

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

*Convegno: "Abuso di sale, obesità e ipertensione
Meno sale, più salute: vicini alla soluzione?"*

Roma, 14 giugno 2010

Il problema

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte per le persone sopra i 60 anni e la seconda per quelle tra i 15 e i 59 anni.. Secondo il World Health Report 2002 dell'OMS , il 62% dei casi di ictus cerebrale e il 49% dei casi di cardiopatia ischemica sono attribuibili all'ipertensione arteriosa. Un rapporto congiunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della WHO-United Nations Food and Agriculture Organization (FAO) raccomandò già nel 2003 che, ai fini della prevenzione delle malattie cardiovascolari e di altre malattie croniche, il consumo di sale fosse ridotto a meno di 5 g (o 2 g di sodio) al giorno, assicurando al contempo una adeguata iodinazione del sale.

La promozione e la protezione della salute sono, ormai, obiettivi strategici, da conseguire attraverso modifiche ambientali e degli stili di vita che insieme conducano a una riduzione delle malattie e delle morti correlate ad abitudini alimentari sfavorevoli e alla sedentarietà.

Queste modifiche comprendono la riduzione del consumo di sale a livello di popolazione e la lotta all'obesità, obiettivi perseguiti dal programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", promosso dal Ministero della Salute nell'ambito delle strategie di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, che mira a facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo sui principali fattori di rischio (scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo ed abuso di alcol).

Il sale come nutriente e l'abuso di sale

Il fabbisogno di sodio in condizioni di vita normale non supera gli 0.5 grammi, corrispondenti a meno di 1.5 g di sale. La quantità di cloruro di sodio "naturalmente" presente negli alimenti è molto modesta e, di fatto, la dieta dell'uomo preistorico, prevalentemente a base di prodotti della caccia, di frutta e vegetali freschi, conteneva pochissimo sale. In seguito, il crescente uso del sale, prima come conservante degli alimenti e poi come agente di sapidità, ha portato ad un progressivo aumento dei consumi e allo sviluppo dell'attuale preferenza per i cibi salati. Secondo le più recenti stime disponibili, il consumo di sale si aggira oggi intorno a una media di 8-10 g/die nella maggior parte dei paesi industrializzati.

E' molto importante distinguere l'apporto discrezionale di sale (che è sotto il controllo del consumatore) da quello non discrezionale (dato dal poco sale contenuto "naturalmente" negli

alimenti più quello, molto più abbondante, aggiunto nei processi industriali). Quest'ultimo rappresenta oggi più della metà, forse 2/3 del consumo individuale totale.

Consumo di sale, ipertensione arteriosa e altre malattie cronico-degenerative

Gli studi epidemiologici hanno ampiamente evidenziato l'associazione statistica tra consumo abituale di sale, prevalenza di ipertensione e tendenza all'aumento della pressione arteriosa con l'età. Numerosi studi clinici controllati sugli effetti pressori della riduzione moderata e graduale del sodio alimentare hanno dimostrato un significativo effetto dell'intervento di riduzione del consumo sui valori pressori e ne hanno indicato la sicurezza per la salute dell'uomo.

Altri studi hanno suggerito che il consumo di sodio in eccesso promuove lo sviluppo di danno d'organo al di là degli effetti sulla pressione arteriosa. Una recente meta-analisi condotta presso l'Università Federico II di Napoli ha dimostrato la relazione esistente tra consumo abituale di sale e rischio di ictus cerebrale e altre malattie vascolari. E' stato accertato che l'eccesso di sale e i prodotti conservati sotto sale aumentano il rischio di cancro gastrico. Altri studi indicano un ruolo del sale nel favorire la calcolosi renale e lo sviluppo di osteoporosi.

Ipertensione, sale e obesità

L'obesità è un altro fattore che influisce in misura determinante sull'incidenza di ipertensione. Secondo gli ultimi rilievi dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey dell'Istituto Superiore di Sanità, raccolti su 9 Regioni Italiane nel 2008-2010, il 25% degli uomini e il 26% delle donne nella fascia di età 35-79 anni è obeso. Inoltre, il 48% degli uomini e il 34% delle donne è in sovrappeso

La prevalenza di sovrappeso e di obesità in Italia è aumentata in misura estremamente rilevante nel corso degli ultimi 25 anni ed è particolarmente elevata nel meridione d'Italia.

Abuso di sale e obesità interagiscono in modo da accrescere i propri effetti sfavorevoli sulla pressione arteriosa e sul rischio cardiovascolare. In primo luogo, l'obesità si associa ad aumentata sensibilità agli effetti del sale sulla pressione arteriosa, probabilmente in ragione della presenza di anomalie della eliminazione renale dell'eccesso di sale nell'obeso.

Studi prospettici condotti in diversi Paesi hanno mostrato che l'effetto sfavorevole dell'abuso di sale sul rischio di eventi cardiovascolari è particolarmente accentuato tra le persone sovrappeso. Purtroppo, gli stessi individui sovrappeso o obesi tendono ad avere un consumo di sale particolarmente elevato. Una recente meta-analisi ha mostrato che gli individui sovrappeso presentano un rischio di ictus cerebrale aumentato del 22% e gli obesi addirittura del 64% rispetto ai soggetti normopeso.

In Italia, al momento, i dati recentemente pubblicati dell'Olivetti Heart Study indicano che soltanto il 7% della popolazione adulta avrebbe un consumo di sale nei limiti raccomandati dall'OMS e questa percentuale è ancora più bassa tra le persone sovrappeso o obese.

UN PROGRAMMA NAZIONALE INTEGRATO PER LA RIDUZIONE DEL CONSUMO DI SALE

La lotta all'obesità deve procedere, dunque, di pari passo con la riduzione del consumo di sale, così come è previsto nel programma GUADAGNARE SALUTE.

In considerazione del fatto che l'apporto di sale nell'alimentazione è dovuto solo per il 10% al sodio contenuto "naturalmente" negli alimenti, mentre la maggior parte deriva dal sale aggiunto nei prodotti trasformati e nei cibi consumati fuori casa (il 55%) e da quello sotto il controllo del consumatore, in quanto aggiunto a tavola o durante la cottura dei cibi (il 35%), l'implementazione delle politiche di riduzione del consumo di sale richiede un impegno a diversi livelli:

a) un costruttivo rapporto con l'industria, tendente a realizzare l'obiettivo di una riduzione progressiva del contenuto di sodio di tutti i prodotti alimentari e di rendere disponibile un numero crescente di prodotti a contenuto di sodio basso o molto basso;

b) una sistematica interazione con il mondo del commercio, al fine di rendere i prodotti a basso contenuto sodico facilmente reperibili e identificabili

c) una tenace promozione di scelte alimentari salutari da parte dei consumatori attraverso ripetute campagne di informazione sulla necessità di ridurre l'eccessivo consumo di sale nella dieta abituale.

Per definire una strategia nazionale per la riduzione del consumo di sale, coerente con le altre politiche di intervento in campo nutrizionale e nel campo della salute in generale e caratterizzata da interventi che tengano conto delle tradizioni culturali e delle abitudini alimentari della popolazione, coinvolgendo tutte le classi sociali, comprese le più povere e socialmente disagiate, presso il Ministero della Salute è stato costituito un Gruppo di lavoro di cui fanno parte rappresentanti dell'Università di Napoli Federico II (Facoltà di medicina e Facoltà di agraria - tecnologia alimentare), dell'Università di Campobasso, dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, nonché delle principali Associazioni della panificazione artigianale e della panificazione industriale.

L'attività del Gruppo di lavoro è stata rivolta, infatti, in primo luogo, alla valutazione della fattibilità di una **riduzione graduale del sale nel pane**. Tra i prodotti trasformati, **il pane, alimento fondamentale, è una delle principali fonti di sale**, in quanto, rispetto ad altri prodotti con più alto contenuto di sale - come i formaggi e gli insaccati - è presente tutti i giorni sulla tavola ed è consumato dagli adulti e dai bambini.

I Protocolli d'intesa con le Associazioni della panificazione

I rappresentanti delle Associazioni dei panificatori sia artigianali che industriali hanno accolto favorevolmente l'iniziativa e, nel luglio 2009, sono stati stipulati Protocolli d'intesa tra il Ministero della Salute e le Associazioni della panificazione per concordare le modalità di intervento.

Nello specifico, le aziende associate all'Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari industriale (AIIPA) aderenti all'iniziativa (Agritech, Barilla, Forno della Rotonda, Interpan/Gruppo Novelli, Il Buon Pane, Panem Italia e Sefa), si sono impegnate ad apportare una riduzione del contenuto di sale in alcune tipologie di pane prodotte, nella misura del 10% sul prodotto finito entro l'anno 2011.

Per quanto riguarda la panificazione artigianale, l'Assipan-Confcommercio e l'Assopanificatori Fiesa Confesercenti hanno concordato una riduzione del contenuto di sale nel pane nella misura, rispettivamente, del 10% entro l'anno 2010 e del 15 % entro l'anno 2011.

La Federpanificatori-FIPPA ha previsto, invece, una riduzione graduale del contenuto di sale nel pane, pari al 5 per cento l'anno per tre anni, fino al raggiungimento di una diminuzione complessiva del 15% entro il 2011 e la produzione di una tipologia di pane con un contenuto di sale minore del 50% di quello ora mediamente utilizzato.

Il Gruppo di Lavoro Intersocietario per la Riduzione del Consumo di Sale in Italia - GIRCSI

Nella definizione della strategia per la riduzione del sale, il Ministero della salute si è avvalso del supporto del GIRCSI (Gruppo di Lavoro Intersocietario per la Riduzione del Consumo di Sale in Italia), un'organizzazione non governativa fondata nel 2007, che si propone di fornire il più ampio contributo possibile per stimolare e sostenere in Italia un'iniziativa volta a favorire la graduale riduzione del consumo di sale fino al livello di 5 grammi al giorno pro capite raccomandato dall'OMS.

Al GIRCSI aderiscono le seguenti **Società scientifiche**:

SIIA (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa), SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana), SIE (Società Italiana di Endocrinologia), AIT (Associazione Italiana della Tiroide), SIN (Società Italiana di Nefrologia), Siset (Società Italiana di Emostasi e Trombosi), SIGENP (Società Italiana di Gastroenterologia e Nutrizione Pediatrica), SIPREC (Società Italiana di Prevenzione Cardiovascolare)

GIRCSI: MODELLO STRATEGICO PER LA RIDUZIONE DEL CONSUMO DI SALE

IL PROCESSO	GLI STRUMENTI	I RISULTATI ATTESI
Impostazione e coordinamento dell'azione	Creazione di una rete per un intervento multisettoriale	Riduzione graduale del consumo a < 5g/die su base nazionale
Analisi della situazione a livello nazionale e regionale	Formulazione di prodotti a ridotto contenuto di sale	Disponibilità sempre più ampia di alimenti a basso contenuto di sodio
Determinazione di obiettivi realistici	Miglioramento del sistema di etichettatura dei prodotti	Maggiore disponibilità di alimenti e di cibi con adeguata indicazione del contenuto di sale
Determinazione di un budget nazionale	Emissione di direttive e indirizzi governativi	Aumento della consapevolezza dei rischi connessi all'abuso di sale
Pubblicazione di un piano d'intervento nazionale	Campagne per l'educazione dei consumatori	Crescente abitudine all'uso di prodotti meno salati
Monitoraggio continuo	Misurazione del contenuto di sodio nelle urine delle 24 ore in campioni rappresentativi di popolazione	Documentazione dei progressi realizzati

Sviluppo della Strategia nazionale di riduzione del consumo di sale. Azione concordata o azione legislativa?

L'“azione concordata”, scelta dall'Italia, costituisce il tipo di approccio di gran lunga preferibile. E, però, indispensabile fissare delle scadenze per la valutazione dei risultati, utilizzando gli opportuni indicatori e prevedendo un'azione legislativa integrativa solo in caso di ritardato o mancato conseguimento degli stessi.

L'azione in favore di una riduzione del consumo medio di sale nella popolazione ha riscosso successi significativi già in diversi paesi, come il Belgio, la Finlandia, il Canada e il Regno Unito.

L'esempio proveniente da questi Paesi ha fornito utili indicazioni sui tipi di intervento più efficaci. Tra questi vanno annoverati: la produzione di linee guida per un'alimentazione a basso contenuto di sodio, le campagne di informazione e di educazione dei cittadini, il miglioramento del sistema di etichettatura, l'applicazione di speciali marchi che evidenziano gli alimenti a basso contenuto sodico, l'interazione con l'industria per la produzione di prodotto iposodici e per una generalizzata riduzione del contenuto di sodio degli alimenti prodotti, l'accordo con il sistema della ristorazione e del catering in favore della crescente disponibilità di alimenti e menù iposodici, il monitoraggio regolare del contenuto di sodio dei prodotti in commercio.

La strategia nazionale prevede, pertanto, la progressiva estensione delle iniziative, con il coinvolgimento dei diversi soggetti interessati, sia del settore pubblico che di quello privato, per. In particolare, è importante il coinvolgimento del Ministero dell'Istruzione, con cui condividere interventi di educazione alimentare, e delle Amministrazioni locali (regioni, province, comuni), per favorire l'applicazione degli accordi stipulati a livello nazionale:

Per il settore privato, accanto all'Industria alimentare (per la produzione di alimenti a basso contenuto di sodio, la valorizzazione dell'uso di sale iodato, lo sviluppo di tecniche di conservazione alternative, marketing, etichettatura), si prevede il coinvolgimento progressivo di altri attori:

- settore della ristorazione, gastronomia (allestimento e promozione di piatti iposodici, valorizzazione di spezie e sapori alternativi)
- settore del catering
- operatori del commercio (disponibilità, evidenziazione e promozione di alimenti a basso contenuto sodico)
- produttori di sale e derivati (eventuale modificazione e valorizzazione nella iodinazione del sale da cucina, integrazione con altri elementi quali potassio e magnesio)
- scuola privata (informazione, campagne educative, modificazioni a livello di mensa scolastica)
- aziende ospedaliere (informazione, modificazioni nelle diete ospedaliere e a livello di mensa aziendale)
- organi d'informazione (spazio alle campagne in favore della riduzione del consumo di sale)

Organizzazioni non-governative e società civile (gruppi culturali, religiosi, rappresentanti dei consumatori, Organizzazioni per la promozione della salute, Associazioni professionali, Società scientifiche) possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo della strategia.

Monitoraggio e valutazione degli interventi e dei risultati

Nessuna politica di intervento può avere successo se non si prevede il monitoraggio e la valutazione continua del processo. Pertanto occorre:

- realizzare una valutazione basale e successive periodiche rivalutazioni del contenuto di sodio di specifiche categorie di alimenti (anche in questo caso su base regionale);
- monitorare e valutare l'efficacia dei diversi tipi di intervento;
- prevedere un budget per le attività di monitoraggio e valutazione, per assicurarne il regolare svolgimento;
- individuare appropriati indicatori di processo (ad es. percentuale di alimenti iposodici per categorie di prodotti, percentuale di labelling, numero e percentuale di locali e/o istituzioni in cui siano disponibili alimenti iposodici)
- monitorare e valutare indicatori di risultato (ad es. consumo medio di sale nella popolazione e percentuale con consumo di sale inferiore a 5 grammi).

Il progetto “Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani”

Un programma che si prefigga di attuare politiche di intervento a sostegno di una graduale correzione dell'eccesso alimentare di sodio deve proporsi, tra i propri obiettivi, la valutazione basale del consumo di sale nelle diverse aree del Paese e del contenuto medio di sale dei prodotti alimentari che ne condizionano l'apporto. Tale valutazione è propedeutica al monitoraggio e alla valutazione dell'efficacia dell'intervento negli anni a seguire.

Il Ministero della Salute/CCM ha, pertanto, promosso il Progetto “Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani”, affidandone il coordinamento al dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Facoltà di Medicina e Chirurgia – dell'Università di Napoli Federico II. Il progetto è svolto in collaborazione con l'ISS, l'INRAN ed il GIRCSI

L'attivazione di tale progetto è apparsa necessaria tenuto conto che:

- 1) non è disponibile alcuna indagine epidemiologica del consumo alimentare medio di sale su campioni rappresentativi di popolazione italiana su base regionale e per fasce di età;
- 2) a fronte dell'altissima prevalenza di ipertensione (almeno il 40% nell'intera popolazione italiana) pochissimi dati, e non rappresentativi, sono disponibili circa il consumo di sale nella popolazione ipertesa;
- 3) i dati sulla popolazione infantile e adolescenziale sono quasi inesistenti;
- 4) non sono disponibili dati ottenuti da misurazione diretta del contenuto di sodio degli alimenti che maggiormente contribuiscono a determinare l'apporto sodico alimentare nella popolazione italiana.

Obiettivo generale del progetto è ottenere informazioni attendibili sul consumo medio di sodio, di potassio e di iodio pro-capite nella popolazione italiana su base regionale, per classi di età e in relazione alla presenza di ipertensione arteriosa.

Obiettivi specifici sono:

1. valutare il consumo medio giornaliero di sodio, potassio e iodio pro-capite in un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta su base regionale e per classi di età;
2. valutare il consumo medio giornaliero di sodio, potassio e iodio pro-capite in un campione rappresentativo della popolazione italiana affetta da ipertensione arteriosa su base regionale e per classi di età;
3. valutare il consumo medio giornaliero di sodio pro-capite in un campione rappresentativo della popolazione italiana di età pediatrica (6-18 anni);
4. valutare il contenuto medio di sodio in campioni di pane e prodotti da forno su base regionale.

Come si misura il consumo abituale di sale a livello individuale e nella popolazione

Le inchieste alimentari, mentre forniscono una stima più o meno attendibile dell'apporto sodico relativo al sale contenuto negli alimenti presenti nella dieta, non consentono tuttavia di risalire alla quantità di sale aggiunto a tavola e in cucina.

La più attendibile stima del consumo abituale di sale si basa, quindi, sulla raccolta delle urine delle 24 ore, in quanto quasi tutto il sodio alimentare è eliminato con le urine, solo poco (meno del 10%) attraverso le feci e il sudore.

Alcuni Dati preliminari

Attualmente, disponiamo di dati completi raccolti su 6 regioni italiane, nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey, che consentono di valutare il consumo medio di sale giornaliero in campioni di popolazione adulta rappresentativi di queste Regioni. Un primo elemento, ampiamente acquisito, è la dimostrazione della possibilità di ottenere raccolte di urine delle 24 ore ben eseguite e quindi complete: ciò si evince sia dal fatto che pressoché tutti i partecipanti allo studio hanno ottemperato a questa specifica richiesta sia dalla evidenza derivante dai risultati delle procedure di controllo utilizzate della bontà dell'esecuzione delle raccolte stesse. La media generale dell'escrezione di cloruro di sodio nelle 24 ore si attesta intorno agli **11 grammi negli uomini ed 8 nelle donne**; questi valori non si discostano sostanzialmente dai risultati di indagini precedenti condotte precedentemente in modo parcellare in alcune località italiane e sono ben superiori all'apporto di sale raccomandato dall'OMS (5 grammi al giorno). E' stato osservato, inoltre, un gradiente nord-sud, con valori minori al nord e maggiori al sud. E' stata anche osservata una significativa **associazione diretta tra consumo di sale e indice di massa corporea**, dato che fornisce un'autorevole conferma della recente descrizione di un maggior apporto di sodio in soggetti sovrappeso o obesi. Questa associazione può tra l'altro contribuire a spiegare l'osservazione del gradiente nord-sud nel consumo di sale, vista la maggiore prevalenza di sovrappeso/obesità osservata nel meridione d'Italia. Per quanto riguarda i risultati preliminari sulla escrezione urinaria e dunque sull'apporto alimentare di potassio, il valore medio osservato sia negli uomini che nelle donne è decisamente basso nella popolazione delle 6 Regioni fin qui esaminate (circa 4 grammi), a fronte dei 7 grammi considerati auspicabili dalle principali società scientifiche internazionali: essendo il potassio contenuto in misura particolare in vari tipi di vegetali, questo dato colpisce in quanto indica che, in un Paese ritenuto tra i principali modelli applicativi della dieta mediterranea, il consumo di frutta e verdura non può essere considerato soddisfacente.

Il confronto dei dati preliminari sulla pressione arteriosa con quelli analoghi raccolti sempre nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare con le stesse metodologie 10 anni fa, porta ad osservare, nonostante l'incremento nella prevalenza di obesità, sia negli uomini che nelle donne e nei diversi livelli socio-economici una lenta e graduale discesa della pressione arteriosa media sistolica e diastolica, dovuta non solo alla aumentata proporzione degli ipertesi

trattati adeguatamente, ma anche ad un lieve aumento della proporzione di persone con valori di pressione arteriosa inferiori a 140/90 mmHg.

Ciò è probabilmente da attribuire anche ad un beneficio dovuto alle strategie preventive di comunità.

Questi dati sono solo preliminari e dovranno essere confermati, quando saranno disponibili anche i dati di altre Regioni, così da verificare le tendenze finora riscontrate.

In generale, l'elevata prevalenza di obesità, associata ad una contemporanea elevata prevalenza di inattività fisica nel tempo libero, sebbene molto difficile da valutare, confermano lo sbilanciamento tra le calorie introdotte con l'alimentazione e la diminuzione delle calorie disperse attraverso una attività fisica regolare, conseguenti a cambiamenti delle abitudini di vita avvenuti negli ultimi decenni.

I valori riscontrati indicano che ancora molto si può fare migliorando l'azione sugli stili di vita, in particolare promuovendo azioni sulla sana alimentazione, tra cui fondamentale la riformulazione degli alimenti per la riduzione dell'introito di sale.

Il programma MINISAL-GIRCSI non dispone ancora di dati preliminari per quanto riguarda il sottoprogetto Ipertensione e il sottoprogetto Pediatria, per i quali è stato completato il reclutamento dei campioni di popolazione rispettivamente selezionati ed è in corso l'acquisizione dei dati relativi ai rispettivi partecipanti, inclusa la raccolta delle urine delle 24 ore per la valutazione dell'escrezione di sodio e di potassio.

Il sottoprogetto relativo alla valutazione del contenuto di sale in campioni di pane raccolti nelle diverse regioni italiane ha esaminato 102 campioni raccolti in 12 regioni ed ha osservato un contenuto medio di sale di circa 1.5 g per 100 grammi di prodotto finito, con un intervallo compreso tra 0.7 e 2.3. Anche questo valore è superiore a quello auspicabile nell'ambito di una strategia di riduzione del consumo di sale a livello di popolazione.

In Conclusione

- 1) L'evidenza disponibile riguardo agli effetti nocivi dell'eccessivo consumo di sale per la salute dell'uomo è incontrovertibile, in particolare per quanto riguarda il rischio di malattie cardio e cerebrovascolari, di cancro gastrico e di nefrolitiasi.
- 2) Essendo il fabbisogno riconosciuto di sale non superiore a 3 g di sale al giorno (e probabilmente anche meno) in condizioni di vita normali, la raccomandazione dell'OMS di ridurre il consumo medio di sale nella popolazione a meno di 5 g /die è pienamente motivata e condivisibile.
- 3) Il rapporto costo/beneficio di una riduzione del consumo di sodio a livello di popolazione è molto favorevole.
- 4) La riformulazione dei prodotti è tanto più efficace quanto maggiore è in una data popolazione la percentuale di sodio alimentare derivante dal consumo di alimenti/cibi preconfezionati.
- 5) Il processo di riformulazione richiede l'identificazione dei prodotti maggiormente responsabili dell'elevato consumo di sodio nella popolazione di una certa area.
- 6) Sono necessarie iniziative concertate con i produttori, volte a ridurre il contenuto di sale di quei prodotti e/o a produrne versioni meno ricche in sale, assistendo i piccoli produttori locali e incoraggiando l'evidenziazione chiara e inequivocabile del contenuto di sodio dei prodotti (esercizi commerciali) e dei cibi (ristorazione, catering).
- 7) E' necessario un monitoraggio regolare del contenuto di sale nei prodotti alimentari e del consumo di sale con gli alimenti.
- 8) E' opportuno che la riduzione sistematica del consumo di sale si accompagni ad un parallelo incremento percentuale dell'uso di sale iodato, sia a livello individuale nella preparazione dei cibi, sia a livello di produzione industriale, al fine di perseguire contestualmente l'obiettivo di ridurre l'incidenza di patologie tiroidee.

- 9) I dati preliminari forniti fino a questo momento dal programma MINISAL-GIRCSI depongono per un consumo medio di sale tuttora molto elevato nella popolazione italiana, con valori più alti negli uomini che nelle donne, nei soggetti sovrappeso od obesi rispetto ai normopeso e nelle Regioni centro-meridionali rispetto a quelle settentrionali. E' stata finora osservata anche una tendenza ad un insufficiente apporto alimentare di potassio, ascrivibile verosimilmente ad un inadeguato consumo di frutta e verdura. I dati disponibili sul contenuto di sale in campioni di pane raccolti in varie Regioni italiane confermano che il contenuto medio di sale del pane consumato ad oggi in Italia è troppo alto in relazione all'esigenza di ridurre il consumo di sale della popolazione.