



Studio sul consumo di sale della popolazione svizzera: riassunto

A. Chappuis, M. Bochud, N. Glatz, P. Vuistiner, F. Paccaud, M. Burnier

27 ottobre 2011

Service de Néphrologie et Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Losanna, Svizzera

Il presente studio è finanziato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Contratti n. 09004135/404.0101/-2 e 09.005791/414.0000/-74

La versione completa (solo in inglese) è disponibile sul sito Internet dell'UFSP
(www.bag.admin.ch)

Riassunto

Tra il 2008 e il 2012, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha avviato una strategia nazionale per la riduzione del sale da cucina. Lo scopo della strategia è quello di ridurre a meno di 8 g al giorno il consumo di sale nella popolazione. L'obiettivo a lungo termine è quello di stabilizzare il consumo di sale su valori inferiori ai 5 g al giorno, come raccomandato dall'OMS.

In tale ottica, nel periodo 2010-2011 è stato condotto uno studio su scala nazionale per stimare il consumo medio di sale da cucina mediante la raccolta delle urine nelle 24 ore in un campione di 1448 persone di età uguale o superiore ai 15 anni, scelto in undici centri dislocati in nove Cantoni (Basilea, Friburgo, Ginevra, Lucerna, San Gallo, Ticino, Vallese, Vaud, Zurigo) di tre regioni linguistiche (francofona, germanofona e italocona) della Svizzera. La pressione arteriosa è stata misurata cinque volte al giorno, in due giorni diversi. Scartando la prima misurazione effettuata in ognuno dei due giorni, è stata utilizzata la media calcolata su otto misurazioni. L'ipertensione è stata considerata verificata in caso di pressione sistolica e/o diastolica $\geq 140/90$ mm Hg o di terapia antipertensiva in corso.

L'escrezione urinaria di sale è stata pari a $7,8 \pm 3,3$ g/24h nelle donne e a $10,6 \pm 4,2$ g/24h negli uomini (media \pm deviazione standard). La differenza fra uomini e donne è risultata da uno spostamento dell'intera distribuzione verso valori più elevati tra gli uomini. Soltanto nel 21,6 per cento delle donne e nel 6,0 per cento degli uomini è stata riscontrata un'escrezione urinaria di sale inferiore al livello raccomandato di 5 g/24h, con percentuali simili tra le varie fasce d'età. Nelle donne, la probabilità di raggiungere l'obiettivo raccomandato si è pertanto rivelata da tre a quattro volte superiore rispetto a quella riscontrata negli uomini. Questa differenza tra i sessi deriva principalmente dal fatto che negli uomini l'apporto calorico è maggiore. Abbiamo inoltre riscontrato differenze regionali nell'escrezione di sale, con valori pari rispettivamente a $7,2 \pm 3,1$, $8,1 \pm 3,4$ e $7,6 \pm 3,2$ g/24h per le donne e a $10,3 \pm 4,3$, $10,7 \pm 4,1$ e $10,5 \pm 4,3$ g/24h per gli uomini nelle tre regioni linguistiche considerate (francofona, germanofona e italocona). È possibile che tali differenze siano dovute ad abitudini alimentari legate alla regione di appartenenza.

Nel complesso, il consumo di sale da cucina nella popolazione svizzera è risultato nettamente superiore al valore di 5 g al giorno raccomandato a livello internazionale, con livelli più marcati negli uomini. Ciò giustifica la prosecuzione di una strategia nazionale sul sale volta a ridurre il consumo tra la popolazione. Un primo obiettivo potrebbe essere quello di ridurre il consumo medio di sale da cucina di 1 g al giorno nell'arco di cinque anni. Le lievi differenze regionali non giustificano l'adozione di strategie diverse per ridurre il consumo di sale nella popolazione.

La prevalenza di ipertensione (ovvero pressione arteriosa $\geq 140/90$ mm Hg o terapia in

corso) è stata nel complesso pari al 25,6 per cento (19,2 % nelle donne e 32,3 % negli uomini), analogamente a quanto rivelato da altri studi svizzeri. La prevalenza di ipertensione negli uomini e nelle donne è stata rispettivamente del 3,0 e del 2,2 per cento nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni e del 64,5 e del 52,8 per cento nella fascia d'età 60 anni. Il presente studio ha confermato la relazione positiva tra l'escrezione urinaria di sale e la pressione arteriosa. I relativi risultati hanno pertanto messo in evidenza il potenziale ruolo della diminuzione del consumo di sale al fine di ridurre il carico di malattia legato all'ipertensione.

Nel complesso, la prevalenza di sovrappeso e obesità è stata pari al 32,0 e al 13,4 per cento (rispettivamente 39,5 % e 15,3 % negli uomini e 25,0 % e 11,6 % nelle donne). Un indice di massa corporea più elevato era chiaramente associato a una maggiore escrezione urinaria di sale e a una pressione arteriosa più elevata. Di conseguenza, una riduzione della prevalenza di obesità (come risultato di un minore apporto di cibo) sarà probabilmente associata a una diminuzione del consumo medio di sale nella popolazione e della prevalenza di ipertensione. Inoltre, questi risultati confermano l'idea secondo cui una strategia per la popolazione incentrata su molteplici fattori di rischio cardiovascolare (p. es. associando la riduzione del sale da cucina con quella dell'apporto di cibo) risulta più efficiente al fine di ridurre la morbilità e la mortalità cardiovascolari.

La maggioranza dei partecipanti allo studio (75 %) ha affermato che il sale ha un impatto sulla salute e la maggior parte degli interpellati (81,1 %) ha correttamente definito l'ipertensione come una condizione direttamente collegata al consumo di sale. Tuttavia, soltanto il 41 per cento dei partecipanti ha menzionato la cardiopatia, il 21,2 per cento l'infarto miocardico e il 21,5 per cento il colpo apoplettico in relazione al consumo di sale. Nel complesso, il 41,9 per cento degli interpellati sapeva che la dose massima di sale raccomandata è di circa 5 g al giorno, mentre il 30,5 per cento non era a conoscenza della quantità raccomandata. Questi dati dimostrano che la popolazione possiede già un buon livello di conoscenza riguardo alle conseguenze del sale sulla salute e che, pertanto, risulta improbabile ottenere effetti sostanziali potenziando soltanto l'educazione sanitaria mediante campagne incentrate sul ruolo del sale.

Tra le principali fonti di sale nell'alimentazione, i partecipanti hanno messo al primo posto il sale contenuto nei pasti pronti al consumo o nel cibo dei fast food, al secondo posto il sale aggiunto al cibo a tavola e al terzo la carne. È stato invece sottovalutato il contributo fornito dai vari tipi di pane e formaggio, che in realtà rappresentano le principali fonti di sale nell'alimentazione della popolazione svizzera. Al contrario, i partecipanti hanno dato l'impressione di sopravvalutare il contributo fornito dal sale aggiunto al cibo a tavola. È dunque possibile migliorare in maniera sostanziale la conoscenza delle principali fonti di sale da cucina mediante campagne di educazione pubblica. Una strategia che comprenda

l'etichettatura degli alimenti in relazione al tenore di sale potrebbe essere utile in tale contesto.

Soltanto una minoranza degli interpellati ha affermato di aggiungere normalmente sale ai cibi consumati a casa (7,4 %) o fuori (4,5 %). Nel complesso, il 58,1 per cento dei partecipanti ha affermato di provare a limitare il proprio consumo di sale da cucina, ma si sono riscontrate notevoli differenze tra le varie fasce d'età. Mentre nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni gli interpellati che hanno affermato di limitare il proprio consumo di sale sono stati meno del 40 per cento, tra i sessantenni e gli ultrasessantenni tale quota ha superato il 70 per cento. In base a questi risultati possiamo prevedere che un'eventuale campagna volta a ridurre l'abitudine di aggiungere sale al cibo produrrebbe soltanto effetti limitati.

Tra i 458 partecipanti che hanno definito il proprio consumo di sale «basso» o «molto basso», soltanto il 19,7 per cento (l'8,3 % degli uomini e il 28,9 % delle donne) ha in realtà fatto registrare un'escrezione di sale al di sotto del valore di 5 g/24h raccomandato a livello internazionale. Più in generale, confrontando le risposte con i quintili di escrezione urinaria di sale nella popolazione, soltanto un partecipante su cinque circa ha classificato in maniera appropriata il proprio consumo di sale da cucina. I partecipanti con un'escrezione di sale elevata tendevano a sottovalutare il loro consumo, mentre quelli con un'escrezione di sale bassa tendevano a sopravvalutarlo. Ciò evidenzia l'errata percezione che la popolazione ha del proprio consumo di sale e, di conseguenza, la scarsa possibilità che i singoli individui inizino a modificare la propria alimentazione.

Il presente studio fornisce per la prima volta dati su larga scala in merito all'escrezione urinaria di sale nelle 24 ore in tre regioni linguistiche della Svizzera utilizzando un campione della popolazione. Per reclutare i partecipanti abbiamo scelto una strategia di campionamento a due stadi simile a quella utilizzata nelle indagini sulla salute in Svizzera. Soltanto il 9,7 per cento delle economie domestiche contattate ha fornito un partecipante allo studio e non è stato possibile raggiungere telefonicamente un terzo delle famiglie. Ciò limita la validità esterna dei risultati ottenuti ed evidenzia la difficoltà di condurre studi basati sulla popolazione che prevedano una raccolta delle urine nelle 24 ore. Ciononostante, la prevalenza di ipertensione e i livelli di pressione arteriosa rilevati nell'ambito del presente studio sono in linea con altri studi basati sulla popolazione condotti in precedenza in Svizzera tenendo conto della struttura d'età e della regione. Poiché sembra che una parte degli interpellati abbia fornito una raccolta delle urine incompleta, supponiamo che i dati sul consumo di sale da cucina rilevati nel presente studio sottovalutino il reale (e latente) consumo di sale da cucina nella popolazione generale.

I risultati summenzionati indicano inoltre che una strategia in grado di ridurre il consumo di sale da cucina nella popolazione svizzera può influire in modo sostanziale sulla morbilità e

sulla mortalità cardiovascolari, anche se si considera il basso rischio assoluto attuale. Sebbene in Svizzera la morbilità e la mortalità cardiovascolari siano costantemente diminuite negli ultimi decenni, le malattie cardiovascolari rimangono la prima causa di morte nel nostro Paese, sia negli uomini sia nelle donne. Con l'invecchiamento della popolazione svizzera e il netto aumento della prevalenza di ipertensione con l'avanzare dell'età, si prevede un incremento del carico di malattia legato alle patologie cardiovascolari nei prossimi decenni.

La maggior parte dei Paesi ha avviato una strategia nazionale per ridurre il consumo di sale da cucina nella popolazione generale adottando una combinazione di diversi interventi tra cui campagne di educazione pubblica, regolamentazione dell'etichettatura degli alimenti e, in collaborazione con l'industria alimentare, riduzione del tenore di sale negli alimenti trasformati. Tra il 75 e l'80 per cento del sale da cucina proviene dai cibi industriali. È generalmente riconosciuto che le modifiche della struttura degli alimenti (p. es. del loro tenore di sale) che non richiedono cambiamenti nel comportamento individuale risultano più efficienti ai fini della riduzione del consumo di sale nella popolazione rispetto a misure che implicano dei cambiamenti comportamentali. Nonostante sia emerso che le conoscenze della popolazione svizzera in materia di sale non sono complete, puntando esclusivamente sulle campagne di educazione pubblica si produrranno soltanto effetti limitati rispetto a quelli che si potranno prevedibilmente ottenere modificando il tenore di sale negli elementi trasformati. Poiché l'escrezione urinaria di sale è risultata elevata ovunque, con soltanto lievi differenze tra le varie regioni, il presente studio fornisce delle solide basi all'industria alimentare per ridurre il tenore di sale negli alimenti in tutta la Svizzera.