



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Unità di direzione protezione dei consumatori

Strategia sale 2013 - 2016

Documento sulla strategia per la riduzione del consumo
di sale da cucina

10 gennaio 2013

Indice

1. Mandato	3
2. Contesto.....	3
3. Esperienze e iniziative internazionali.....	6
3.1. Strategie e provvedimenti con esito positivo in altri Paesi.....	6
3.2. EU Common Framework on Salt Reduction	8
3.3. European Salt Action Network (ESAN).....	9
3.4. World Action on Salt and Health (WASH).....	9
4. Obiettivi della strategia sale 2008-2012	9
5. Risultati raggiunti fino al 2012.....	10
6. Scopo principale	12
7. Obiettivi e provvedimenti entro il 2016	14
7.1. Obiettivi nazionali	14
7.2. Obiettivo 1: la base di dati necessaria è disponibile e costantemente aggiornata e migliorata	14
7.3. Obiettivo 2: la popolazione è sensibilizzata e informata, in grado quindi di ridurre il consumo di sale.....	14
7.4. Obiettivo 3: grazie alla collaborazione con l'economia e la ricerca viene abbassato il tenore di sale nelle derrate alimentari trasformate e nella ristorazione	15
7.5. Obiettivo 4: la procedura in Svizzera è in sintonia con gli sviluppi internazionali	15
7.6. Obiettivo 5: sono create le basi per il monitoraggio e la valutazione dei provvedimenti	15
8. Tempistica e finanziamento	16
9. Abbreviazioni.....	17
10. Bibliografia	18
11. Allegato - Valori di riferimento ideali per il tenore di sale negli alimenti	22

1. Mandato

Il 18 giugno 2008 il Consiglio federale ha approvato il Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008-2012 (PNAAF; UFSP, 2008). Il progetto si prefigge di agevolare le decisioni volte a migliorare la salute nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica. In seguito alla valutazione del programma (UFSP, 2011 a) e per garantire la continua partecipazione di tutti gli attori coinvolti, il 9 maggio 2012 il Consiglio federale ha deciso di prorogare il PNAAF per altri quattro anni, fino alla fine del 2016 (UFSP, 2012 a).

Uno degli obiettivi principali che l'UFSP intende raggiungere tramite il PNAAF è la promozione di un'offerta alimentare sana. La Strategia sale 2008-2012 (UFSP, 2009 b) è stata pensata proprio partendo da questa premessa e mira a precisare gli obiettivi formulati nel rapporto della COFA su sale e ipertensione arteriosa («Salz und Bluthochdruck», UFSP, 2004), a stabilire le strategie per il loro raggiungimento e ad elaborare un piano di provvedimenti per la Svizzera per gli anni 2008-2012 che tenga conto delle esperienze già effettuate in altri Paesi.

Nella presente Strategia sale 2013-2016, si espongono i risultati raggiunti e le esperienze attuate a livello nazionale, si analizza la letteratura scientifica sui temi sale e salute e si definiscono i punti chiave degli obiettivi e dei provvedimenti da attuare nei prossimi quattro anni. La Strategia sale 2013-2016 fa parte della Strategia nutrizionale svizzera 2013-2016, basata sui principali risultati del 6° Rapporto sull'alimentazione in Svizzera (UFSP, 2013).

2. Contesto

I componenti del sale da cucina, vale a dire sodio e cloruro, hanno un ruolo fisiologico importante e un loro apporto alimentare minimo, variabile a seconda della fascia di popolazione, è indispensabile: negli adolescenti e negli adulti corrisponde a 550 mg di sodio o circa 1,5 g di sale da cucina al giorno (DACH 2008). Oggi tuttavia il consumo quotidiano di sale in Svizzera e in altri Paesi europei è ben più elevato, al punto tale che nella valutazione del rischio assumono un ruolo di primo piano i pericoli associati a questo apporto sproporzionato di sale. Nello studio su dieta, nutrizione e prevenzione di malattie croniche («Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases») condotto nel 2003 su incarico dell'OMS è stata esaminata e valutata la rilevanza di oltre 50 fattori alimentari per l'insorgenza e il decorso delle principali malattie dipendenti dall'alimentazione. Prove convincenti hanno classificato un elevato consumo di sale da cucina come fattore di rischio di malattie cardiovascolari e, sulla base dei dati raccolti, gli esperti hanno raccomandato di ridurre il consumo medio da parte della popolazione a 5 g a testa al giorno. Nella conferenza dell'OMS sulla riduzione dell'assunzione di sale da parte della popolazione («Reducing Salt Intake in Populations», 2006) e in altre recenti pubblicazioni (He and MacGregor, 2008; Hooper et al., 2009; Strazzullo et al., 2009; Bibbins-Domingo et al., 2010; Taylor et al., 2012) sono discussi approfonditamente i nessi tra consumo di sale, ipertensione arteriosa e malattie cardiovascolari emerse dagli studi epidemiologici effettuati.

Inoltre, stando al secondo rapporto degli esperti del Fondo mondiale per la ricerca sul cancro (World Cancer Research Fund, WCRF) e dell'Istituto americano per la ricerca sul cancro (American Institute for Cancer Research, 2012) esistono prove convincenti sulla correlazione tra sale o derrate alimentari conservate con sale e il rischio di cancro allo stomaco. Anche il rapporto della COFA del 2004 giunge alla conclusione che un elevato consumo di sale può avere conseguenze negative sulla salute, soprattutto perché aumenta la pressione arteriosa, e in particolare nelle fasce di popolazione a rischio, come le persone anziane, in sovrappeso, ipertese e sensibili al sale. Determinare individualmente con metodi clinicamente replicabili la sensibilità al sale in riferimento alla pressione arteriosa è complicato, per cui appare più opportuno ricorrere a strategie per diminuire l'apporto di sale da cucina nella popolazione in generale, combinate con gli altri provvedimenti raccomandati nella strategia dell'OMS (AMS 57.17 del 19 maggio 2004), ossia ambire a un peso corporeo sano e aumentare il consumo di frutta e verdura (OMS, 2004).

Il Programma nazionale alimentazione e attività fisica (PNAAF) prevede un simile approccio generale. Il PNAAF vuole incoraggiare scelte a favore della salute nei campi dell'alimentazione e dell'attività fisica per migliorare la prevenzione delle malattie non trasmissibili. Uno dei suoi obiettivi è l'adozione di un'alimentazione equilibrata nella vita quotidiana, basata sulle raccomandazioni nazionali di nutrizione (UFSP, 2011 b). La preparazione di menu giornalieri conformi a queste raccomandazioni dimostra che l'apporto di sale si mantiene inferiore a 5 g al giorno (Graf et Rosé, 2008). La riduzione del consumo di sale è quindi una delle varie opzioni di politica nutrizionale che aiutano a raggiungere l'obiettivo. In una conferenza dell'OMS (2006) è emerso oltretutto che questa misura nutrizionale consente di raggiungere il massimo risultato con il minimo dispendio preventivo.

Il Libro bianco dell'UE (Commission of the European Communities, 2007) contiene proposte per un'azione comune volta a diminuire le malattie causate da alimentazione malsana, sovrappeso e obesità. Come nel PNAAF, anche i provvedimenti politici trasversali descritti nella strategia europea mirano a diminuire i rischi associati all'alimentazione scorretta e all'insufficiente attività fisica. Sono invitati a contribuire anche attori privati come l'industria alimentare, per esempio riformulando il tenore di grassi, acidi grassi saturi, acidi grassi trans, sale e zucchero nelle derrate alimentari trasformate. Sulla base di queste proposte, dal 2008 nell'UE si cerca di ridurre il consumo di sale (vedi capitolo 3.2).

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Svizzera. Nel nostro Paese tuttavia manca un'analisi condotta regolarmente e rappresentativa dei fattori di rischio e della loro variazione nella popolazione.

In uno studio nel Canton Ginevra si è analizzata dal 1993 al 2002 l'evoluzione nel tempo dell'ipertensione arteriosa in persone di età compresa tra 35 e 74 anni. Negli uomini è stata misurata una prevalenza del 40-50 per cento e nelle donne del 25-40 per cento, con tendenza in calo in entrambi i sessi (Costanza, 2004). Risultati analoghi provengono da Losanna, dove è stata misurata una prevalenza dell'ipertensione del 36,7 per cento (Firmann et al. 2008). In una campagna della Fondazione Svizzera di Cardiologia sono state rilevate percentuali più alte, in media il 56 per cento, tuttavia nel quadro di uno studio che non può essere considerato rappresentativo (Zellweger et al., 2006).

Finora mancavano dati nazionali aggiornati e attendibili sul consumo di sale in Svizzera. L'ultimo studio su scala nazionale, basato sulla misurazione dell'escrezione di sodio nelle urine delle 24 ore, risale al 1984 e ha restituito un valore di 11,9 g di sale da cucina al giorno (Mordasini et al., 1984). Uno studio regionale eseguito a Losanna con 251 partecipanti ha rilevato nel 2007 una media di circa 8 g di sale al giorno (uomini 8,3 g/giorno; donne 7,4 g/giorno) (Bochud et al., 2008). Il più ampio lavoro di recente pubblicazione è stato svolto nel Cantone Ginevra e ha dato come risultato una media di 10,6 g al giorno negli uomini e 8,1 g al giorno nelle donne. Sono valori che superano di 3-6 g il limite raccomandato e non si sono modificati significativamente dal 1993 al 2004 (Beer-Borst et al., 2007). Secondo lo studio, all'apporto giornaliero di sale hanno contribuito in maggior misura prodotti alimentari trasformati come pane (21%), formaggio (8%), prodotti a base di carne (14%) nonché i rimanenti prodotti trasformati come piatti e altri prodotti pronti (34%). I prodotti alimentari non trasformati come verdura, frutta ecc. contribuiscono invece in minor misura (12%), insieme all'utilizzo di sale da cucina nella cottura (5%) e come condimento (6%), all'apporto totale di sodio (Züllli e Allemann, 2011).

Il rapporto su consumo di sale e ipertensione arteriosa («Salzkonsum und Bluthochdruck») della Commissione federale per l'alimentazione (UFSP, 2004) fa riferimento al «Piano d'azione alimentazione e salute: una strategia nutrizionale svizzera» (UFSP, 2001), in cui sono stati fissati otto obiettivi essenziali sulla base di un'analisi approfondita del quarto Rapporto sull'alimentazione in Svizzera (UFSP, 1998), utilizzati poi dall'UFSP come linee guida per l'attuazione. Gli aspetti salienti sono la promozione di un peso corporeo sano e l'aumento del consumo di frutta e verdura. L'AMS ha emesso nel maggio 2004 una risoluzione relativa alla strategia globale su dieta, attività fisica e salute («Global strategy on diet, physical activity and health», OMS, 2004), importante per l'ulteriore sviluppo della politica nutrizionale sia per quel che concerne i contenuti sia per l'attribuzione dei ruoli agli attori coinvolti. Nell'allegato alla risoluzione dell'AMS sono descritte le raccomandazioni alla popolazione in generale, in cima alle quali figura l'obiettivo di un bilancio energetico equilibrato e di un peso corporeo sano. Inoltre si menziona la limitazione del consumo di sale. Nel rapporto della COFA (UFSP, 2004) si teneva già conto di questa raccomandazione, con la definizione di tre obiettivi generali:

Obiettivo 1

Le conoscenze della popolazione sulla relazione tra consumo di sale e salute devono essere migliorate in modo da rafforzare l'autoresponsabilità dei consumatori.

Obiettivo 2

Il tenore di sale delle derrate alimentari trasformate che contribuiscono in misura maggiore all'apporto di sale deve essere ottimizzato preservando qualità e sicurezza dei prodotti alimentari.

Obiettivo 3

A lungo termine si deve mirare alla diminuzione del consumo di sale in Svizzera mediante provvedimenti appropriati. Entità e tempistica dei provvedimenti richiedono un'analisi dettagliata.

La relazione tra consumo di sale e ipertensione arteriosa è ampiamente discussa nel rapporto della COFA. Bochud et al. (2008 e 2012) hanno proceduto a un aggiornamento dei dati accompagnato da

un'analisi critica. Una riduzione di 3 g al giorno del consumo di sale comporta una diminuzione della pressione arteriosa di 3,6 fino a 5,6 / 1,9 fino a 3,2 mmHg (sistolica / diastolica) negli individui ipertesi e di 1,8 fino a 3,5 / 0,8 fino a 1,8 mmHg negli individui normotesi. Ciò porterebbe, in una stima prudenziale, a diminuzione del 13 per cento dei casi di ictus e del 10 per cento delle cardiopatie ischemiche (He e McGregor, 2003).

Nella riduzione dell'apporto di sale occorre considerare che il sale da cucina è addizionato di iodio e fluoro. Il tenore di questi additivi dovrebbe essere adattato alle nuove condizioni, in collaborazione con la Commissione dello iodio e del fluoro dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, per evitare stati di carenza e relative complicazioni. Inoltre deve essere valutata anche la necessità di adeguare le raccomandazioni nutrizionali per fasce specifiche della popolazione (fasce d'età, sportivi, addetti al lavoro pesante, ecc.), (Keller et al., 2012).

3. Esperienze e iniziative internazionali

3.1. Strategie e provvedimenti con esito positivo in altri Paesi

In diversi Paesi occidentali si cerca già da tempo di ridurre il consumo di sale da cucina. Le esperienze acquisite negli ultimi anni sull'efficacia delle misure prese e sulla loro accettazione politica costituiscono una base preziosa per la Svizzera. Un primo inventario dei programmi esteri è stato stilato nell'ambito del rapporto della COFA (2004), integrato due anni dopo da un'inchiesta condotta nei Paesi europei dalla Società Svizzera di Nutrizione su mandato dell'UFSP (SSN, 2006). I dati aggiornati sono presentati brevemente nel rapporto dell'UE sui risultati delle indagini nei Paesi membri («Implementation of the EU Salt Reduction Framework: Results of Member States Survey», 2012), in una pubblicazione di Webster et al. (2011), nonché nel rapporto dell'Infras sulle basi per l'orientamento della Strategia sale 2013-2016 («Grundlagen zur Ausrichtung der Salzstrategie 2013-16» UFSP, 2012b).

Paese	Avvio del programma	Misure principali	Riferimenti bibliografici
Finlandia	1982	Informazione, dichiarazione «simbolo del cuore» Surrogati del sale da cucina	Laatikainen et al. (2006)
Francia	2002	Diminuzione del tenore di sale nelle derrate alimentari Informazione	AFSSA (2002)
Regno Unito	2005	Diminuzione del tenore di sale nelle derrate alimentari Informazione	Food Standard Agency (2005)
Irlanda	2005	Diminuzione del tenore di sale nelle derrate alimentari	Food Safety Authority of Ireland (2005); www.fsai.ie
Australia	2007	Campagna «Drop the Salt!» Informazione	http://www.awash.org.au/dropthesaltcampaign.html
USA	1995	Misure regolatrici (Health claims, dichiarazione, valori massimi)	www.cfsan.fda.gov ; IOM (2010)

Tabella 1: Programmi in corso in altri Paesi per ridurre il consumo di sale

La tabella 1 presenta una rassegna dei programmi di riduzione del consumo di sale in atto in altri Paesi. L'obiettivo a lungo termine in tutti questi Paesi è diminuire il consumo di sale dagli attuali 9-10 a 5-6 g al giorno. Le principali misure prese sono la diminuzione del tenore di sale nelle derrate alimentari trasformate che contribuiscono in maggior misura all'elevato apporto di sale, la promozione di surrogati del sale da cucina, una maggior informazione alla popolazione e l'introduzione di norme sulle dichiarazioni e altre misure regolatrici.

Finlandia

In Finlandia, dove nel 1970 il consumo di sale ammontava ancora a 14 g al giorno, già nel 1978 il National Nutrition Council raccomandava di ridurre il tenore di sale negli alimenti. Tra il 1979 e il 1982, nella regione della Carelia settentrionale è stato attuato un programma per la prevenzione delle malattie cardiovascolari attraverso la riduzione del consumo di sale, esteso dopo tre anni a tutto il Paese.

In Finlandia, nel programma in corso dal 1982 per migliorare l'alimentazione, in 20 anni si è riusciti a ridurre il consumo di sale dagli originali 14 g a 10 g al giorno (Laatikanen et al., 2006). Oltre all'informazione della popolazione, gli strumenti che hanno permesso di raggiungere questo risultato sono stati la diffusione di surrogati del sale commestibile e l'introduzione del simbolo del cuore per la dichiarazione di prodotti alimentari con un profilo nutritivo favorevole. Inoltre, fino all'armonizzazione con la legislazione dell'UE, i prodotti con elevato tenore di sale erano tenuti a riportare un'avvertenza. Il simbolo del cuore è stato diffuso a inizio 2000 dalle associazioni finlandesi contro le malattie cardiache e contro il diabete. Questo marchio permette di contrassegnare tutti i prodotti alimentari che soddisfano determinati criteri per quanto riguarda il contenuto di sale e grassi e altri ingredienti. Per rendere nota questa campagna, sono state distribuite brochure ed è stata creata una pagina web. Il simbolo è stato fatto conoscere al pubblico anche grazie alla pubblicità di televisione, radio e giornali e a diverse manifestazioni ed eventi. Il simbolo del cuore ha avuto larga diffusione e già nel 2006 era riportato su 274 prodotti alimentari. Secondo un'indagine svolta proprio nel 2006, il marchio è molto conosciuto in tutto il Paese: l'84 per cento della popolazione lo riconosce e il 40 per cento è stato influenzato nella scelta dei prodotti da acquistare (SSN, 2006).

Grazie al costante monitoraggio, in Finlandia si dispone di dati riguardanti il consumo di sale dal 1977 fino al 2007. Questi dati sono stati accumulati attraverso la tecnica di raccolta delle urine nelle 24 ore e grazie a studi sulle abitudini di consumo. Entrambe le fonti mostrano una riduzione del consumo di sale di oltre il 20 per cento sull'arco di trent'anni.

Francia

La Francia è stato il primo Paese ad avviare una strategia diversa, mirata alle derrate alimentari trasformate che contribuiscono in maggior misura all'apporto di sale. Grazie a una stretta collaborazione con l'industria alimentare, si ambisce a una riduzione graduale del tenore di sale nelle derrate trasformate pur preservando sicurezza e qualità dei prodotti. La procedura è descritta dettagliatamente nel rapporto dell'AFSSA (attuale Anses, 2002). Il rapporto di valutazione (Hercberg, 2006) conferma che nel quinquennio 2001-2005 sono già stati conseguiti vari successi: per esempio si è ridotto il contenu-

to di sale nel pane, nei prodotti a base di carne e nelle minestre. Nel complesso non è stato raggiunto l'obiettivo originario e ambizioso di una riduzione annua del 4 per cento dell'assunzione di sale (20% in cinque anni). Tuttavia, la diminuzione del consumo del 5 per cento circa a livello di popolazione in generale (uomini: da 9,3 a 8,7 g, donne: da 6,9 a 6,7 g, senza libera aggiunta di sale) va comunque considerato un successo ed è di grande importanza sotto il profilo della salute pubblica. Sulla base di questi risultati sono stati formulati obiettivi più prudenti per la seconda fase del programma nazionale concernente nutrizione e salute («Programme Nationale Nutrition et Santé»). In un primo momento, l'assunzione media di sale della popolazione in generale doveva ridursi a 8 g al giorno entro il 2010, primariamente con l'aiuto di una campagna informativa e abbassando il tenore di sale nel pane.

Regno Unito

Il Regno Unito persegue con grande impegno dal 2005 l'obiettivo di ridurre il sale. Dopo una campagna pubblicitaria di ampio respiro sulla stampa e in televisione per sensibilizzare l'opinione pubblica, nella seconda fase si è posto l'accento sulla riduzione volontaria del contenuto di sale nelle derrate alimentari trasformate. È stato sviluppato un modello («Salt model»), comprendente 85 categorie di derrate alimentari con valori di riferimento per il tenore di sale. Con questa strategia sono stati raggiunti i seguenti risultati: nei cereali per la colazione il sale è stato ridotto del 33 per cento, nelle patatine chips del 25 per cento e nel pane del 30 per cento. Ciò ha comportato una diminuzione dell'assunzione di sale da parte della popolazione in generale.

Anche nel Regno Unito i periodici rilevamenti del consumo di sale attraverso la raccolta delle urine nelle 24 ore hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel complesso, il consumo medio di sale è sceso di 1,4 g al giorno dalla prima rilevazione 2000/2001: negli uomini è diminuito di 1,7 g al giorno (da 11,0 a 9,3 g al giorno), nelle donne di 1,3 g (da 8,1 a 6,8 g al giorno), (Sadler et al., 2011).

3.2. EU Common Framework on Salt Reduction

Dal luglio 2008 l'UE persegue l'obiettivo di ridurre il consumo di sale nei Paesi membri. Ciò significa che a livello nazionale devono essere (1) raccolti i dati per definire la situazione iniziale, (2) fissati gli obiettivi (benchmark) di riduzione del tenore di sale nelle categorie di derrate alimentari che contribuiscono in maggior misura all'apporto di sale nel Paese, (3) elaborato un concetto informativo e attuate le corrispondenti strategie di comunicazione, (4) incentivata la riformulazione delle derrate alimentari in collaborazione con l'industria e (5) istituito un sistema di monitoraggio. L'obiettivo superiore dell'Unione europea è di riuscire a ridurre il consumo di sale nella popolazione in generale di almeno il 16 per cento in quattro anni (4% all'anno), pur considerando le differenti situazioni di partenza nei Paesi membri. La Svizzera ha l'opportunità di collaborare a livello di esperti, mentre si aspira a una stretta collaborazione con il European Salt Action Network (ESAN) dell'OMS.

Un'indagine svolta in tutti gli Stati membri (UE, 2012) ha mostrato che finora 29 Paesi europei (incluse Svizzera e Norvegia) hanno aderito all'EU Common Framework on Salt Reduction. Nella maggior parte dei casi si registrano i seguenti dati: il consumo di sale è, in media, tra gli 8 e i 12 g al giorno,

anche se la situazione non è omogenea. Come metodi di rilevamento sono stati usati la raccolta di urine nelle 24 ore, insieme al metodo (meno preciso) del recall delle 24 ore. In 25 Paesi si collabora già con l'industria di trasformazione alimentare con lo scopo di diminuire il consumo di sale da cucina attraverso la riformulazione degli alimenti che lo contengono in maggior misura.

3.3. European Salt Action Network (ESAN)

Istituita nel 2007 sotto la presidenza del Regno Unito su iniziativa dell'OMS Europa, la rete europea per la riduzione del consumo di sale (European Salt Action Network, ESAN) fa riferimento alle raccomandazioni del Secondo piano d'azione europeo su alimenti e nutrizione 2007-2012 (OMS 2007), alla Risoluzione in materia di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili (AMS 60.23 del maggio 2007) e alle conclusioni del forum e convegno tecnico sulla riduzione dell'assunzione di sale nelle popolazioni («Reducing Salt Intake in Populations», OMS 2006). Alla metà del 2008 avevano aderito all'ESAN un numero elevato di Paesi europei, tra cui anche la Svizzera. L'organizzazione ha lo scopo di promuovere lo scambio di informazioni sulle strategie per ridurre il consumo di sale e sui progressi tecnologici nella produzione di alimenti che contribuiscono maggiormente all'apporto di sale, nonché di sviluppare «buone prassi» di comunicazione e monitoraggio.

3.4. World Action on Salt and Health (WASH)

Su iniziativa delle cerchie mediche specialistiche è stata creata nel 2005 in Regno Unito l'azione globale su sale e salute (World Action on Salt and Health, WASH), che conta attualmente più di 300 membri, prevalentemente esperti di ipertensione, in 73 Paesi. L'organizzazione, attiva in tutto il mondo, si prefigge di raggiungere una riduzione graduale del consumo di sale nella popolazione in generale. Il suo modello prediletto si chiama CASH (Consensus Action on Salt and Health) ed è stato sviluppato nel Regno Unito per raggiungere un consenso con l'industria alimentare a livello mondiale.

4. Obiettivi della strategia sale 2008-2012

La Strategia sale 2008-2012 comprendeva i seguenti cinque obiettivi:

Obiettivo 1: la base di dati necessaria è disponibile e costantemente aggiornata e migliorata.

Obiettivo 2: la popolazione è sensibilizzata e informata, quindi capace di ridurre il consumo di sale.

Obiettivo 3: grazie alla collaborazione con l'economia e la ricerca viene abbassato il tenore di sale nelle derrate alimentari trasformate e nella ristorazione.

Obiettivo 4: la procedura in Svizzera è in sintonia con gli sviluppi internazionali.

Obiettivo 5: sono create le basi per il monitoraggio e la valutazione dei provvedimenti.

5. Risultati raggiunti fino al 2012

I risultati raggiunti dalla Strategia sale 2008-2012 sono documentati nel rapporto Infrasa sulle basi per l'orientamento della Strategia sale 2013-2016 (UFSP, 2012 b). Questi risultati riguardano soprattutto gli obiettivi 1, 3, 4 e 5.

Obiettivo 1: miglioramento dei dati disponibili

Lo studio di Chappuis et al. (2011) ha consentito un sensibile miglioramento dei dati disponibili sul consumo di sale e sulla diffusione dell'ipertensione arteriosa in Svizzera. Nel periodo tra il 2010 e il 2011 (a metà del periodo di riferimento della strategia), in totale è stato analizzato un campione di 1448 persone di età superiore ai 15 anni provenienti da tutte le regioni del Paese, utilizzando criteri internazionalmente riconosciuti. L'escrezione di sale nelle urine delle 24 ore ha restituito un valore medio di 9,1 g al giorno (7,8 g nelle donne e 10,6 g negli uomini) e si discosta solo di poco dai dati rilevati dallo studio del Cantone Ginevra (Beer-Borst et al., 2009) effettuato sul periodo 1993-2004. Questo studio aveva registrato un valore di 9,3 g al giorno (8,1 g nelle donne e 10,6 negli uomini) ed è stato utilizzato come punto di partenza per l'elaborazione dell'obiettivo di 8 g al giorno della Strategia sale 2008-2012. L'unica novità riguarda le differenze dei risultati nelle tre regioni linguistiche (9,4 g al giorno in Svizzera tedesca, 8,7 g in quella francese e 9,0 g in quella italiana), che in entrambi i sessi non risultano molto accentuate. Un sondaggio tra i partecipanti alla ricerca mostra che questi ultimi non hanno le idee chiare riguardo alle fonti di apporto di sale e che sopravvalutano soprattutto il ruolo dell'aggiunta di sale nella cottura o come condimento. Anche le misurazioni della pressione sanguigna effettuate in tutto il Paese durante lo stesso studio di Chappuis et al. (2011) mostrano la prevalenza dell'ipertensione arteriosa con un valore medio del 25,6 per cento, definito come $>140/90$ mm Hg o con la somministrazione di farmaci antipertensivi. Anche in questo caso la differenza tra i sessi riporta un valore di 19,1 per cento nelle donne e 32,3 per cento negli uomini, e le disparità nelle tre regioni linguistiche risultano molto più accentuate rispetto a quelle sul consumo di sale: 28,9 per cento nella regione tedesca, 22,9 per cento in quella francese e 18,1 per cento in quella italiana. E ancora maggiore risulta la differenza nella prevalenza dell'ipertensione nei diversi gruppi di età: parte da un minimo di 3 per cento nel gruppo di età delle persone tra i 15 e i 29 anni per continuare a salire fino a raggiungere il 64,5 per cento nel gruppo di età sopra i 60 anni.

Obiettivo 2: informazione ai consumatori

Nell'obiettivo 2 è previsto lo svolgimento di un lavoro di comunicazione a due livelli: da una parte è rivolto alle cerchie specialistiche, dall'altra alla popolazione in generale. A partire dal 2012 (fino al 2014) è in corso il progetto informativo su sale e salute («Fachinformation Salz und Gesundheit»), che si basa su un'idea della Fondazione Svizzera di Cardiologia ed è sostenuto dall'UFSP. In questo contesto si prevede la collaborazione dei principali specialisti in medicina per creare un manifesto comune sul tema da pubblicare sulle riviste specializzate e che serva da base per una diffusione mediatica di ampio respiro.

Obiettivo 3: grazie alla collaborazione con l'economia e la ricerca viene abbassato il tenore di sale nelle derrate alimentari trasformate e nella ristorazione.

In un progetto di ricerca volto al raggiungimento di questo obiettivo (Züllli e Allemann, 2011) si chiarisce la possibilità di abbassare il contenuto di sale in 11 categorie di derrate alimentari. I dati concreti riguardano la scelta degli alimenti e la possibilità tecnica di ridurre il sale senza danneggiare il gusto e la sicurezza dei prodotti. A questo proposito sono stati coinvolti i partner dell'economia e i consumatori e sono stati analizzati soprattutto pane, formaggi, carne e pasti pronti, definite come categorie principali anche dall'UE. I risultati di questa ricerca sono espressi in valori di riferimento, ovvero misure da attuare per 11 gruppi di prodotti (in allegato: Valori di riferimento ideali per il tenore di sale negli alimenti).

È stata condotta una serie di trattative tra l'UFSP e le aziende dell'economia alimentare allo scopo di definire l'adattamento delle relative ricette dei prodotti alle norme previste. A questo proposito si sono previste due alternative:

- actionsanté (UFSP, 2009a): le aziende che già partecipano al programma actionsanté sono state invitate a integrare nei loro obiettivi la riduzione del consumo di sale. Questo è avvenuto soprattutto durante il convegno annuale actionsanté nel 2009, dedicato proprio al tema della riduzione del sale. Le aziende partner di actionsanté sono principalmente grandi aziende molto diverse tra loro. In totale sei aziende hanno promesso di attivarsi per ridurre il sale nelle seguenti categorie di prodotti: cibi pronti, carne e/o pane.
- Altri partner dell'economia: l'UFSP sfrutta anche gli incontri con diversi attori economici per parlare anche di Strategia sale. In questo modo riesce a sensibilizzare quasi tutte le grandi aziende del Paese. Con le piccole e medie imprese, invece, i rapporti sono mediati dalle associazioni. Soprattutto le aziende che sono presenti sul mercato con un solo prodotto hanno deciso, in genere, di non partecipare al programma actionsanté, poiché temono di perdere la propria clientela attraverso un'attiva campagna di comunicazione del cambiamento delle ricette (meno sale). Una parte di queste imprese ha già ridotto il tenore di sale negli alimenti, senza però renderlo pubblico. Soprattutto per quanto riguarda le PMI, quindi, non è possibile stabilire esattamente quante aziende e quanti prodotti siano coinvolti.

In un altro progetto di ricerca (Beer-Borst e Sadeghi, 2011) si è cercato di identificare misure efficaci per la ristorazione collettiva, che è uno degli ambiti principali per la riduzione del consumo di sale. A questo scopo sono stati analizzati il processo di produzione e identificati i punti critici dell'aggiunta di sale, con la conseguente definizione delle misure da adottare. In un progetto successivo, invece, sono stati analizzati i menu più diffusi nella ristorazione collettiva svizzera ed è stato stimato il relativo potenziale di riduzione della quantità di sale (Beer-Borst e Sadeghi, 2012).

Per quanto riguarda la ristorazione collettiva, le istituzioni stanno collaborando con l'Associazione svizzera per la ristorazione degli ospedali, delle case di riposo e della gastronomia collettiva (Schweizer Verband für Heim- Spital- und Gemeinschaftsgastronomie, SVG), che ha informato i propri membri in merito alla Strategia sale nelle pubblicazioni della società e in occasione di manifestazioni. Pare che

le aziende che hanno partecipato allo studio abbiano già adottato provvedimenti. Presso l'azienda SV Svizzera la preparazione delle ricette è stata valutata e adattata ai valori di riferimento. Purtroppo per le altre aziende non si sa ancora se e quali misure siano state adottate al fine di ridurre il tenore di sale.

Obiettivo 4: la procedura in Svizzera è in sintonia con gli sviluppi internazionali

A livello internazionale l'UFSP nel suo impegno per la riduzione del tenore di sale è rappresentato in seno ai due organismi principali: il primo fa parte delle istituzioni dell'UE ed è l'«High level group on nutrition and physical activity», guidato dalla Direzione generale della sanità pubblica e della tutela dei consumatori della Commissione europea. L'iniziativa per la riduzione del sale, decisa dalla Commissione europea, è stata proposta dagli Stati membri e sviluppata da un gruppo di esperti. La Svizzera e la Norvegia fanno parte di questo organismo.

Il secondo, la rete ESAN, è un organo dell'OMS in Europa. Di questo comitato fanno parte però solo alcuni dei Paesi europei membri dell'OMS e il loro lavoro si integra a quello dell'High Level Group dell'UE. L'ESAN si concentra principalmente sul monitoraggio e sul miglioramento della base di dati disponibili.

Obiettivo 5: sono create le basi per il monitoraggio e la valutazione dei provvedimenti

Grazie allo studio di Chappuis et al. del 2011, è stata creata una base per il monitoraggio e la valutazione dei dati. Il monitoraggio avviene inoltre tramite il programma actionsanté, in particolare attraverso il MOSEB. Con la presentazione delle promesse le aziende si impegnano a portare avanti un'autovalutazione e a dimostrare gli obiettivi raggiunti. Nel MOSEB il consumo di sale è stato incluso come indicatore 2.5 e i dati finora registrati si basano in gran parte su entrambi gli studi di Chappuis et al. (2011) e Beer-Borst et al. (2009). Così, oltre alle differenze già citate nell'escrezione di sale nei due sessi, nei gruppi di età e nelle regioni linguistiche, si dispone di dati riguardo alla provenienza del sale, anche se si presentano differenze evidenti tra i dati raccolti dalle indagini nutrizionali e quelli derivanti da una stima approssimativa delle persone interpellate. La popolazione crede infatti che la principale fonte di sale sia rappresentata dai pasti pronti e dall'aggiunta di sale come condimento, il che dimostra le lacune nell'informazione.

6. Scopo principale

Le condizioni vengono modificate coinvolgendo tutte le cerchie direttamente e indirettamente interessate in modo che il consumatore ben informato sappia ridurre il suo consumo di sale senza rinunciare al gusto. Questo sviluppo contribuisce a diminuire sensibilmente il fattore di rischio ipertensione arteriosa, migliora la qualità della vita e promuove la salute della popolazione.

La riduzione del consumo di sale avviene gradualmente, a piccoli passi ma con risultati tangibili. Entro il 2016 si mira inizialmente a portare il consumo a meno di 8 g al giorno per persona. Nel lungo termi-

ne il consumo medio di sale della popolazione svizzera dovrà rispettare le raccomandazioni dell'OMS, ossia meno di 5 g al giorno.

7. Obiettivi e provvedimenti entro il 2016

7.1. Obiettivi nazionali

Di seguito vengono definiti gli obiettivi che devono integrare e completare i provvedimenti già adottati in Svizzera. I provvedimenti prendono in considerazione i risultati ottenuti dalla Strategia sale nel periodo 2008-2012 illustrati nel capitolo 5 e le nuove conoscenze scientifiche.

7.2. Obiettivo 1: la base di dati necessaria è disponibile e costantemente aggiornata e migliorata

Il miglioramento della base di dati sui nessi specifici tra il consumo di sale e la salute in Svizzera consente da una parte di coordinare le strategie di comunicazione e dall'altra funge da base per il monitoraggio della Strategia sale.

Provvedimento 1: i nuovi dati sul consumo di sale e sulla pressione arteriosa sono analizzati sistematicamente, interpretati e utilizzati nell'ambito della Strategia sale.

Provvedimento 2: si devono continuare a rilevare i dati rappresentativi sull'assunzione di sale della popolazione svizzera e sulla diffusione dell'ipertensione arteriosa con metodi internazionalmente riconosciuti.

7.3. Obiettivo 2: la popolazione è sensibilizzata e informata, in grado quindi di ridurre il consumo di sale

Le cerchie specialistiche sono informate e sanno come contribuire a ridurre il consumo di sale. Le conoscenze della popolazione sulla relazione tra consumo di sale e salute sono migliorate a tal punto che l'autoresponsabilità dei consumatori è rafforzata. I consumatori attenti al loro consumo di sale sono in grado di calcolarlo.

Il lavoro di comunicazione viene svolto a due livelli: da una parte è rivolto alle cerchie specialistiche, dall'altra alla popolazione in generale.

Provvedimento 1: le informazioni su sale e salute sono divulgate alla popolazione nel quadro delle raccomandazioni nazionali di nutrizione.

Provvedimento 2: con la collaborazione delle principali società mediche viene elaborato un documento di posizione sul tema del sale e della salute che tenga conto della realtà svizzera e che trovi impiego nell'ambito di un concetto informativo per le successive attività dei media.

Provvedimento 3: i partner rilevanti vengono motivati nel quadro di eventi di formazione e perfezionamento tenuti da specialisti (medici, farmacisti, dietisti, infermieri, esperti di ristorazione, docenti di economia domestica, produttori alimentari, ecc.) a recepire e trasmettere la tematica sale e salute.

7.4. Obiettivo 3: grazie alla collaborazione con l'economia e la ricerca viene abbassato il tenore di sale nelle derrate alimentari trasformate e nella ristorazione

Entro il 2016 viene ridotta di almeno il 16 per cento l'assunzione di sale attraverso le derrate alimentari trasformate che ne comportano l'apporto maggiore (pane, formaggio, prodotti a base di carne, minestre e pasti pronti) e tramite la ristorazione collettiva e individuale, preservando qualità e sicurezza dei prodotti.

Provvedimento 1: d'intesa con le aziende produttrici si deve puntare al rispetto dei valori di riferimento riportati nell'allegato che riguardano il tenore di sale per diverse categorie di prodotti. I valori di riferimento per altre categorie di prodotti, così come la relativa tempistica per la realizzazione, devono essere elaborati dalle cerchie interessate.

Provvedimento 2: il potenziale di riduzione del sale nei menu più diffusi nella ristorazione svizzera deve essere sfruttato e utilizzato d'intesa con gli attori coinvolti.

7.5. Obiettivo 4: la procedura in Svizzera è in sintonia con gli sviluppi internazionali

La collaborazione internazionale va impostata nel modo più aperto possibile, per consentire di trarre il maggior vantaggio dalle esperienze di altri Paesi e organizzazioni internazionali. I provvedimenti sono compatibili con l'UE e corrispondono alle raccomandazioni internazionali.

Provvedimento 1: si continua la collaborazione con organizzazioni internazionali, in prima linea con OMS (ESAN), UE (High Level Group on Nutrition and Physical Activity) e con altri Paesi.

Provvedimento 2: il ruolo del sale come parametro nei modelli dei profili nutrizionali deve essere chiarito nell'ambito dello sviluppo di nuovi metodi per la riformulazione e la caratterizzazione delle derrate alimentari.

7.6. Obiettivo 5: sono create le basi per il monitoraggio e la valutazione dei provvedimenti

Il monitoraggio e la valutazione della Strategia sale rientra nell'ambito del sistema MOSEB (Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica) sviluppato per il PNAAF e dell'indagine nazionale sulla nutrizione.

Provvedimento 1: i provvedimenti della Strategia sale sono sottoposti a monitoraggio e valutazione. Gli strumenti di monitoraggio si basano sulla raccolta di dati a intervalli di tempo regolari attraverso il metodo di raccolta di urina nelle 24 ore, così come sulla base delle vendite di alimenti trasformati a basso contenuto di sale registrate dalle aziende, che confermano una diminuzione annuale del consumo medio di sale nella popolazione.

8. Tempistica e finanziamento

La Strategia sale prosegue nel periodo 2008-2016, in sintonia con l'«EU Common Framework on Salt Reduction». I provvedimenti sono finanziati nell'ambito del budget dell'UFSP. Ruoli e competenze dei vari attori vengono definiti e adempiuti al fine di sfruttare pienamente le sinergie e ottimizzare le risorse.

9. Abbreviazioni

AFSSA	Agenzia francese per la sicurezza alimentare
AMS	Assemblea mondiale della sanità
Anses	Agenzia francese per la sicurezza sanitaria dell'alimentazione, dell'ambiente e del lavoro
COFA	Commissione federale per l'alimentazione
DACH	Società di nutrizione di Germania, Austria e Svizzera
DASH	Approccio dietetico per bloccare l'ipertensione (Dietary Approach to Stop Hypertension)
ESAN	Rete europea per la riduzione del consumo di sale (European Salt Action Network)
IOM	Istituto di medicina (Institute of Medicine, USA)
MOSEB	Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PNAAF	Programma nazionale alimentazione e attività fisica
SVG	Associazione svizzera per la ristorazione degli ospedali, delle case di riposo e della gastronomia collettiva (Schweiz. Verband für Heim-, Spital- und Gemeinschaftsgastronomie)
UE	Unione europea
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
WASH	Azione globale su sale e salute (World Action on Salt and Health)

10. Bibliografia

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA): Rapport du groupe de travail sur le sel, 2002

Beer-Borst S., Costanza MC., Pechère-Bertschi A., Morabia A.: Twelve-year Trends and Correlates of Dietary Salt Intakes for the General Adult Population of Geneva, Switzerland. Eur J Clin Nutr. 2009; 63(2):155-164

Beer-Borst S, Sadehgi S: Salz in der Gemeinschaftsgastronomie: Massnahmen zur Reduktion. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, aF&E Ernährung und Diätetik (2011) http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05216/index.html?lang=de

Beer-Borst S, Sadehgi S: Gesundheitsförderndes Gemeinschaftsgastronomie-Angebot. BFH-Projekt, 2012 http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05216/index.html?lang=de

Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MD, Goldman MD: Projected effects of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. New Engl. J. Med. 2010; 362 (7), 590-599

Bochud M, Marquez-Vidal P, Burnier M, Paccaud F: Lowering the intake of dietary salt: rationale for a population-based intervention in the canton of Vaud, CHUV, Lausanne, 2008.

Bochud M, Marquez-Vidal P, Burnier M, Paccaud F : Dietary salt intake and cardiovascular disease: Summarizing the evidence. Public Health Reviews 33(2), 530-552 (2012) (http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/10/00_Bochud.pdf)

Ufficio federale della sanità pubblica: Piano d'azione alimentazione e salute: una strategia nutrizionale svizzera. Ufficio federale della sanità pubblica, Berna, 2001 (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13258/index.html?lang=it)

Ufficio federale della sanità pubblica: Salzkonsum und Bluthochdruck. Expertenbericht der Eidg. Ernährungskommission (rapporto sul consumo di sale e sull'ipertensione arteriosa della Commissione federale per l'alimentazione, disponibile solo in tedesco), Ufficio federale della sanità pubblica, Berna, 2004 (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05216/05228/index.html?lang=it)

Ufficio federale della sanità pubblica: Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008-2012 (PNAAF 2008-2012), Ufficio federale della sanità pubblica, Berna, 2008 (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=it)

Ufficio federale della sanità pubblica: actionsanté, Ufficio federale della sanità pubblica, Berna, 2009 a (<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=it&msgid=26905>)

Ufficio federale della sanità pubblica: Strategia sale 2008-2012. Documento sulla strategia per la riduzione del consumo di sale da cucina. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica, 2009 b (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05216/index.html?lang=it)

Ufficio federale della sanità pubblica: Valutazione della Programma nazionale alimentazione e attività fisica 2008-2012 (2011 a)

(<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02070/11382/index.html?lang=it>)

Ufficio federale della sanità pubblica: Raccomandazioni nutrizionali / piramide alimentare (UFSP, 2011 b) (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05209/index.html?lang=it)

Ufficio federale della sanità pubblica: Il Consiglio federale continua a puntare sulla promozione della salute. Comunicato stampa (2012 a).

(<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=it&msgid=44455>)

Ufficio federale della sanità pubblica: basi per l'orientamento della Strategia sale 2013-2016 («Grundlagen zur Ausrichtung der Salzstrategie 2013-16», bozza, 2012 b)

Chappuis A, Bochud M, Glatz N, Vuistiner P, Paccaud F, Burnier M: Swiss survey on salt intake: main results. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (2011).

(http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05216/12335/index.html?lang=de)

Commission of the European Communities. White Paper on a strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. Brussels, 2007 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:EN:PDF>)

DACH: Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, 3. vollständig durchgesehener und korrigierter Nachdruck. Neustadt: Neuer Umschau Buchverlag, 2008

European Union: Implementation of the EU Salt Reduction Framework: Results of Member States Survey (2012) (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/salt_report1_en.pdf)

Firmann M, Mayor V, Vidal PM, Bochud M, Pecoud A, Hayoz D et al: The CoLaus study: a population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. BMC Cardiovas disorders 2008, 8:6

Food Safety Authority of Ireland: Salt and Health: Review of the Scientific Evidence and Recommendations for Public Policy in Ireland (2005). (<http://www.fsai.ie>)

Food Standard Agency: Food Standard Agency' Strategic Plan 2005 - 2010 (2005)

(<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/sciencestrategy.pdf>)

Graf I., Rosé B.: Kochsalzberechnungen von Tagesmenüs gemäss Empfehlungen der SGE-Lebensmittelpyramide, Bundesamt für Gesundheit, Bern, 2008

He F.J., MacGregor G.A.: How Far Should Salt Intake Be Reduced? Hypertension 2003; 42: 1093-1099

He F.J., MacGregor G.A. : A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. J. Human Hypertension 2008, 1 - 22

Hercberg S.: Rapport - Eléments de bilan du PNNS (2001-2005) et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008), 2006

Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. : Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd., 2009

Institute of Medicine: Strategies to reduce sodium intake in the United States, Washington DC (2010). (<http://www.iom.edu/Reports/2010/Strategies-to-Reduce-Sodium-Intake-in-the-United-States.aspx>)

Keller U., Lüthy J., Amado R., Battaglia-Richi E., Battaglia R., Casabianca A., Eichholzer M., Rickenbach M., Sieber R (eds): Vierter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 1998

Keller U, Battaglia Richi E, Beer M, Darioli, R, Meyer K, Renggli A, Römer-Lüthi C, Stoffel-Kurt N. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2012

(http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13259/13359/13433/index.html?lang=de)

Laatikainen T, Pietinen P, Valsta I, Sundvall J, Reinivuo H, Tuomileto J.: Sodium in the Finnish diet: 20-year trends in urinary sodium excretion among the adult population. *Europ. J Clin. Nutr.*

2006; 60(8), 965-970

Mordasini C., Abetel G., Lauterburg J., Ludi P., Perrenoud JP., Schmid H.: Untersuchungen zum Kochsalzkonsum und zur Jodversorgung der Schweizer Bevölkerung. *Schweiz. Med. Wschr.* 1984; 114; 1924-29

Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE): Massnahmen zur Reduktion des Kochsalzkonsums im Ausland. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 2006

Sadler K, Nicholson S, Steer T, Gill V, Bates B, Tipping S, Cox L, Prentice A. National Diet and Nutrition Survey - Assessment of dietary sodium in adults (aged 19 to 64 years) in England, 2011, Department of Health (https://www.wp.dh.gov.uk/transparency/files/2012/06/Sodium-Survey-England-2011_Text_to-DH_FINAL1.pdf)

Strazzullo P, D'Elia L, Kandala N, Cappuccio F. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *Brit. Med. J.* 2009; 339

, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b4567>

Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S: Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: A meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane Review). *Am. J. Hypertens.* 2011; 24, 843-853

Webster JL, Dunford EK, Hawkes C, Neal BC: Salt reduction initiatives around the world. *J Hypertens.* 2011; 29, 1043-50

World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Second Expert Report. Washington: AICR, NW, 2012. (http://www.dietandcancerreport.org/expert_report/report_contents/index.php)

World Health Organisation: Report of the joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. World Health Organisation. Technical Report Series, 916, 2003

World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organisation, Geneva, 2004. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf)

World Health Organisation. Reducing salt intake in populations. Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Paris: World Health Organisation, 2006
(www.who.int/dietphysicalactivity/Salt_Report_VC_april07.pdf)

World Health Organisation Europe: Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007 - 2012 (2007). (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/74404/E91153G.pdf)

World Health Organisation: Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Implementation of the Global Strategy. WHA60.23, May 2007
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R23-en.pdf)

Zellweger U., Bopp., Gutzwiller F.: "Treffpunkt Herz" - ein Präventionskampagne der Schweizerischen Herzstiftung: Herzinfarkttrisiken sind in der Schweiz häufig. ISPM Zürich, 2006

Züllli S., Allemann C.: Reduktion des Salzkonsums: Reduktion des Salzgehaltes in verarbeiteten Lebensmitteln. Schweiz. Hochschule für Landwirtschaft SHL, Zollikofen (2011).
http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05216/index.html?lang=de

11. Allegato - Valori di riferimento ideali per il tenore di sale negli alimenti

Valori di riferimento ideali per il tenore di sale negli alimenti (Züllli e Allemann, 2011)

Categoria di derrate	Prodotto testato	Valore di riferimento ¹⁾	Ambito di applicazione
Pane e prodotti da forno	Pane semibianco	Max. 20 g di sale per ogni kg di farina	Tutti i tipi di pane e prodotti da forno
	Pane bigio		
	Cracker integrali		
Prodotti a base di carne	Lyoner	Max. 17 g di sale per ogni kg di carne	Tutti i tipi di salsicce e simili
	Cervelas		
Formaggi e prodotti di formaggio	Prosciutto di coscia	Max. 17 g di sale per ogni kg di carne	Prosciutto di coscia, spalla, pressato e prodotti simili
	-	Nessun valore di riferimento: vedi provvedimenti	Tutti i formaggi e prodotti di formaggio
Pasti pronti e componenti dei menu	Insalata di salsiccia e formaggio	Max. 1,5 %	Insalate pronte con ingredienti ad alto contenuto di sale (prodotti a base di carne, formaggi e prodotti di formaggio, ecc.)
	Insalata di patate	Max. 1,0 %	Tutti gli altri tipi di insalate pronte (eccetto quelle sopracitate)
	Patate duchessa	Max. 1,0 %	Tutti i prodotti fatti con patate come crocchette di patate e prodotti simili
	Rösti pronti	Max. 0,8 %	Tutti i tipi di rösti pronti e le relative specialità (p. es. crocchette, gallette)
	Spätzli all'uovo	Max. 1,0 %	Tutti i tipi di pasta pronta (con o senza salsa, con o senza ripieno)
	Ravioli all'uovo		
	Pasta alla carbonara		
	Risotto al pomodoro	Max. 0,8 %	Tutti i risotti pronti
	²⁾	Max. 0,9 %	Tutte le zuppe pronte

¹⁾ Per i piatti pronti e le componenti dei menu il valore di riferimento riguarda il prodotto finito

²⁾ Non è stato realizzato alcun test sui consumatori, il valore di riferimento si basa sui dati dei produttori