

Intervista a:

Paolo Biasci

Presidente FIMP

Mattia Doria

Segretario Nazionale alle Attività Scientifiche ed Etiche, FIMP

Attilio Boner

Università degli Studi di Verona

a cura di **Piercarlo Salari**

Pediatra e divulgatore medico-scientifico, Milano

Vitamina D: spunti emersi da un'indagine e da un percorso formativo condotti dalla FIMP

Tra le numerose tematiche di aggiornamento professionale sviluppate per i Pediatri di famiglia da FIMP nelle sue "Pillole", la vitamina D è stata oggetto sia di un'interessante indagine su tutto il territorio nazionale sia di apprezzati eventi formativi.

Ne parliamo con il dott. Paolo Biasci, Presidente FIMP, e Mattia Doria, Segretario Nazionale alle Attività Scientifiche ed Etiche FIMP.

PERCHÉ SI È RITENUTO OPPORTUNO RICHIAMARE L'ATTENZIONE DEL PEDIATRA SUL TEMA VITAMINA D?

Ebbene più del 50% dei giovani italiani con meno di 16 anni risulta carente di vitamina D. In particolare i soggetti più esposti ai rischi per la salute, derivati da questa condizione, sono rappresentati proprio dai bambini e dagli adolescenti. Sotto accusa è soprattutto la scarsa esposizione al sole da cui dipende il 90% circa del fabbisogno di vitamina D.

"Negli ultimi anni è stato dimostrato che la vitamina D è capace di svolgere numerose altre azioni oltre a quelle classiche sul metabolismo osseo e questo ha reso necessario un aggiornamento sul suo ruolo nelle condizioni di frequente riscontro in età pediatrica" osserva Paolo Biasci. "Alla luce di queste considerazioni" continua Biasci, "si è pensato di trarre spunto dall'approccio dei Pediatri sulla profilassi con vitamina D per poi trasferire loro le acquisizioni più recenti mediante un percorso formativo".

COME SI È SVOLTO IL PERCORSO FORMATIVO?

"Innanzitutto è stata condotta una *survey* con un duplice obiettivo" afferma Mattia Doria, "quello, cioè, di

acquisire dal Pediatra di famiglia sia le informazioni sulla gestione della profilassi con vitamina D sia i suoi bisogni formativi sulle più recenti indicazioni relative alla profilassi con vitamina D durante tutta l'età pediatrica". Sulla base di questi dati si è successivamente sviluppato il percorso formativo, articolato in tre corsi residenziali, i cui contenuti sono stati poi riproposti con degli approfondimenti attraverso una FAD tuttora accessibile. L'indagine è stata successivamente estesa su tutto il territorio nazionale e i risultati presentati in occasione del XIII Congresso Nazionale FIMP svoltosi recentemente a Paestum. Un aspetto merita di essere evidenziato: "Si può parlare di un modello formativo innovativo, che partendo dalle esigenze conoscitive verifica sul campo i risultati del percorso didattico intrapreso" aggiunge Biasci.

QUALI SONO I PRINCIPALI RISULTATI EMERSI DALL'INDAGINE?

"I risultati dell'indagine, frutto dell'analisi di circa 800 questionari, hanno confermato un elevato livello di sensibilità e attenzione da parte dei Pediatri di famiglia (98%) nei confronti della raccomandazione della profilassi con vitamina D nei primi due anni di vita del bambino. Durante la seconda e terza infanzia, questa attitudine riguarda il 22% circa dei Pediatri, mentre il 67% circa raccomanda la vitamina D esclusivamente nei bambini che presentano fattori di rischio di deficit (principalmente rappresentati dalla scarsa esposizione solare)" commenta Biasci (Figg. 1, 2).

L'indagine ha ribadito inoltre che il fabbisogno giornaliero di vitamina D durante la seconda e terza infanzia, pari a 600 UI, dose peraltro superiore a quanto racco-

Figura 1.

Per quanto tempo raccomandi la profilassi con vitamina D dopo la nascita?

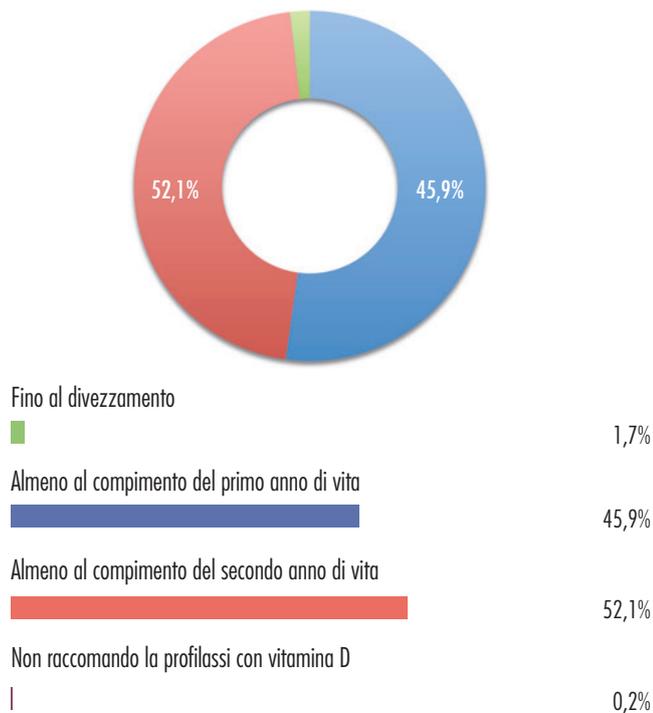


Figura 2.

Durante la seconda e terza infanzia sei abituato a raccomandare la profilassi con vitamina D nel bambino altrimenti sano?

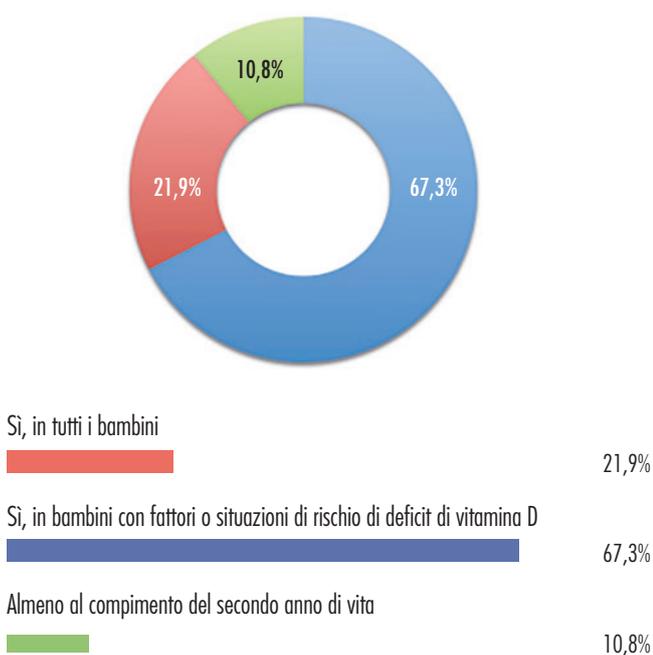
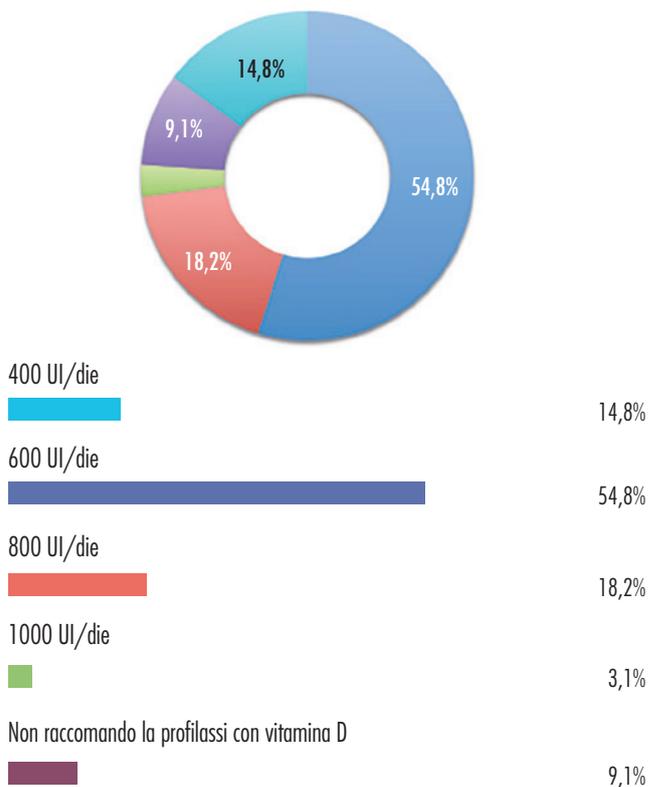


Figura 3.

Se consigli la profilassi con vitamina D durante la seconda e la terza infanzia, che dosi raccomandi generalmente?



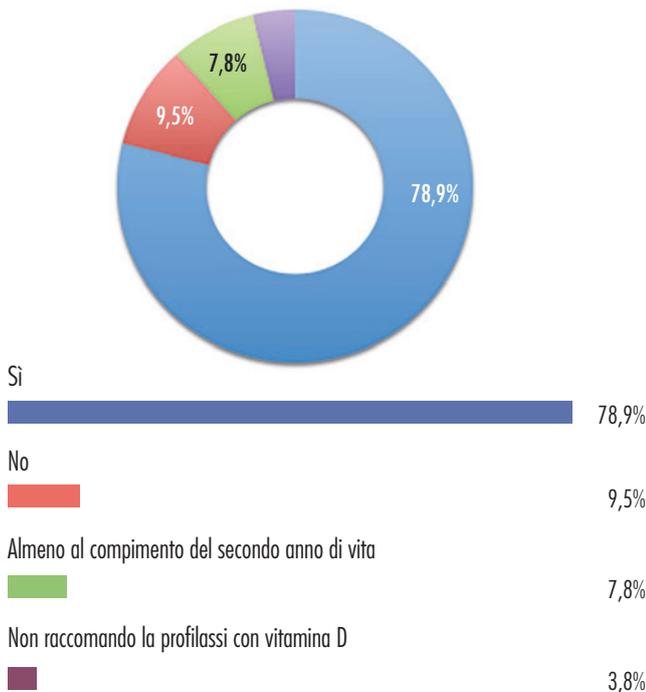
mandato per il lattante nel primo anno di vita (400 UI), è raccomandato dal 55% circa dei Pediatri di famiglia (Fig. 3). Tale dato mostra una maggiore consapevolezza sulle posologie che corrispondono a quelle raccomandate dai LARN stabiliti dalla Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) e dalle principali Società scientifiche pediatriche, tra cui la FIMP.

La quasi totalità dei medici ha inoltre riconosciuto nella carenza di vitamina D il principale fattore che in età pediatrica può influenzare negativamente la salute ossea e l'acquisizione del picco di massa ossea. Negli adolescenti la profilassi con vitamina D è raccomandata da oltre la metà dei Pediatri nei casi in cui esistano condizioni di rischio di deficit e da circa il 30% che invece la raccomanda in tutti gli adolescenti. Piuttosto elevata è risultata la sensibilità nei confronti dei bambini obesi, asmatici o con infezioni respiratorie ricorrenti. Riguardo alla stagionalità, l'80% circa dei Pediatri ritengono la stagione invernale un fattore di rischio di deficit per tutti i bambini italiani (Fig. 4).

In conclusione la *survey* sottolinea la necessità di non

Figura 4.

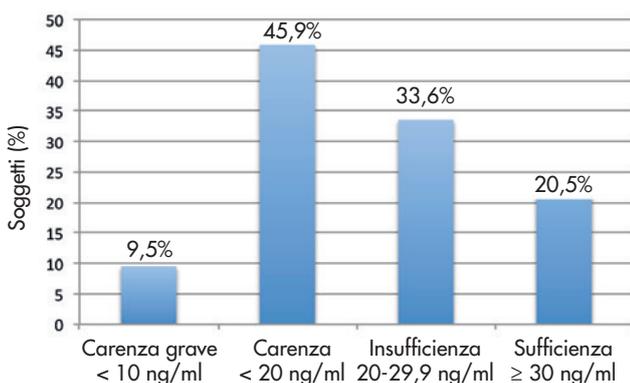
Ritieni che il periodo invernale rappresenti un fattore di rischio di deficit di vitamina D per i bambini e gli adolescenti?



sottovalutare l'importanza della supplementazione con vitamina D durante l'età pediatrica e in particolar modo nei contesti di maggiore fabbisogno (ad es. stagionalità, obesità, ecc.).

Figura 5.

Stato vitaminico D in bambini e adolescenti italiani (da Vierucci S et al., Eur J Pediatr 2013;172:1607-17, mod.).



Ma cosa rende la vitamina D un nutriente del tutto particolare e cosa dovrebbe sapere (e fare) il Pediatra di famiglia di oggi per mantenersi in linea con gli sviluppi scientifici? Il professor Attilio Boner (Università degli Studi di Verona) lo chiarisce rispondendo ad alcuni quesiti nodali.

PERCHÉ SI PARLA SPESSO DI “EFFETTI EXTRASCHELETRICI” DELLA VITAMINA D?

Storicamente la vitamina D è stata impiegata per la prevenzione del rachitismo. Recenti studi hanno tuttavia mostrato che le azioni della vitamina D non si limitano soltanto a favorire la mineralizzazione ossea (potenzia l'assorbimento intestinale del calcio del 30-40% e del fosforo dell'80%) e il trofismo muscolo-scheletrico (promuove la sintesi delle proteine muscolari actina e tropomiosina); basti pensare che la vitamina D concorre all'espressione del 3% del patrimonio genetico. Va altresì sottolineato che il recettore della vitamina D è praticamente espresso dalla quasi totalità delle cellule dell'organismo (per esempio intestino, cute, occhio, cervello, cuore, isole pancreatiche, tiroide e surreni).

QUAL È LO STATO VITAMINICO D NEI BAMBINI ITALIANI?

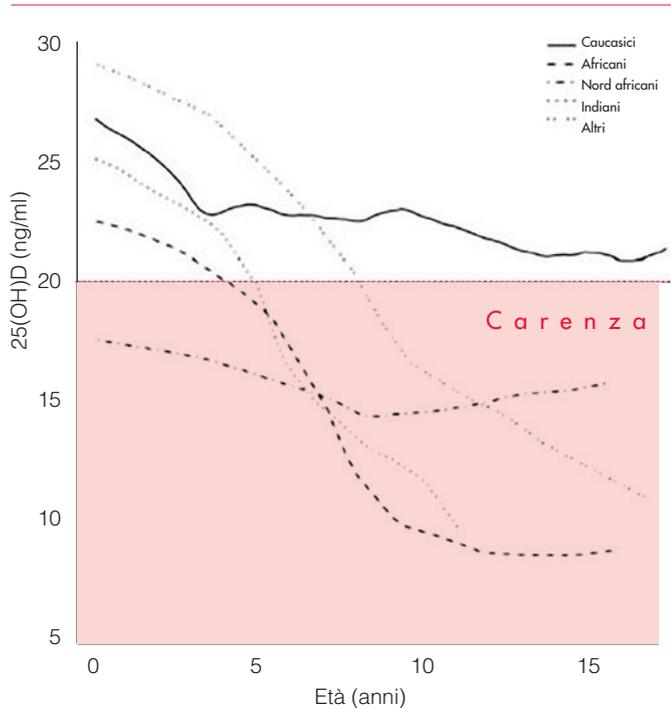
Per la definizione dello stato vitaminico D in età pediatrica, la Consensus italiana pubblicata recentemente dalla FIMP, SIP e SIPPSS ha stabilito le seguenti soglie dei livelli circolanti del metabolita epatico 25(OH)D: si parla di deficit se i livelli sono < 20 ng/ml (il deficit è grave al di sotto dei 10 ng/ml), di insufficienza quando compresi tra 20 e 29 ng/ml e di sufficienza quando sono ≥ 30 ng/ml. Due studi italiani (Figg. 5, 6) hanno mostrato in maniera univoca che l'ipovitaminosi D interessa circa l'80% dei bambini. Questo dato può essere spiegato dal loro stile di vita, spesso caratterizzato da una ridotta attività fisica e di gioco all'aperto, dalla lunga permanenza al chiuso e da un regime dietetico non adeguato, in particolare a ridotto apporto di vitamina D e calcio. Ecco perché è opportuno prendere in seria considerazione l'opportunità di una corretta supplementazione di vitamina D in tutte le fasce d'età, adolescenza compresa.

QUALI SONO LE CONSEGUENZE DELL'IPOVITAMINOSI D?

La vitamina D svolge un ruolo fondamentale nel regolare l'omeostasi fosfo-calcica, con particolare riferimento ai processi di mineralizzazione e di acquisizione della massa ossea. L'acquisizione della massa ossea, in particolare, rappresenta uno dei processi più importanti e caratteristici dell'età pediatrica, poiché inizia in epoca fetale, prosegue durante tutta l'infanzia e l'adolescenza,

Figura 6.

Livelli sierici medi di 25(OH)D nei bambini di diversa etnia che vivono in Italia (da Franchi B et al., Eur J Pediatr 2015;174:749-57, mod.).



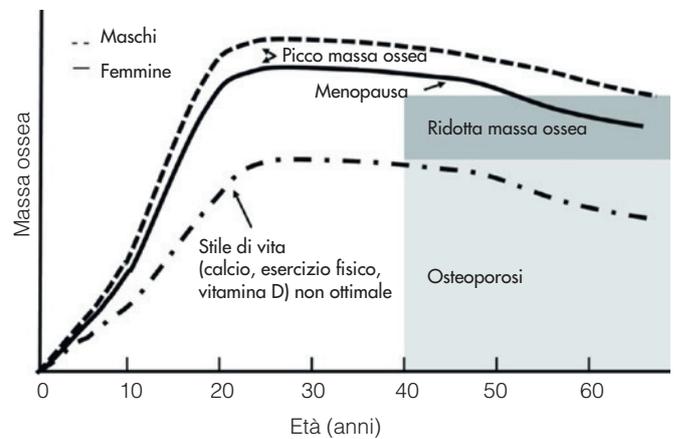
per culminare in età giovane adulta (Fig. 7) con il raggiungimento del picco di massa ossea (18-20 anni nelle femmine e tra i 20-23 anni nei maschi). Una percentuale significativa della massa ossea (20-40%) può essere influenzata da fattori legati allo stile di vita, come lo stato vitaminico D, l'esercizio fisico e l'apporto giornaliero di calcio. Uno stile di vita non ottimale interferisce infatti con il raggiungimento del picco di massa ossea, aumentando il rischio di sviluppare osteoporosi in età adulta.

IN QUALI CASI IL PEDIATRA PUÒ O DEVE SOSPETTARE UN DEFICIT? E COME DEVE AGIRE?

La vitamina D viene in massima parte prodotta in seguito all'esposizione della cute alla luce solare, pertanto, tutte le condizioni che riducono o annullano la sintesi cutanea di vitamina D rappresentano fattori di rischio di deficit e possibili indicazioni alla profilassi. Rientrano in questa categoria i bambini di etnia non caucasica con elevata pigmentazione cutanea e i bambini che, per motivi culturali, sono esposti raramente al sole o comunque indossano indumenti protettivi. Allo stesso modo, l'utilizzo estensivo di filtri solari riduce significativamente la capacità della cute di sintetizzare vitamina D. In generale, appare evidente che il tempo che i bambini trascorrono all'aria aperta si sta progressivamente riducendo,

Figura 7.

Andamento dei livelli di massa ossea durante la vita. Uno stile di vita non ottimale interferisce con l'acquisizione del picco di massa ossea (da Weaver CM et al., Osteoporos Int 2016;27:1281-386, mod.).



sostituito da attività ludiche prevalentemente indoor. Per quanto riguarda la situazione italiana, la sintesi cutanea di vitamina D è efficace soltanto in alcuni mesi dell'anno (da marzo a ottobre, in proporzione alla quantità di raggi UVB che raggiungono la superficie terrestre). Pertanto, in autunno inoltrato, nei mesi invernali e all'inizio della primavera, il bambino, anche se esposto al sole, non è in grado di produrre vitamina D. Ecco perché nei bambini e negli adolescenti il Pediatra deve prestare particolare attenzione alla presenza di fattori di rischio di deficit di vitamina D, al fine di mettere in atto prontamente adeguate strategie preventive.

CONCLUSIONI

- La promozione di uno stato vitaminico D adeguato rappresenta un importante obiettivo di salute pubblica, in particolare durante l'età pediatrica. La carenza di vitamina D può infatti influenzare negativamente la salute ossea di bambini e adolescenti e la profilassi con vitamina D è lo strumento più efficace per prevenirne la carenza.
- La profilassi deve essere offerta a tutti i bambini per tutto il primo anno di vita, indipendentemente dal tipo di allattamento. Successivamente, durante la seconda e la terza infanzia e l'adolescenza, la supplementazione con vitamina D deve essere consigliata ai bambini con fattori di rischio di deficit, in particolare una scarsa esposizione alla luce solare.
- Per quanto riguarda la situazione italiana, particolare attenzione deve essere rivolta al periodo invernale durante il quale la sintesi cutanea di vitamina D non è efficace. Inoltre, è opportuno ricordare che gli apporti giornalieri raccomandati di vitamina D aumentano dopo il primo anno di vita da 400 UI/die a 600 UI/die.