moderna scienza del management, è ancora più fondamentale nei sistemi sanitari militari dove, agli aspetti amministrativo-gestionali vanno affiancati anche aspetti tecnico-operativi.

Accanto al sistema di reclutamento pre-universitario, che quindi prevede la frequenza del percorso di studi durante il periodo dell'Accademia Militare, troviamo il sistema del reclutamento tramite "concorso per titoli ed esami" di medici già abilitati. In questo modo l'Amministrazione interessata può procedere alla selezione di personale Laureato in Medicina e Chirurgia da avviare ad un breve percorso di formazione militare, durante il quale viene nominato Ufficiale con il grado di Tenente ed assegnato poi alla sede di servizio. Questa modalità di reclutamento, molto più diffusa tra le Forze Armate e di Polizia consente una più rapida acquisizione del personale necessario e la possibilità di poter disporre immediatamente di medici già abilitati, senza doverne curare tutto il percorso formativo universitario.

Al momento dell'arruolamento vi è la sottoscrizione di una ferma obbligatoria di sette anni, durante i quali l'Ufficiale medico, iscritto all'Ordine dei medici, può esercitare anche la libera professione, e deve aggiornarsi secondo quanto previsto dalla normativa vigente<sup>7</sup>.

- **LA SANITA' INTERFORZE**

Le criticità strutturali comuni a tutte le Sanità Militari richiedono soluzioni organizzative dedicate e la capacità di monitorarle in tempo reale per governarne l'evoluzione.

E necessaria una "vision" multidimensionale che reindirizzi la Sanità Militare ad ogni cambiamento sensibile (tecnologico, ordinativo etc.) ed al mutare degli scenari geopolitici. Tutte le Sanità Militari del blocco occidentale europeo hanno attraversato negli anni '90 una profonda ristrutturazione dovuta al radicale cambiamento della minaccia e al progressivo declinare della probabilità di conflitti convenzionali su larga scala.

Ciò ha comportato, tra l'altro, la contrazione di strutture sanitarie non più considerate necessarie, in coerenza con la dismissione di altre unità militari. Questo passaggio ha

segnato la necessità di intercettare le problematiche derivate dalle criticità strutturali e contingenti secondo un processo di sviluppo coerente e sostenibile.

La Sanità Interforze risponderebbe ad una logica di buon *management* in quanto consentirebbe di evitare duplicazioni e permettere, attraverso la creazione di un centro di programmazione unica, il superamento di molte inefficienze generate dalla frammentazione del servizio.

Il dibattito sulla Sanità Militare interforze è stato, non solo in Italia<sup>8</sup>, generalmente dominato da due fattori tra loro contrastanti uno razionale ed economico legato alla logica gestionale dei sistemi e l'altro, legato, invece, alla persistenza di particolarismi di vari natura (legislativi, di tradizione etc.). Mentre si è più volte citato il caso di molti paesi europei dove la creazione di un servizio sanitari interforze è un fatto compiuto e consolidato, uno dei paesi che, oltre l'Italia, ha mantenuto aperta la discussione in merito sono gli Stati Uniti d'America.

In Italia il processo di interforzizzazione della Sanità Militare non ha ancora identificato un modello o una tabella di marcia nonostante le numerose proposte sollevate nel corso degli anni e nonostante la pressante esigenza di dover ridurre gli organici de personale sanitario, medico in particolare, entro il 2024, a mente della legge 244 del 2012.

Attualmente, la sola presenza dell'Organo di vertice dell' Ispettorato Generale della Sanità Militare, con compiti di alta direzione e coordinamento, rappresenta solo il primo passo verso un'effettiva unificazione.

Non si può non sottolineare, al riguardo, come tale esigenza avrebbe potuto rappresentare il motivo centrale utile a rivedere lo strumento sanitario militare per le conseguenti ricadute positive sulle possibili duplicazioni di funzioni e servizi. La stessa Corte dei Conti<sup>9</sup> sottolinea come il processo iniziato con la costituzione dell'Ispettorato Generale della Sanità Militare come primo motore dell'interforzizzazione non abbia sortito gli effetti strategici attesi.

Il raffronto con quanto verificatosi in USA con la *Defense Health Agency*<sup>10</sup> rende evidente che il vero fattore ostativo non è nella natura della complessità delle problematica quanto nella chiara e decisa volontà di realizzare passaggi epocali indifferibili. Per quanto resistenze particolaristiche possano sembrare oggi insormontabili, è molto verosimile che la logica di efficientamento e modernizzazione avranno ragione su una realtà oggi eccessivamente frammentata.

Una delle principali resistenze contro la sanità interforze è basata sulla convinzione che essa venga realizzata "a danno" di ogni singola Forza Armata.

Ogni componente della Difesa vede infatti il proprio servizio sanitario con una logica proprietaria del quale dovrebbe privarsi a vantaggio di un servizio "terzo", estraneo e non controllabile. In realtà, una vera Sanità Militare interforze produrrebbe, al contrario, un servizio integrato e "*customer oriented*" nel quale le esigenze finalistiche della Difesa si avvarrebbero di soluzioni dedicate e con risorse ottimizzate. Si pensi, ad esempio, come la unicità di gestione del pool specialistico potrebbe consentire una risposta ottimale alle esigenze operative di ogni componente e un più razionale supporto per le esigenze in madrepatria.

A mio avviso in Italia il processo verso una Sanità Interforze appare comunque inevitabile, nonostante il ritardo finora accumulato.

Come è accaduto per altri paesi, è opportuno poter programmare il processo ed ottimizzarlo per le opportunità che esso comporta piuttosto che subirlo per pragmatica necessità. La via più coerente sarebbe quella di analizzare in maniera analitica i modelli interforze già consolidati e funzionanti in altri paesi e replicarne tutte le modalità attuabili, partendo da un forte elemento concettuale e analitico e successivamente proporre tutte le soluzioni di natura legislativa od ordinativa necessarie.

#### 4. IL SERVIZIO SANITARIO DELLA GUARDIA DI FINANZA

L'attuale organizzazione del Servizio sanitario della Guardia di Finanza è regolata dal Decreto del Ministro delle Finanze del 10 maggio 2018.

Tale decreto è emanato in attuazione dell'articolo 64, comma 2-bis, del decreto legislativo 19 marzo 2001, n. 69, introdotto dall'art. 34, comma 1, lettera qq), n. 3), del decreto legislativo 29 maggio 2017, n. 95, recante "Disposizioni in materia di revisione dei ruoli delle Forze di polizia, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Il predetto articolo 64, comma 2-bis, dispone che: - *"Il servizio sanitario del Corpo della guardia di finanza provvede ... all'assistenza sanitaria e alla tutela della salute del personale in servizio con le risorse finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente nonché, anche a favore del personale in congedo e dei rispettivi familiari, con le risorse del Fondo di assistenza per i finanzieri, integralmente riassegnabili, secondo le norme previste dal relativo statuto"*; "si applicano, in quanto compatibili, gli articoli da 181 a 195 del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66".

Lo scopo primario del presente decreto ministeriale è quello, dunque, di assicurare l'assistenza sanitaria e la tutela della salute del personale in servizio e in quiescenza del predetto Corpo e dei rispettivi familiari. A tal fine, il provvedimento delinea i compiti e definisce le linee generali dell'organizzazione del Servizio sanitario del Corpo della Guardia di finanza, il cui ordinamento è, in concreto, fissato con determinazioni del Comandante generale della Guardia di finanza. Individua quali sono le disposizioni applicabili alla Guardia di finanza tra le quali, ad esempio, quelle riferite alla possibilità di stipulare convenzioni con strutture sanitarie pubbliche, anche militari, e private, con case di cura, laboratori di analisi e studi privati, nonché con medici civili, generici o specialisti.

Il provvedimento, in tal senso, ha natura sostanzialmente ricognitoria delle norme vigenti in materia, fra cui, in particolare, quelle dettate dal citato decreto legislativo n. 66 del 2010, e dà attuazione alla norma di legge in rassegna, segnatamente nella parte in cui essa prevede la necessità di stabilire la disciplina dei rapporti tra il Corpo e il Fondo di assistenza per i finanzieri<sup>11</sup>, demandando poi al Comandante generale della guardia di finanza di stabilire, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, le modalità concrete di attuazione dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio, nell'ambito delle sue attribuzioni.

Nel dettaglio, il decreto è composto da quattro articoli:

- l'articolo 1 definisce i compiti e le finalità del Servizio sanitario del Corpo della Guardia di finanza, precisando che esso provvede all'assistenza sanitaria e alla tutela della salute del personale in servizio, nonché alla tutela della salute del personale in congedo e dei rispettivi familiari. A tal fine, è precisato che per assistenza sanitaria si intendono tutte le attività volte all'accertamento dell'idoneità dei militari al servizio incondizionato, gli esami diagnostici e le prime cure per ferite, lesioni e patologie connesse all'espletamento dell'attività d'istituto (del Corpo della Guardia di finanza) e per tutela della salute si intende "l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale, di day-hospital e di ricovero afferenti le branche mediche, chirurgiche e psicologiche ritenute di peculiare interesse per il Servizio";

- L'articolo 2 disciplina l'organizzazione generale del Servizio sanitario, specificando che alle articolazioni del citato Servizio sono di norma preposti, salvo casi legati a particolari esigenze, ufficiali medici del Corpo. Per l'espletamento delle attività di natura sanitaria del Servizio è prevista anche la possibilità di stipulare convenzioni con soggetti terzi. L'articolo, inoltre, demanda a una determinazione del Comandante Generale della Guardia di finanza la definizione della struttura ordinativa delle articolazioni del Servizio;

-L'articolo 3, in coerenza con quanto previsto dall'art. 64, comma 2-bis, del decreto legislativo 19 marzo 2001, n. 69, stabilisce che il Fondo di assistenza per i finanziari contribuisce finanziariamente alle attività di assistenza sanitaria, tutela della salute e approvvigionamenti del Servizio sanitario, prevedendo, a tale scopo, che i rapporti tra il citato organo assistenziale e il Corpo sono regolati da un'apposita convenzione.

L'assistenza sanitaria si sostanzia in tutte quelle prestazioni, prevalentemente medico legali, connesse ad attività ed esigenze d'istituto, rese nei confronti del personale in servizio e, laddove previsto, in congedo. Per gli appartenenti al Corpo, tale attività è, allo stato attuale, assicurata dal servizio sanitario della Guardia di Finanza, con prestazioni rese da:

- strutture proprie (25 Infermerie presidiarie dislocate sul territorio nazionale e un Centro di reclutamento con sede a Roma);
- strutture di altre FF.AA. O interforze, consistenti in 7 Dipartimenti Militari di Medicina Legale, 9 Commissioni mediche di prima istanza insediate nell'ambito dei predetti Dipartimenti, 1 Commissione medica di Seconda istanza, Infermerie presidiarie

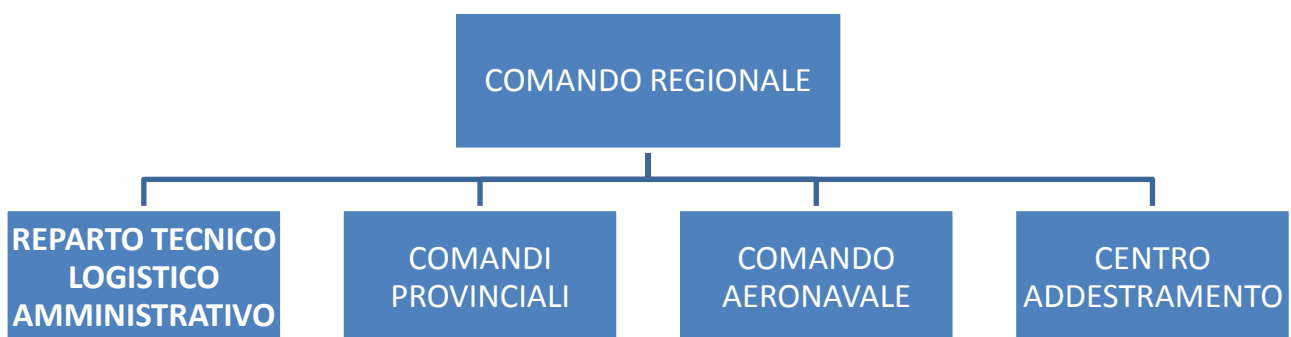
della Marina Militare, Infermerie di Stormo dell'Aeronautica Militare e l'Ospedale Militare "Celio".

Al funzionamento del servizio sanitario del Corpo si provvede attraverso:

- l'impiego di personale medico e/o paramedico in forza alla Guardia di Finanza; e il convenzionamento di medici civili, laddove le attività non siano direttamente espletabili da medici del Corpo tenuto anche conto delle attuali carenze degli organici del relativo ruolo; o l'acquisizione, in convenzione, di servizi clinico-diagnostici presso strutture pubbliche e/o private, laddove non effettuabili con le strumentazioni/dotazioni tecniche presenti presso le strutture interne del Corpo; o l'acquisizione di materiale di consumo, farmaci, strumenti e presidi sanitari.

L'attività di tutela della salute si riferisce, invece, ad accertamenti a valenza preventiva diagnostica, non connessi a esigenze di servizio. Tale attività, allo stato, viene svolta nei confronti del personale in servizio, di quello in congedo e dei relativi familiari, tramite un'offerta sanitaria - integrativa rispetto a quella assicurata dal SSN - resa, nel più ampio quadro delle politiche di assistenza e protezione sociale sviluppate in seno alla Guardia di finanza, mediante le iniziative direttamente intraprese, nell'ambito delle proprie prerogative statutarie, dal Fondo Assistenza Finanziari.

A livello ordinativo, ogni Ufficio Sanitario è incardinato all'interno dei Reparti Tecnico Logistico Amministrativi dei Comandi Regionali, ed ha competenza su tutti i militari in servizio nella regione.



- **I POLIAMBULATORI**

Il Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 10 maggio 2018, recante *“Disposizioni sul Servizio Sanitario del Corpo della Guardia di finanza”*, in attuazione dell'art. 64, comma 2-bis, del decreto legislativo 19 marzo 2001, n. 69, introdotto dall'art. 34, comma 1, lettera qq), n. 3), del decreto legislativo 29 maggio 2017, n. 95 recante *“Disposizioni in materia di revisione dei ruoli delle Forze di polizia, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera a), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, ha stabilito che il Servizio Sanitario del Corpo abbia tra i suoi compiti anche la tutela della salute dei militari in servizio, in congedo e dei relativi familiari.

In tale ambito, in data 13 novembre 2018, è stata sottoscritta una Convenzione tra il Fondo Assistenza per i Finanziari e la Guardia di Finanza, che individua i criteri generali attraverso i quali perseguire tale finalità.

Secondo quanto sancito dalle citate disposizioni, per tutela della salute si intende l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale, di *day-hospital* e di ricovero afferenti alle branche mediche, chirurgiche nonché di supporto psicologico ritenute di peculiare interesse dalla Guardia di Finanza.

Le nuove attribuzioni conferite al Servizio Sanitario del Corpo – cui sino al 2018 i era unicamente demandato il compito di fornire assistenza sanitaria ai militari limitatamente all'alveo delle esigenze di servizio – determinano anzitutto il bisogno di ricondurre all'interno di una gestione unitaria una pluralità di strutture poliambulatoriali sino ad oggi operanti con modalità eterogenee.

L'attuazione delle iniziative assistenziali e la garanzia di elevati *standard* quantitativi e qualitativi dei servizi erogati dalle stesse strutture necessita quindi di una continua interrelazione tra tutti i principali attori del comparto (Direzione di Sanità del Comando Generale, Capi Ufficio Sanitari e Capi Sezione poliambulatorio, referenti delle strutture sanitarie sul territorio), nonché di un interscambio continuo di informazioni tra il “centro” e le realtà periferiche.

Sono attive sul territorio nazionale 13 strutture che erogano servizi ambulatoriali, attraverso l'impiego di professionisti di diverse branche specialistiche.



Stante il rinnovato assetto ordinativo del Servizio Sanitario del Corpo, ciascun poliambulatorio è incardinato, con rango di Sezione, al pari della Sezione Infermeria, in seno all'Ufficio Sanitario del Reparto Tecnico Logistico Amministrativo competente.

In ragione dell'autonomia gestionale di cui, sino ad oggi, hanno beneficiato le strutture in argomento, ognuna presenta caratteristiche peculiari e, soprattutto, fornisce servizi diversificati in relazione ai fabbisogni sanitari nonché ai poli di eccellenza medica localmente rilevati.

I poliambulatori sono gestiti attraverso il concorso di diverse figure professionali e, in particolare:

il Capo Ufficio Sanitario, che svolgerà anche attività di gestione tecnico-amministrativa dei servizi poliambulatoriali;

- medici convenzionati, figura cardine che, in collaborazione con gli altri professionisti, assicurerà la piena e fattiva operatività del poliambulatorio.

Al fine di garantire una gestione unitaria delle attività di tutela della salute a favore del personale del Corpo e dei relativi familiari, gli Uffici Sanitari territorialmente competenti, dopo aver proceduto a una ricognizione dei dati di natura tecnico-sanitaria, elaborano un'analisi approfondita su domanda e offerta sanitaria, con specifico riferimento al proprio bacino di utenza, al fine di garantire il progressivo miglioramento del servizio reso.

L'attuale ventaglio dei servizi sanitari offerti dai diversi poliambulatori risulta di ampiezza variabile in funzione delle specifiche potenzialità tecniche e infrastrutturali delle strutture in parola.

La politica sanitaria del Corpo sarà tesa al rafforzamento delle competenze in materia di accertamento diagnostico.

In aggiunta, alla stregua di quanto previsto dal Piano Sanitario del Servizio Sanitario Nazionale, il perseguimento della tutela della salute viene espletato anche attraverso l'attuazione di programmi di prevenzione sanitaria.

La recente riconduzione ai compiti istituzionali del Servizio Sanitario Guardia di Finanza di tutte le iniziative medico-diagnostiche a favore del personale, in servizio e in congedo, e di un ampliamento insieme di familiari e congiunti, ha segnato un rinnovamento epocale della strategia adottata dal Corpo in tema di tutela della salute dei propri dipendenti.

Le linee di azione a potenziamento della rete dei Poliambulatori costituiscono quindi un ulteriore tassello nel percorso di transizione organizzativa nell'ottica di indirizzare il percorso di crescita complessiva del Servizio Sanitario della Guardia di Finanza.

In tale ottica, tenuto conto delle principali caratteristiche epidemiologiche di ogni territorio, l'attività dei Poliambulatori può costituire un efficace supporto del Servizio Sanitario Nazionale, considerata quale azione sinergica, piuttosto che alternativa, rispetto a quella del citato SSN.

## 5. L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO DEL VENETO

L'interesse in generale dell'igienista, e più in particolare del medico militare, per le attività connesse al servizio, deriva sia dall'esigenza di prevenire i fattori di rischio per la salute del singolo e della comunità insiti sia all'interno delle strutture militari e nelle attività in esse espletate, sia dalla necessità di assicurare il massimo comfort in un'ottica di promozione complessiva della salute e del miglioramento della qualità della vita.

Le condizioni di sovraffollamento che possono verificarsi, il rapido ricambio del personale, l'utilizzo di servizi comuni, oltre a circostanze insite nel tipo di attività che il militare svolge, concorrono a creare eventuali turbative dell'equilibrio di salute, ad accrescere le sorgenti di infezione, le circostanze di contagio ed a slatentizzare meccanismi eziopatogenetici che danno luogo a processi morbosi non solo infettivi.

Una parte dell'attività di prevenzione riguarda sicuramente l'analisi degli aspetti ambientali ed igienico-edilizi delle caserme e del servizio di vettovagliamento: questa viene svolta attraverso periodiche ispezioni presso le varie sedi dei Comandi e all'interno delle mense di servizio ed i connessi locali cucina.

Tale attività è strettamente connessa con la specifica fattispecie della "medicina del lavoro" che ormai, presso tutte le organizzazioni lavorative, ed ancor di più nelle Pubbliche Amministrazioni, riveste carattere di stringente perentorietà, con la dedicata normativa vigente<sup>12</sup>.

Nell'ambito delle attività di prevenzione della salute promosse dal Servizio Sanitario della Guardia di Finanza sono state svolte diverse iniziative nel corso del triennio 2017-2019.

Le attività di sensibilizzazione, promozione e prevenzione della salute sono nate anche dall'osservazione del fenomeno delle assenze del personale per malattia, fenomeno riconducibile a differenti patologie, alcune periodiche in quanto si ripetevano ciclicamente, altre costanti nel tempo.

Si è verificato cronicamente che il 45% dei certificati medici pervenuti all'Ufficio Sanitario nei mesi compresi tra ottobre e marzo dichiarava i militari ammalati per patologie delle alte vie aeree, un altro 10% affetto da patologie delle basse vie.

In riferimento a quanto riportato, in linea con le direttive della Direzione di Sanità del Comando Generale, sono state eseguite tutte le misure di profilassi vaccinale, anche in

protezione della popolazione militare più a rischio per patologie, per età o per condizioni di riduzione delle difese immunitarie.

Si è osservato che la restante percentuale delle assenze per malattia manteneva un andamento costante durante tutto l'anno ed era riferibile a tutte le condizioni patologiche di seguito elencate:

- Sindromi gastroenteriche;
- Patologie osteoarticolari su base cronico-degenerativa e di natura fratturativa;
- Patologie cardiovascolari;
- Patologie psichiatriche;
- Altro.

In relazione alle patologie di interesse psichiatrico si è osservato come il 14% delle assenze per malattia nel triennio è stato subordinato a condizioni quali stress lavorativo, stati ansio-depressivi e solo in misura residuale a disturbi di natura psicotica.

Questi casi sono stati gestiti in maniera particolarmente delicata, attesa la funzione lavorativa svolta dal personale militare, e sono state previste sempre misure cautelative amministrative, quali il ritiro dell'arma individuale in dotazione.

Ogniqualevolta l'Ufficiale Medico sospetti condizioni psicopatologiche a carico di un militare, ovvero ne sia giunta apposita certificazione medica, sono ricorsi i presupposti per emettere un immediato provvedimento di temporanea non idoneità, spesso con automatico invio del militare stesso a visita presso la competente Commissione Medica Ospedaliera del Dipartimento di Medicina Legale, con sede a Padova.

Il percorso terapeutico e riabilitativo del militare-paziente psichiatrico è lungo e i successivi passaggi terapeutici prima del rientro in servizio sono ampiamente monitorati e documentati da psichiatri specialisti del settore.

Ad ogni modo, il rientro in servizio è sempre secondario alla sospensione dell'assunzione di terapia psico-farmacologica e il reintegro nell'ambito lavorativo prevede periodici *follow-up* a cura dell'Organo Sanitario.

L'aumento dell'incidenza di malattie psichiatriche in seno alle Forze Armate, congiuntamente al numero dei decessi per suicidio, ha ulteriormente confermato

l'importanza della delicata tematica prevedendo il potenziamento dello strumento di prevenzione.

Sebbene i fattori di rischio e quelli protettivi risultano essere sovrapponibili a quelli correlati al suicidio nella popolazione generale, l'elemento distintivo che è possibile segnalare è la facilità di accesso alle armi che tra i fattori di rischio ambientali nella Guardia di Finanza, così come anche nelle altre Forze Armate, è potenziale facilitatore del gesto suicida.

Come già espresso, la predizione e il controllo di tali fattori di rischio nella Guardia di Finanza viene realizzato attraverso certamente l'attuazione di uno stretto controllo sanitario ma anche grazie ad ulteriori strumenti a supporto, identificabili nella recente istituzione del servizio dello "Sportello di Ascolto Psicologico" del Corpo sull'intero territorio nazionale congiuntamente alla previsione dell'Ufficiale Psicologo anche in sede periferica, coadiuvato dalle figure di analoghi professionisti civili convenzionati.

Ciò ha consentito di sensibilizzare in misura ulteriore a tale complessa e delicata problematica le Superiori Gerarchie, il cui interessamento ha favorito una maggiore forma di dialogo tra le parti coinvolte consentendo di abbattere sensibilmente i fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psichiatrici, spesso alla base del gesto in argomento.

Percepire un malcontento del proprio subalterno in ambito lavorativo, quindi dialogare per comprendere la ragione di tale disagio, rappresenta un semplice punto di partenza alla base della prevenzione di tutte quelle forme psicopatologiche raggruppate all'interno dello stress lavoro-correlato, ovvero della cosiddetta sindrome del *burn-out*.

L'istituzione di sindacati dedicati e le convenzioni sottoscritte con associazioni di psicologi e psicoterapeuti, distribuiti su tutto il territorio nazionale, fornisce strumenti di ricerca per i sindacati stessi e ulteriore assistenza per il personale in difficoltà.

Dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolineano che l'86% delle morti e il 75% della spesa sanitaria in Europa e in Italia sono determinate da patologie croniche<sup>13</sup>, che hanno come minimo comune denominatore il fumo, l'abuso di alcool, la scorretta alimentazione e l'inattività fisica.

Queste ultime due condizioni risultano alla base dell'allarmante e continuo aumento della prevalenza di sovrappeso e di obesità nella popolazione, che ha raggiunto le proporzioni di un'inarrestabile epidemia.

Nel corso della nostra triennale attività è stato registrato come molti dei casi di diabete di tipo 2, di ipertensione arteriosa e di infarto sono correlati al sovrappeso e all'obesità, rappresentandone delle complicanze congiuntamente alla dislipidemia, steatosi epatica, calcolosi della colecisti, ernia iatale e malattia da reflusso gastroesofageo, patologie respiratorie quali le OSAS e complicanze osteoarticolari.

E' stato ampiamente documentato come quest'ultima condizione è correlata anche all'incidenza delle patologie osteoarticolari più di maggiore riscontro quali lombosciatalgia, coxartrosi e gonartrosi.

L'analisi di tale situazione e le successive misure di sensibilizzazione e di prevenzione messe in atto, e di seguito meglio esposte, hanno avuto l'obiettivo di dimostrare come la contenzione del fenomeno obesità ha ridotto significativamente l'insorgere delle note malattie croniche e per questo i giorni di assenza dal servizio, contenendo i disagi lavorativi correlati alla mancanza del personale e quindi anche i costi di questa nuova piaga sociale.

Nel periodo interessato è stato effettuato anche un programma di diagnosi ecografica finalizzato all'identificazione di alcune delle patologie correlate all'obesità ed in particolare eseguendo ecografie epatobiliari ed ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici, dei grossi vasi addominali e del circolo arterioso periferico.

L'accesso a tali esami è stato effettuato sia su istanza del militare che ne richiedeva la prestazione sia a seguito di organizzazione di specifiche campagne di prevenzione e promozione della salute, patrocinate dal Comando Regionale Veneto e compiutesi attraverso la realizzazione delle ecografie suindicate ai militari in possesso dei noti fattori di rischio interessanti anche per le finalità del nostro studio.

Ulteriori future iniziative prevedranno la collaborazione con gli Enti dedicati del Servizio Sanitario Regionale per favorire apposita cultura tra la popolazione militare delle problematiche sovraesposte attraverso una idonea sensibilizzazione sull'argomento.

E' stato anche recentemente stipulato un protocollo di convenzione tra Comando Regionale Veneto e Regione Veneto per l'esecuzione in via prioritaria degli esami clinico-diagnostici a favore del personale in servizio, atti a comprovare l'assenza di malattie invalidanti e/o di natura degenerativa potenzialmente in contrasto con l'idoneità lavorativa.

Facilitare l'accesso a tali prestazioni per gli appartenenti al corpo e potenziare i sistemi di prevenzione e diagnosi anche delle malattie professionali, ha avuto e continuerà a possedere un importante vantaggio a medio e lungo periodo in termini di efficienza dei lavoratori e di riduzione dei contenziosi (per successiva richiesta di dipendenza della patologia dal servizio).

Ulteriori strategie di azione possono essere realizzate anche attraverso l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria dei lavoratori, promuovendo pertanto forme di prevenzione primaria e secondaria atte anche all'identificazione precoce delle neoplasie.

## 6. ANALISI EPIDEMIOLOGICA DELL'OBESITA' IN AMBITO MILITARE: IL CASO DELLA GUARDIA DI FINANZA DELLA REGIONE VENETO

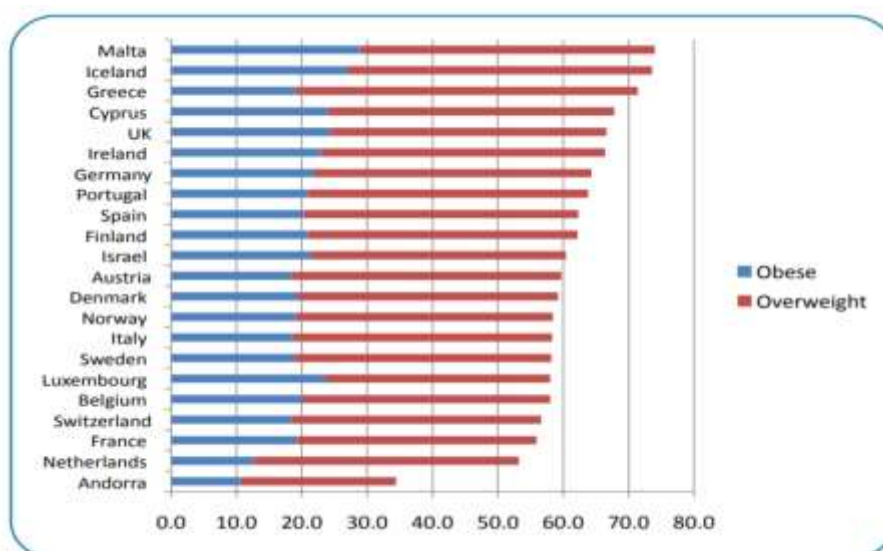
### INTRODUZIONE

L'obesità si manifesta a causa di uno squilibrio tra introito calorico e spesa energetica con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie in forma di trigliceridi nei depositi di tessuto adiposo. L'obesità è una patologia eterogenea e multifattoriale, al cui sviluppo concorrono sia fattori ambientali che genetici.

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale<sup>14</sup> e una vera e propria epidemia globale<sup>15</sup> tanto che si stima che nel 2010 il sovrappeso e l'obesità siano stati responsabili di 3,4 milioni di morti nel mondo, del 4% degli anni di vita persi e del 4% degli anni di vita persi aggiustati per la qualità di vita<sup>16</sup>.

In base a stime recenti dell'OMS, in Europa un cittadino su due è sovrappeso o obeso, mentre uno su cinque è affetto da obesità<sup>17</sup>.

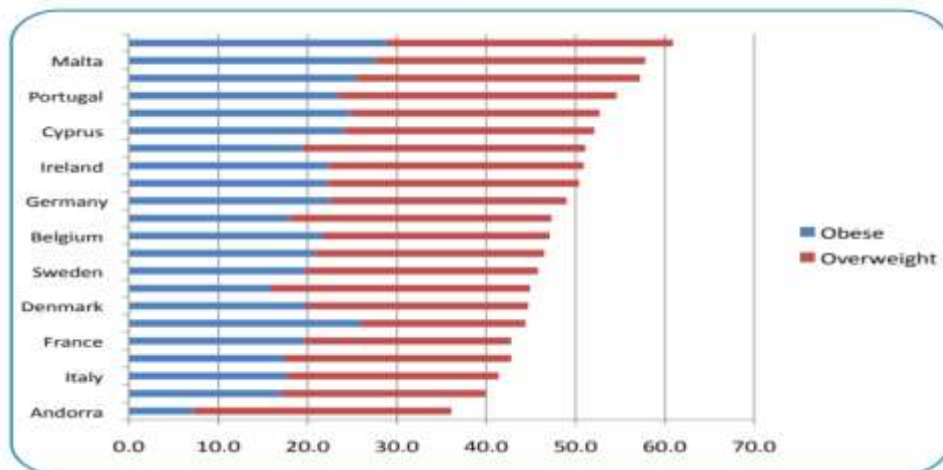
La prevalenza di eccesso ponderale fra gli uomini al di sopra dei 20 anni supera il 60% in diversi paesi europei, fra i quali Grecia, Regno Unito, Irlanda, Germania, Portogallo, Spagna e Finlandia, mentre l'Italia si attesta su una percentuale di poco inferiore al 60%<sup>18</sup>.



*Sovrappeso ed obesità negli uomini >20 anni in Europa.*



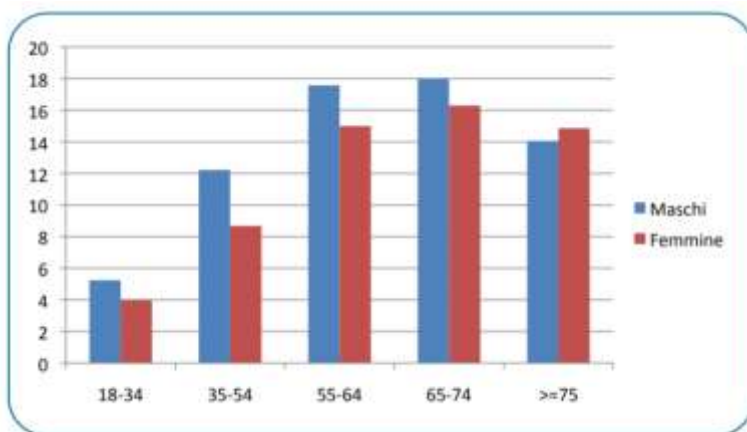
Fra le donne nella stessa fascia di età la prevalenza supera il 50% in diversi paesi, mentre in questo caso l'Italia risulta fra le nazioni con prevalenza più bassa, di poco al di sopra del 40%.



**Sovrappeso ed obesità nelle donne >20 anni in Europa.**

Per quanto riguarda i trend temporali, i dati ISTAT documentano fra il 2001 e il 2010 una crescita di circa due milioni del numero di persone in sovrappeso e di oltre un milione per le persone francamente obese, per un totale di oltre 27 milioni di persone in eccesso ponderale.

I dati più recenti ISTAT, relativi al 2013, evidenziano una più elevata prevalenza di obesità fra i 55 e i 74 anni di età. In tutte le fasce di età l'obesità risulta più frequente fra i maschi.



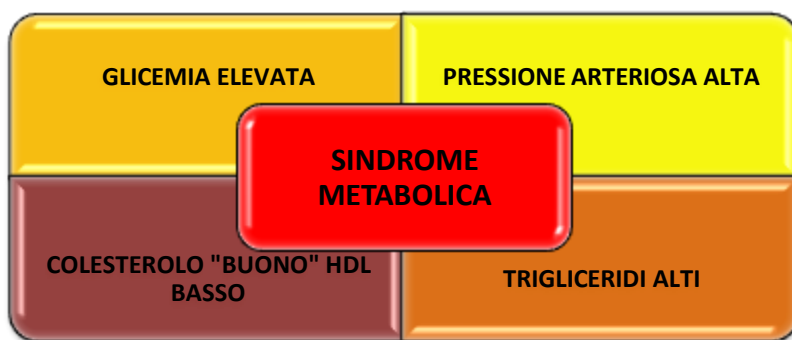
**Obesità in Italia in base a sesso e fasce d'età (ISTAT 2013)**

Anche nell'ambito delle Forze dell'Ordine e Forze Armate, ha raggiunto un particolare livello di attenzione<sup>19</sup>.

La diffusione dei fenomeni di sovrappeso e obesità sta aumentando in modo allarmante a livello globale in tutte le fasce di popolazione, ma anche tra alcune categorie

convenzionalmente meno sensibili, tra le quali i militari in servizio attivo. L'appartenenza a tale categoria infatti richiederebbe il possesso di una adeguata preparazione psico-fisica che, unitamente alle conoscenze professionali, deve consentire al personale militare a tutti i livelli, di esprimere le capacità operative necessarie per assolvere ai gravosi compiti affidati all'Amministrazione d'appartenenza.

Le conoscenze scientifiche e cliniche acquisite negli ultimi anni, hanno evidenziato come l'obesità deve essere considerata uno dei fattori che contribuisce allo sviluppo di una patologia molto più complessa e grave che viene individuata comunemente con il termine di "Sindrome Metabolica" derivante da condizioni di alterazione del metabolismo.



L'obesità rappresenta inoltre un *marker* per una moltitudine di altre patologie.



L'aumento della sedentarietà lavorativa nel caso della Guardia di Finanza è diventato più evidente negli ultimi anni, anche con l'avvento di nuove forme investigative e d'indagine, che oggi consentono, attraverso un efficace e complesso sistema di banche dati, di poter acquisire velocemente notevoli informazioni d'interesse dalla propria postazione di lavoro, molto più rispetto anche a pochi anni fa.

Proprio per la particolare tipologia di attività operativa che il soggetto appartenente alla Guardia di Finanza deve svolgere, la figura del Capo del Servizio Sanitario di ogni realtà regionale ha il compito di valutare la salute del finanziere, e quindi anche la composizione corporea essendo l'eccesso ponderale causa di non idoneità al servizio militare, compromettendone la carriera lavorativa e professionale.

In caso di parametri non in linea con quanto previsto, l'Ufficiale Medico ha l'obbligo di adottare misure idonee per riportare il soggetto in condizioni di peso più adeguate. Nei casi più evidenti, il finanziere può essere dichiarato temporalmente non idoneo al servizio e posto in convalescenza per un periodo di massimo 60 giorni, al termine dei quali il soggetto sarà sottoposto nuovamente a visita di controllo.

La criticità che si riscontra è che i suddetti soggetti spesso non possiedono né riescono ad acquisire idonei strumenti per raggiungere il risultato.

Lo studio condotto presso gli ambulatori dell'Ufficio Sanitario del Comando Regionale G. di F. Veneto vuole innanzitutto verificare che statisticamente le patologie quali obesità e sovrappeso siano ormai diffuse anche all'interno del Corpo della Guardia di Finanza, e possano, se non adeguate affrontate, poi rischiare di compromettere in parte l'efficienza dei servizi istituzionali.

Secondariamente, si dimostrerà come anche una mera alimentazione più sana e bilanciata possa già ridurre in maniera significativa i casi di obesità più gravi, evitando quantomeno la sospensione temporanea dal servizio di personale.

## **OBIETTIVO DELLO STUDIO**

L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare la composizione corporea del personale in servizio presso il Comando Regionale della Guardia di Finanza del Veneto, prevenire e nel caso contrastare, sovrappeso e obesità all'interno del Corpo di Polizia, promuovendo un'alimentazione bilanciata e uno stile di vita sano. L'intento è quello di diffondere a tutto il personale militare una corretta educazione alimentare, impiegando gli strumenti tecnici ed amministrativi a disposizione dell'Ufficiale Medico a Capo dell'Ufficio Sanitario regionale. Tale iniziativa, oltre a poter in prospettiva ridurre limitatamente al proprio ambito l'impatto sociale ed economico della problematica in questione, è finalizzato a comprendere gli effetti a breve-medio termine all'interno dell'Amministrazione G. di F. di una campagna di sensibilizzazione, prevenzione e cura appositamente dedicata.

## MATERIALI E METODI

Il campione di riferimento è costituito dal personale in servizio dipendente dal Comando Regionale della Guardia di Finanza della regione Veneto negli anni dal 2017 al 2019.

### Dati relativi al personale - Anno 2017

	Ufficiali		Ispettori		Sov.ti		App./Fin		Totale	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
Forza organica	141		1.405		819		1.419		3.784	
Forza effettiva	134		1.333		548		1.193		3.208	
Età media	46.8		48.9		49.8		46.1		47.9	
Uomini	119		1.205		544		1.150		3.018	
Donne	15		128		4		43		190	

### Dati relativi al personale - Anno 2018

	Ufficiali		Ispettori		Sov.ti		App./Fin		Totale	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
Forza organica	139		1.398		790		1.268		3.595	
Forza effettiva	131		1.321		522		1.150		3.124	
Età media	46.0		49.2		53.7		41.0		47.8	
Uomini	115		1.176		519		1.111		2.921	
Donne	16		144		3		39		202	

### Dati relativi al personale - Anno 2019

	Ufficiali		Ispettori		Sov.ti		App./Fin		Totale	
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
Forza organica	147		1.415		790		1.279		3.631	
Forza effettiva	131		1.334		500		1.129		3.094	
Età media	46.0		48.2		53.3		40.4		47.6	
Uomini	119		1.175		497		1.086		2.877	
Donne	12		155		3		43		213	

In 24 mesi è stato sottoposto a controllo sanitario periodico o straordinario circa il 90 % del bacino d'utenza (uomini e donne) presso l'Infermeria regionale.

E' stato possibile raggiungere un'alta percentuale di controlli ai fini del presente studio promuovendo l'acquisizione dei dati di interesse in qualsiasi situazione che abbia portato il militare ad essere convocato presso l'ambulatorio, sia per visite mediche di accertamento dei casi di malattia, ma anche durante i controlli per il rinnovo dell'idoneità alla guida di automezzi militari, medicina del lavoro, idoneità per missioni all'estero, rientro da periodi di malattia per altre patologie ecc.

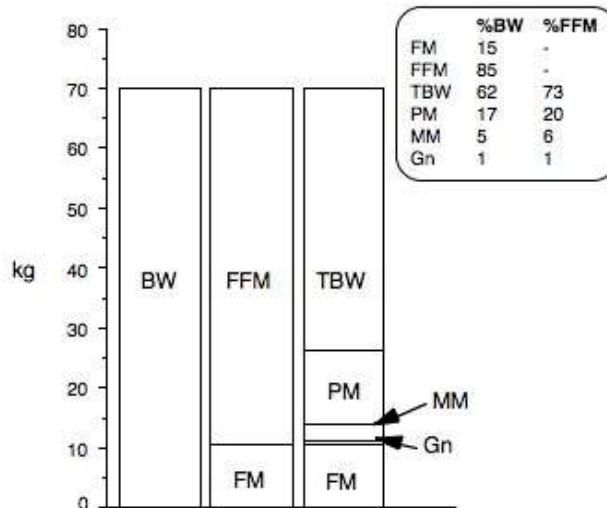
A tutti i partecipanti sono stati rilevati i parametri antropometrici quali peso, altezza, l'indice di massa corporea (Body Mass Index - BMI), circonferenza vita, pressione arteriosa e test bioimpedenziometrico.

L'indice di massa corporea (IMC) o Body Mass Index (BMI), calcolato come rapporto tra il peso in Kg e il quadrato dell'altezza in m<sup>2</sup>, è quello proposto come parametro di riferimento da istituzioni e organizzazioni internazionali<sup>20</sup>.

Classification	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
<b>Underweight</b>	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
<b>Normal range</b>	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
<b>Overweight</b>	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
<b>Obese</b>	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

**Classificazione Internazionale di sottopeso, sovrappeso ed obesità negli adulti, in accordo al sistema del BMI adottato dall'OMS a partire dal 1995.**

Il BMI, come unico parametro che tiene conto del peso e dell'altezza del soggetto, è quindi limitante in quanto il peso è costituito da FFM, FM, TBW e PM e quindi non permette di discriminare le singole componenti.



**Composizione corporea nell'uomo di riferimento (Bedogni et al. 1999).**

**Abbreviazioni: BW = body weight; FFM = fat-free mass; FM = fat-mass; TBW = total body water; PM = protein mass; MM = mineral mass; Gn = glycogen; FM = fat mass.**

Da qui l'importanza in futuro di disporre di strumenti quali il Bioimpedenziometro (BIA), che rilevano un quadro più dettagliato della composizione corporea.

Tutto ciò per valutare se, al termine del periodo di controllo di 90 giorni, i soggetti sono rientrati nei parametri di idoneità della normativa in vigore, riducendo realmente quella che è la FM e salvaguardando la FFM.

Sono state poste domande sullo stile di vita e predisposte quindi due diete con una composizione nutrizionale leggermente diversa per i due sessi:

- Campione maschile: dieta da 1600 Kcal, 50% carboidrati complessi, 15% zuccheri semplici, 30% lipidi, 20% proteine e 25 gr di fibra.
- Campione femminile: dieta da 1300 Kcal, 47% carboidrati complessi, 13% zuccheri semplici, 30% lipidi, 23% proteine e 25 gr di fibra.

In questa fase dello studio non è stato predisposto uno specifico tipo di allenamento od attività fisica, atteso che la finalità era verificare in pochi mesi il miglioramento dei dati parametrici solo grazie ad un contenimento dell'apporto calorico nei soggetti in cui il sovrappeso/obesità era verosimilmente dovuta prioritariamente ad una cattiva alimentazione.

Il trattamento dietetico ha avuto una durata di tre mesi, al termine dei quali sono stati rilevati nuovamente i parametri antropometrici, biochimici e bioimpedenziometrici per verificare eventuali miglioramenti avvenuti. I limiti dello studio sono insiti nella *compliance* effettiva dei soggetti ai suggerimenti forniti.



## RISULTATI

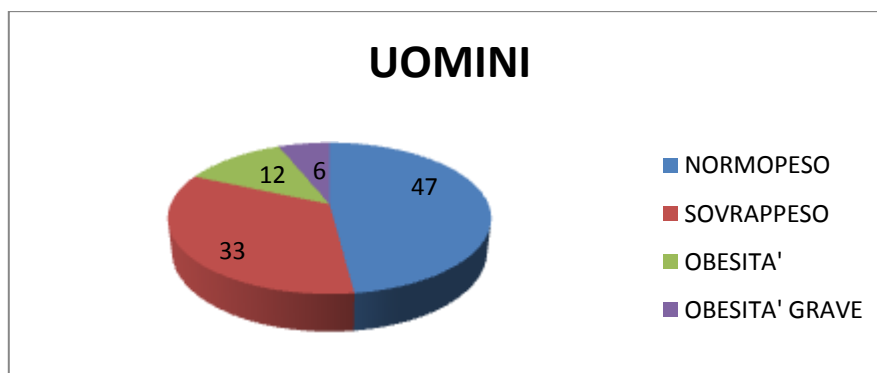
### **CAMPIONE MASCHILE:**

Il 93% del campione era composto da personale militare maschile.

Il 20% è rientrato nella classe dell'obesità.

Di questo 20%, il 12% era composto da personale con un'obesità di primo grado ( $30 < \text{BMI} < 34,9$ ) e un 6% composto da personale con un'obesità di secondo grado ( $35 < \text{BMI} < 39,9$ ).

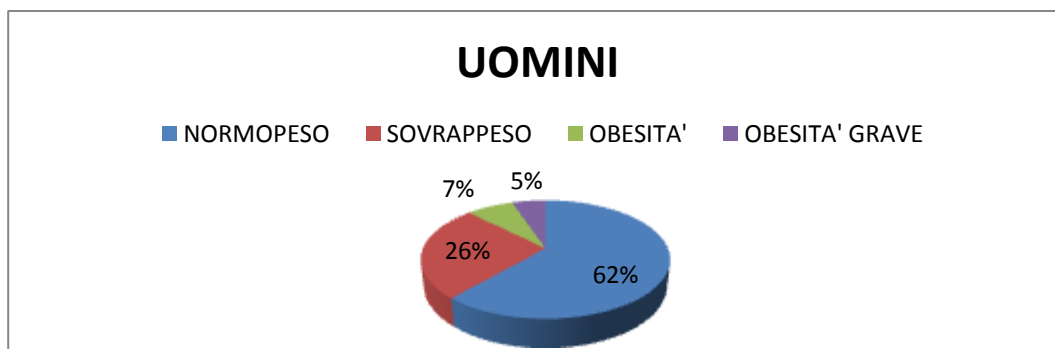
Il 33% era composto da personale in sovrappeso ( $25 < \text{BMI} < 29,9$ ) e il 47% era composto da personale normopeso ( $18 < \text{BMI} < 24,9$ ) (**Grafico n. 1**).



**GRAFICO N.1:** situazione percentuale personale maschile al momento del primo controllo.

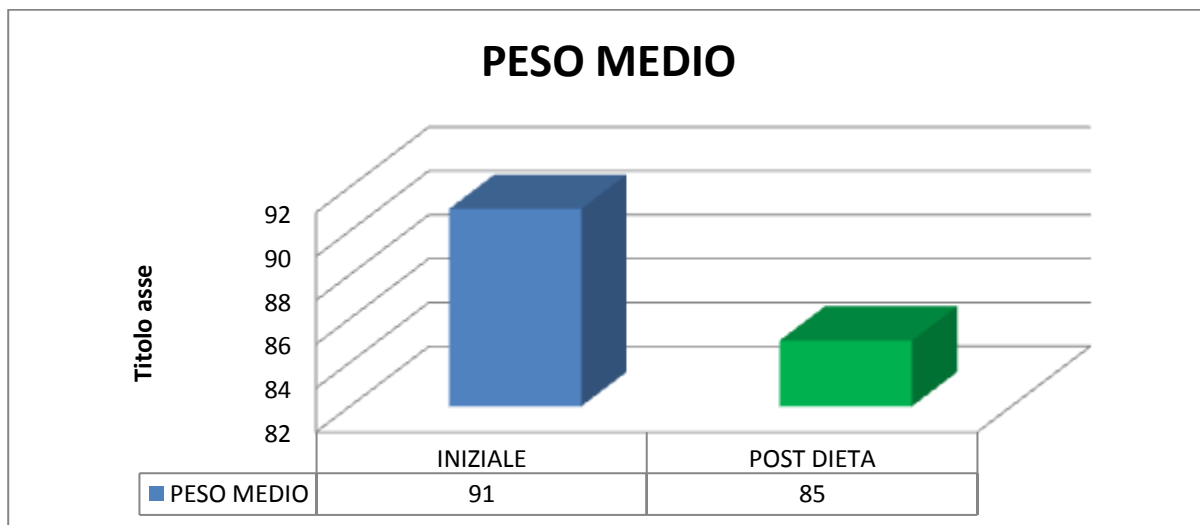
Il 53% è risultato dunque sovrappeso e obeso ed è stato selezionato per il trattamento dietetico, obbligatorio nel caso dei soggetti con obesità di 2° grado, in quanto destinatari di provvedimento di temporanea non idoneità al servizio.

Dopo il breve periodo con alimentazione controllata, i soggetti obesi sono scesi al 12%, nello specifico il 7% facenti parte dell'obesità di primo grado e il 5% facenti parte dell'obesità di secondo grado. I soggetti sovrappeso sono scesi al 24% (**Grafico n. 2**).

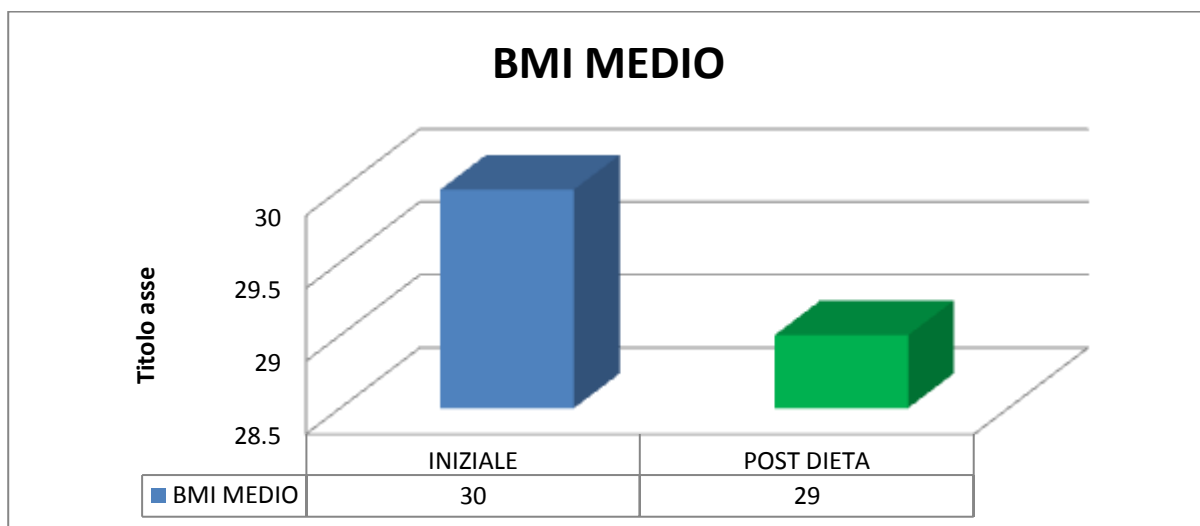


**GRAFICO N.2:** situazione personale maschile dopo il periodo di regime alimentare controllato.

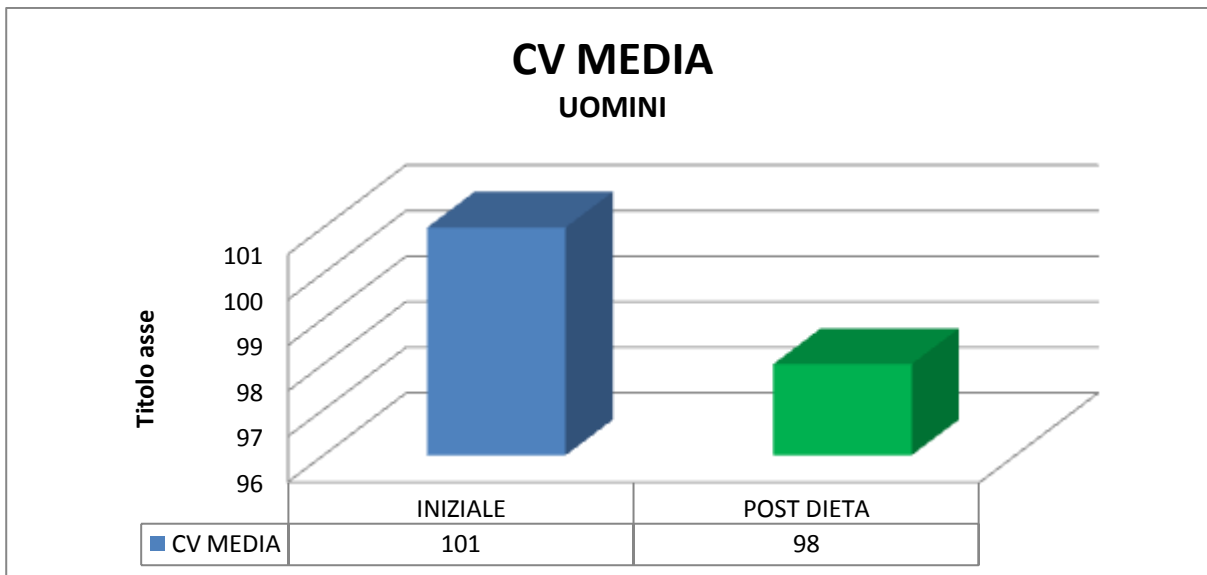
È stata registrata una riduzione significativa del peso corporeo (**Grafico n. 3**), del BMI (**Grafico n. 4**) e della CV (**Grafico n. 5**).



**GRAFICO N.3:** diminuzione del peso medio rilevato in kg dopo 3 mesi di regime alimentare controllato.



**GRAFICO N. 4:** diminuzione del Body Mass Index rilevato dopo 3 mesi di regime alimentare controllato.

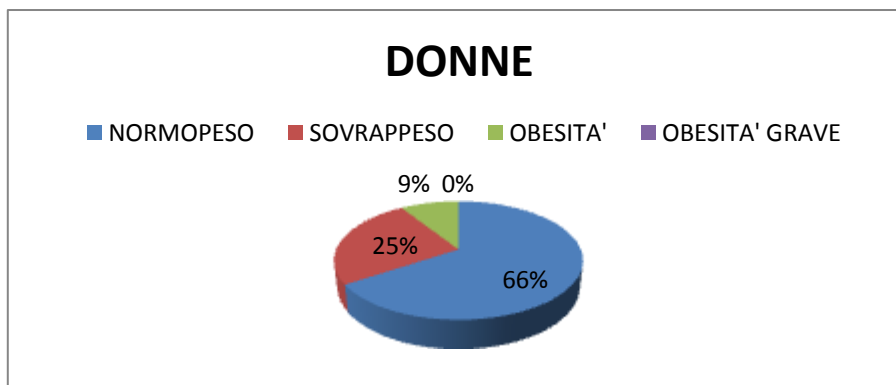


**GRAFICO N.5:** diminuzione della Circonferenza Vita media in cm rilevata dopo 3 mesi di regime alimentare controllato.

### **CAMPIONE FEMMINILE:**

Il 7% del campione era composto dal personale militare femminile.

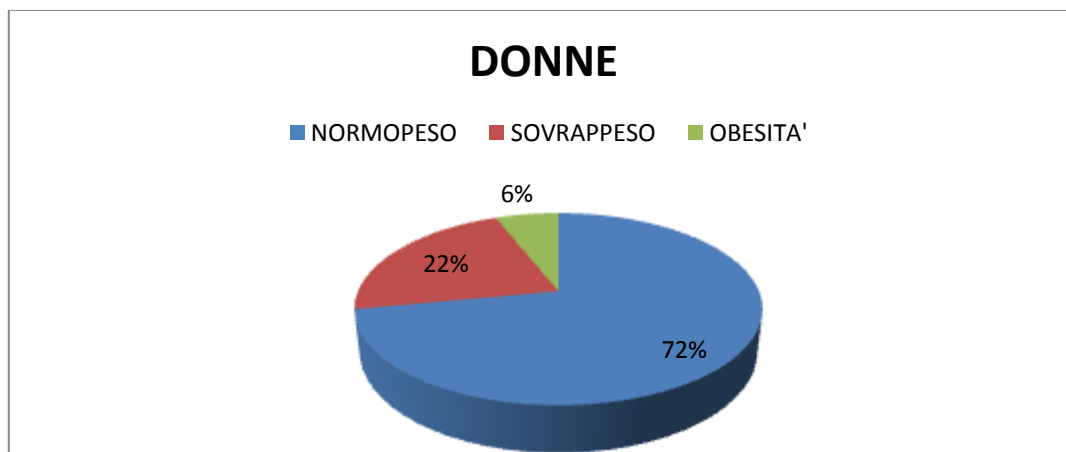
Il 9 % del personale militare femminile è rientrato nella classe dell'obesità. Di questo 9% la totalità era composta da personale con un'obesità di primo grado ( $30 < \text{BMI} < 34,9$ ), con un'assenza di situazioni con un secondo grado di obesità. Il 25% era composto da personale in sovrappeso ( $25 < \text{BMI} < 29,9$ ) e il 65% era composto da personale normopeso ( $18 < \text{BMI} < 24,9$ ) (**Grafico n. 6**).



**GRAFICO N.6:** situazione percentuale personale femminile al momento del primo controllo.

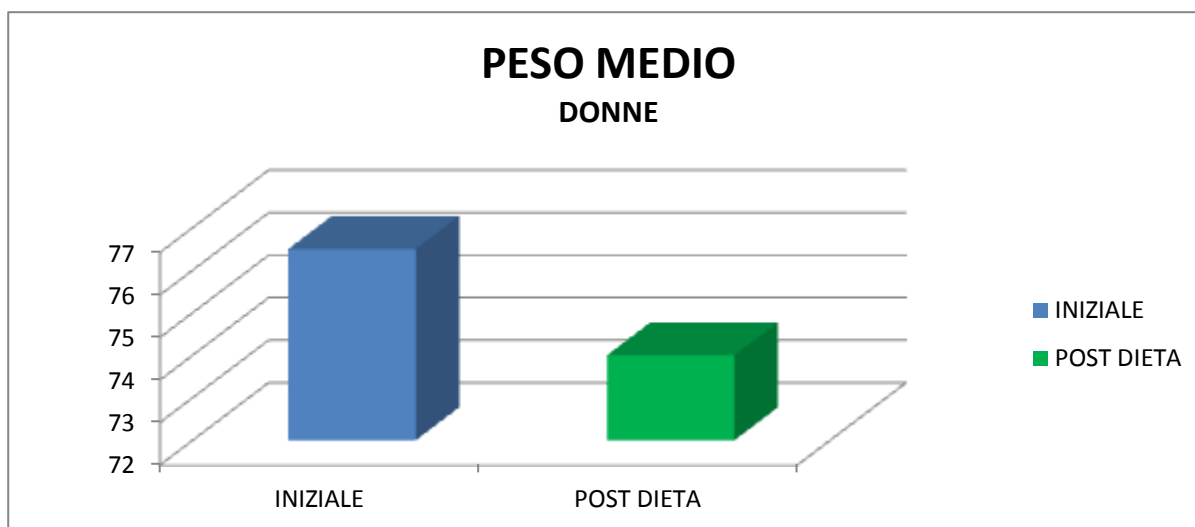
In totale quindi solo il 34% è risultato in sovrappeso/obeso ed è stato proposto il trattamento nutrizionale dedicato alla riduzione del peso.

Dopo il trattamento dietetico di 90 giorni le donne obese sono scese al'6%, nello specifico. Il numero delle donne in sovrappeso è stato ulteriormente ridotto al 22% (**Grafico n. 7**).

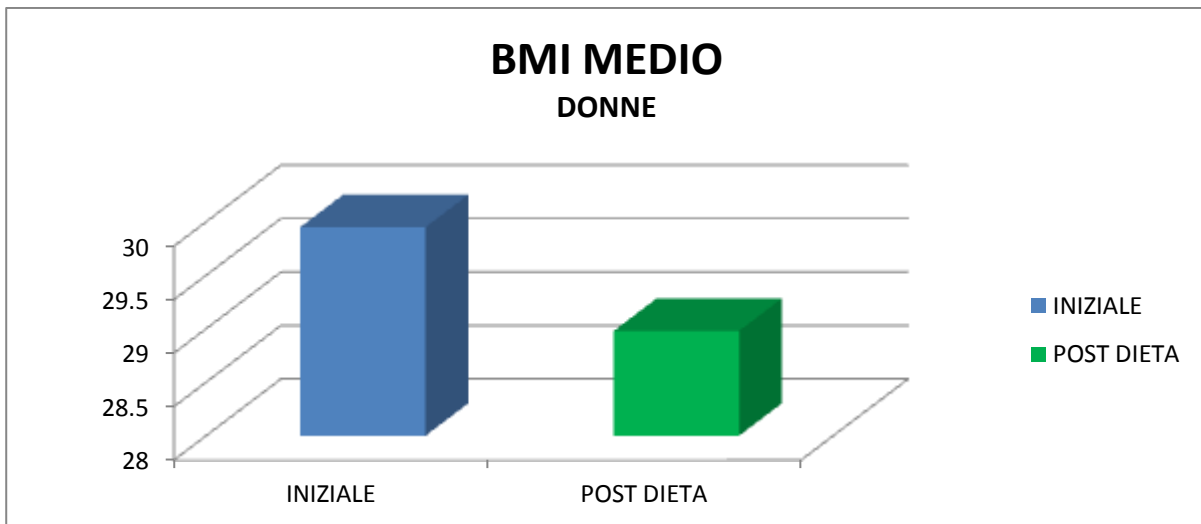


**GRAFICO N.7:** situazione personale femminile dopo il periodo di regime alimentare controllato.

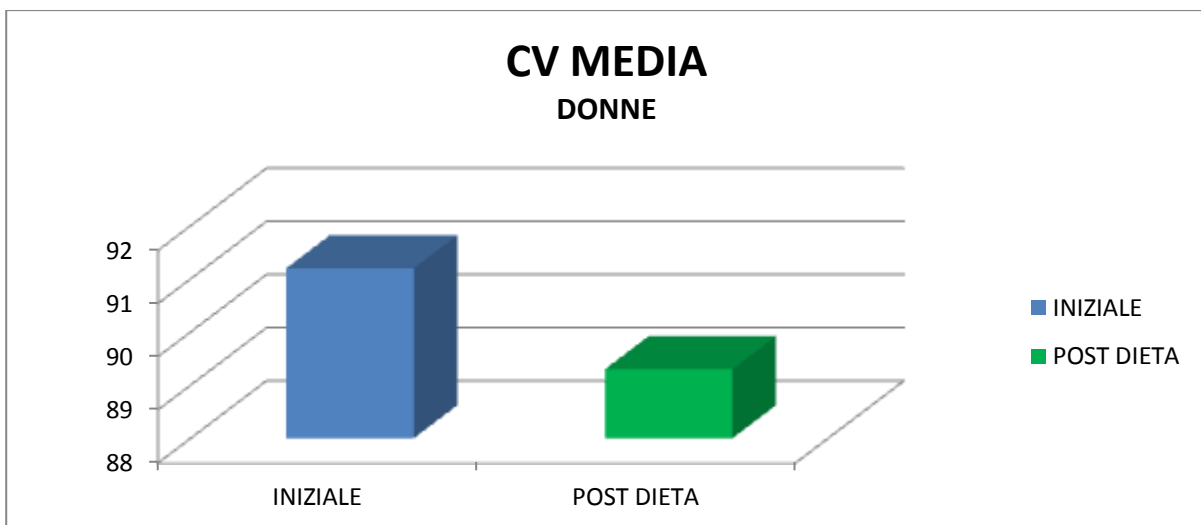
È stata registrata una riduzione del peso corporeo (da 76,5 kg a 74 kg) (**Grafico n. 8**), del BMI (da 29,95 a 28,98) (**Grafico n. 9**) e della CV (da 91,2 cm a 89,3 cm) (**Grafico n. 10**).



**GRAFICO N.8:** diminuzione del peso medio rilevato in kg dopo 3 mesi di regime alimentare controllato.



**GRAFICO N. 9:** diminuzione del Body Mass Index rilevato dopo 3 mesi di regime alimentare controllato.



**GRAFICO N. 10:** diminuzione della CV rilevata dopo 3 mesi di regime alimentare controllato.

Per i risultati del personale femminile occorre però precisare che le unità oggetto di studio hanno un'età media molto inferiore a quella del personale maschile (33,5 anni di media, contro 47,6 degli uomini). Una tale differenza di risultati è sicuramente conseguenza di questa disomogeneità dei due campioni, dovuta ovviamente alla più recente apertura degli arruolamenti anche alle donne<sup>21</sup>, e quindi non solo non esiste a livello regionale personale femminile con anzianità di servizio di oltre 18 anni, ma la maggior parte degli arruolamenti di personale femminile, appartenente alla categoria Ispettori, ha avuto un incremento significativo solo negli ultimi 10 anni.

Ripetendo il presente studio tra un idoneo lasso di tempo sarà possibile ottenere un risultato più omogeneo rispetto al personale maschile.

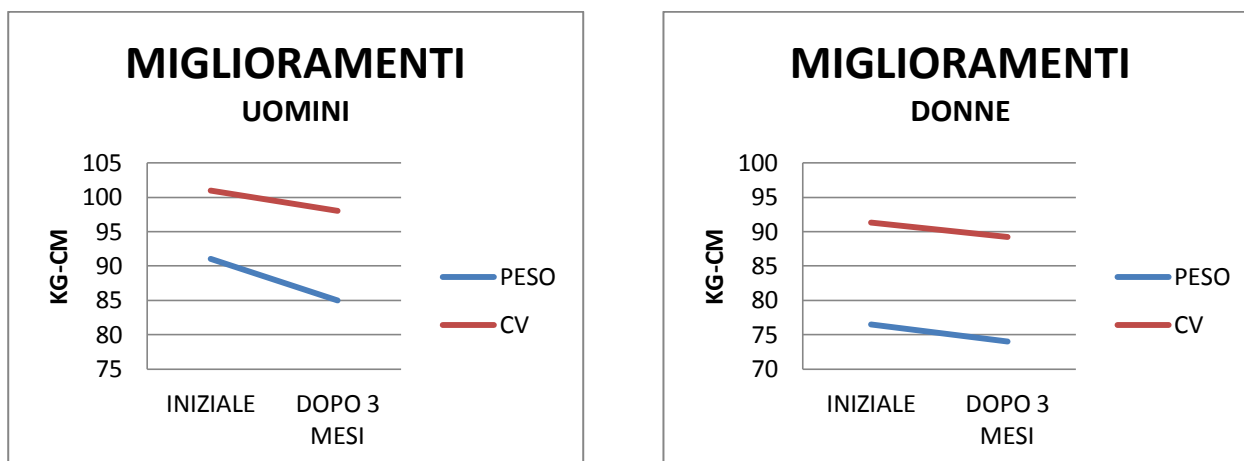
## DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dallo studio confermano che l'epidemia dell'obesità è un fenomeno concreto e reale che si sta diffondendo anche nel campo dei militari e delle Forze dell'Ordine. Nonostante vengano richiesti dei requisiti di BMI ed efficienza fisica molto stringenti nella fase selettiva concorsuale<sup>22</sup>, per la Guardia di Finanza, a differenza delle Forze Armate (Esercito, Marina Militare, Aeronautica Militare e Carabinieri), non sono più previsti specifici test annuali di efficienza fisica<sup>23</sup>. L'attuale *status quo in* assenza anche del citato deterrente, in aggiunta alle altre variabili descritte, sta comportando un lento ma progressivo deterioramento della salute dei finanzieri nell'ambito delle patologie di obesità e sovrappeso. Il generale aumento di tali problematiche, seppur in maniera ancora limitata rispetto alla popolazione civile, deve comunque essere contrastato con misure idonee, e che agiscano su più fronti. Altro fattore preoccupante meritevole di attenzione è l'elevata età media del personale in servizio, che nel 2019 rimane attestata a ridosso della soglia dei 50 anni (47.6); questo può sicuramente influire statisticamente sui casi di sovrappeso/obesità, e dimostra anche che sia necessario un maggior controllo sanitario a 360° del personale, ai fini della prevenzione di tutte le patologie che possono comportare una non idoneità al servizio, anche alla luce delle già ridotte risorse

Per ovviare a questo problema sarebbe fondamentale prevedere, come per altre Istituzioni militari, periodici controlli di efficienza fisica, anche connaturati alla specificità degli incarichi e delle diverse classi di età.

Secondariamente, portare avanti la *policy* intrapresa in questi ultimi due anni di controllo della salute e di prevenzione dell'obesità, anche alla luce delle varie patologie ad esso correlate, che possono compromettere l'efficienza, ma anche a l'immagine, dell'Istituzione. L'adottare uno stile di vita più idoneo allo specifico lavoro, ed una dieta più controllata, sotto la supervisione dell'Ufficiale Medico - Capo Ufficio Sanitario ha dato buoni risultati in

termini di miglioramenti dei parametri antropometrici in entrambi i sessi, prevenendo così anche il ricorso ad interventi di chirurgia bariatrica nei casi più gravi.



**PESO:** - 7% (uomini) -4% (donne)  
**CV:** - 3% (uomini) -3% (donne)

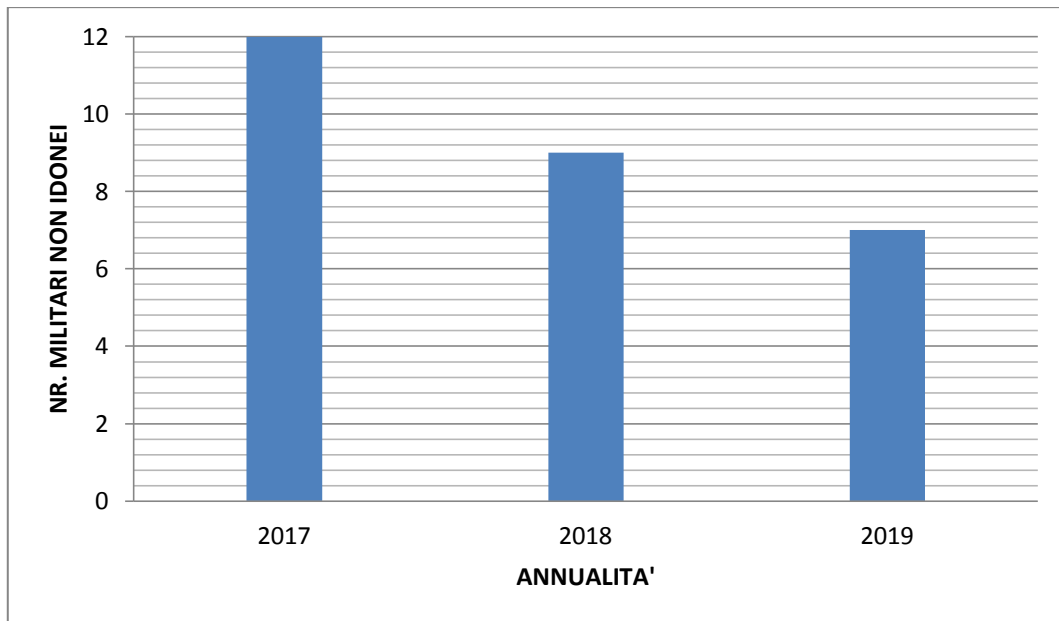
Per quanto riguarda i parametri biochimici, quando disponibili, si partiva già da una situazione non alterata anche se, complessivamente questi parametri nei casi con sindrome metabolica sono scesi notevolmente dopo il trattamento dietetico in entrambi i sessi.

Un determinante parametro di particolare interesse istituzionale consiste nel ritorno in termini di giornate/uomo di servizio: dall'inizio di questo studio, attraverso un costante monitoraggio della specifica problematica, attraverso anche un'opera di sensibilizzazione da parte del capo Ufficio Sanitario verso i Comandanti di reparto di ogni livello, è stato possibile raggiungere un primo risultato.

Nel periodo 2017-2019 vi è stato un abbassamento del numero totale di militari dichiarati "temporaneamente non idonei al servizio militare" e successivamente inviati alla Commissione Medica Ospedaliera per problematiche legate all'obesità.

Un tale approccio quindi, se svolto in maniera ancor più continua e generalizzata, allargando anche l'analisi alle patologie obesità-correlate quali ad esempio diabete<sup>24</sup>, ipertensione<sup>25</sup>, cancro<sup>26</sup>, patologie osteoarticolari<sup>27</sup>, ipertrofia prostatica<sup>28</sup>, infertilità<sup>29</sup>, asma<sup>30</sup> e apnea notturna<sup>31</sup>, oltre alla riduzione dell' "impatto clinico" di tali patologie, può

condurre concretamente ad un considerevole incremento della “forza presente” in servizio, con una più elevata soglia di attenzione e concentrazione<sup>32</sup> con evidente ritorno di operatività e funzionalità di tutto l’apparato organizzativo, garantendone maggior efficacia ed efficienza, a parità di forza effettiva e senza particolari oneri finanziari.



***Andamento provvedimenti di “Temporanea Non Idoneità” per problematiche legate all’obesità 2017-2019.***



## **Bibliografia e riferimenti**

---

- <sup>1</sup> *Military Health System Efficiency: A Review of History and Recommendations for the Future.* M. Nicholas Coppola, MSC USA (Ret.), Robin Satterwhite, MBA, EdD, FACHE, Lawrence V. Fulton, MSC USA (Ret.), Laurie L. Shanderson, MPA, PhD, Rubini Pasupathy, MBA, PhD. *Military Medicine*, Volume 177, Issue 6, June 2012, Pag. 686–692.
- <sup>2</sup> *Manuale di igiene e Medicina preventiva militare.* Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito. Roma, 1995.
- <sup>3</sup> *Principi fondamentali della chirurgia di guerra, relazioni sui servizi sanitari nelle guerre franco-tedesca.* PIROGOV, Nikolaj Ivanovič (1870).
- <sup>4</sup> *DECRETO LEGISLATIVO 15 marzo 2010, n. 66. Codice dell'Ordinamento Militare.*
- <sup>5</sup> *DECRETO 31 marzo 2003. Aggiornamento delle schedule vaccinali e delle altre misure di profilassi per il personale militare.*
- <sup>6</sup> *Politica di sicurezza e nuovo modello di difesa.* G. Gasparini. Quaderni Istituto Affari Internazionali. Roma, 1999.
- 
- <sup>7</sup> *D. Lgs. n. 502 del 1992.*
- <sup>8</sup> *Disegno di legge N. 2126 Legislatura 16<sup>a</sup>, comunicato alla Presidenza il 22 aprile 2010. "Riordino della sanità militare ed istituzione del Servizio sanitario militare unificato".*
- <sup>9</sup> *CORTE DEI CONTI – SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO. IL SERVIZIO SANITARIO MILITARE. Deliberazione 7 agosto 2019, n. 16/2019/G.*
- <sup>10</sup> <https://www.usa.gov/federal-agencies/defense-health-agency>

---

<sup>11</sup> *Il Fondo di Assistenza per i Finanziari è stato istituito dalla Legge 20 ottobre 1960, n. 1265 e costituisce un organo con compiti previdenziali e di assistenza e protezione sociale per gli appartenenti alla Guardia di Finanza e i propri familiari.*

<sup>12</sup> *D.Lgs. 81/2008 e s.i.m.*

<sup>13</sup> *Organizzazione Mondiale della Sanità. Preventing chronic diseases: a vital investment. 2015.*

<sup>14</sup> *Organizzazione Mondiale della Sanità: Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020.*

<sup>15</sup> *Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito questa patologia con il termine "globesity" in "Obesity. Preventing and managing the global epidemic". Report of a WHO consultation on Obesity. Ginevra, 1997.*

<sup>16</sup> *Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2224–60.*

<sup>17</sup> *<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>*

<sup>18</sup> *Ng M, Fleming T, Robinson M et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014; 384: 766–81.*

<sup>19</sup> - *Forze armate «a dieta»: una nuova circolare per i militari in sovrappeso. Corriere della sera. 24 novembre 2018.*

- *Difesa, la ministra Trenta annuncia circolare su sovrappeso e obesità tra i militari. La Repubblica. 24 novembre 2018.*

---

<sup>20</sup> *Organizzazione Mondiale della Sanità. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.*

<sup>21</sup> *Legge n. 380/99 del 20 ottobre 1999.*

<sup>22</sup> - *Decreto Ministeriale 17 maggio 2000 n. 155, Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 15 giugno 2000 nr. 138. Regolamento recante norme per l'accertamento dell'idoneità al servizio nella Guardia di Finanza ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della legge 20 ottobre 1999, n. 380.*

- *Decreto Ministeriale 16 dicembre 2014, n. 197 Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 12 gennaio 2015, n. 8 Regolamento recante l'aggiornamento dell'elenco delle imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità al servizio nella Guardia di finanza, ai sensi dell'articolo 2139, comma 3, del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66.*

- *Decreto del Comandante Generale n. 45755 datato 17/02/2015 – Direttive tecniche anno 2016.*

- *Decreto del Comandante Generale n. 61772, datato 25/02/2016 – modifiche all'allegato 1 al decreto n. 45755.*

<sup>23</sup> *Vds: Ufficio Formazione - I Reparto Personale - Stato Maggiore della Difesa, Direttiva per il mantenimento, l'aggiornamento ed il controllo dell'efficienza psicofisica ed operativa del personale militare, 2005.e Stato Maggiore dell'Aeronautica, Direttiva per il mantenimento, l'aggiornamento ed il controllo dell'efficienza psicofisica ed operativa del personale dell'A.M.*

<sup>24</sup> *Italian Diabetes & Obesity Barometer Report – IBDO 2018.*

<sup>25</sup> *Obesità e ipertensione arteriosa - Paolo Verdecchia, Bruno Trimarco. Giornale italiano Cardiologia. 2009.*

<sup>26</sup> *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective – WORLD CANCER RESEARCH FOUND – REPORT 2018.*

<sup>27</sup> *Messier S.P., Osteoarthritis of the knee and its associated factors of age and obesity. Med. Sci. Exerc., 93. 1446-52, 1994.*

---

<sup>28</sup> Laurent, V. et al. *Periprostatic adipocytes act as a driving force for prostate cancer progression in obesity. Nat. Commun. 7:10230 doi: 10.1038/ncomms10230 (2016).*

<sup>29</sup> *Male fertility and obesity: are ghrelin, leptin and glucagon-like peptide-1 pharmacologically relevant?*

Marco G. Alves, Tito T. Jesus, Mário Sousa, Erwin Goldberg, Branca M. Silva, Pedro F. Oliveira. *Current Pharmaceutical Design. Volume 22 , Issue 7 , 2016.*

<sup>30</sup> *Il link asma-obesità: aspetti patogenetici, clinico-funzionali e diagnostico-terapeutici. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica. 2-2018. 18-25.*

<sup>31</sup> *Adipose tissue in obesity and obstructive sleep apnoea. M.R. Bonsignore, W.T. McNicholas, J.M. Montserrat, J. Eckel. European Respiratory Journal 2012.*

<sup>32</sup> *Improved memory function 12 weeks after bariatric surgery. J. Gunstad, G. Strain, M.J. Devlin, R. Wing, R.A. Cohen, R.H. Paul, R.D. Crosby, J.E. Mitchell. Surgery for Obesity and related diseases. \_Volume 7, Issue 4, P.465-472, 01/07/2011.*

---

## **RINGRAZIAMENTI**

*Ringrazio la Professoressa Maria Triassi, fulgido esempio di affermazione delle donne nel campo scientifico ed accademico.*

*Ringrazio il Dottor Sandro Cinquetti, per la disponibilità e il proficuo apporto di conoscenza e di idee nel corso di questi anni.*