



La vitamina D è da lungo tempo riconosciuta come un importante nutriente che favorisce la formazione ed il mantenimento di tessuti ossei sani, contribuendo in maniera determinante al metabolismo ed alla omeostasi del calcio.

La fonte più importante di vitamina D è la produzione attivata dall'esposizione solare nella pelle. Tuttavia, nonostante le favorevoli latitudini del nostro paese, le carenze di vitamina D sono diffuse nella popolazione, complici le pur corrette campagne di prevenzione delle patologie della pelle, che suggeriscono la limitazione dell'esposizione e l'utilizzo di filtri solari ad elevati livelli di protezione ed i cambiamenti dello stile di vita che portano a frequentare i luoghi chiusi.

Similmente ad altri indicatori "invisibili" come colesterolo, vitamina B12, TSH, **una carenza di vitamina D non può essere, nella maggioranza dei casi, dedotta dall'anamnesi o dall'esame obiettivo del paziente.** In carenza di vitamina D il calcio è malassorbito dall'intestino (solo il 10%). Ad ogni trattamento con integratori di calcio andrebbe quindi associata una valutazione del livello di vitamina D. L'aumento dell'ormone paratiroideo (PTH), conseguente alla carenza di Vitamina D e/o calcio, attiva gli osteoblasti, promuove la trasformazione di preosteoclasti in osteoclasti maturi che degradano la matrice ossea provocando osteoporosi.

La Vitamina D esercita probabilmente altre azioni: la maggioranza dei tessuti possiede infatti il recettore per la Vitamina D ed il sistema enzimatico per la conversione nella forma attiva 1, 25 diidrossivitamina D. Questa evidenza ha stimolato la ricerca sugli effetti fisiologici di questa molecola. **Numerosi studi recenti dimostrano il ruolo della vitamina D nella riduzione del rischio in molte malattie incluso il cancro, le malattie autoimmunitarie e le malattie cardiovascolari. Nelle ipovitaminosi severe, frequenti nell'anziano, si riscontrano frequenti casi di dolori muscoloscheletrici non-specifici, che possono indurre il medico a somministrare trattamenti inappropriati.**

Una diagnosi ed un conseguente trattamento basato sulle evidenze deve quindi fondarsi sul dato analitico, anche in ragione della variabilità individuale nella risposta alla supplementazione, che può facilmente portare ad una imperfetta gestione del paziente.

Bibliografia essenziale

Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro **Linee guida per la diagnosi, prevenzione e terapia dell'osteoporosi** Reumatismo, 2009; 61(4):1-25

Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP. **Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: Results of a randomized trial.** American Journal of Clinical Nutrition. 2007;85:1586-1591.

American Heart Association. **Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease.** [AHA Web site]. January 7, 2008.

Lee JH, O'Keefe JH, Bell D, et al. **Vitamin D deficiency: An important, common, an easily treatable cardiovascular risk factor?** Journal of the American College of Cardiology. 2008;52:1949-1956.

Pereira MA, Jacobs DR, Van Horn L, Slattery ML, Kartashov AL, Ludwig DS. **Dairy consumption, obesity, and the insulin resistance syndrome in young adults: the CARDIA study.** JAMA 2002; 287(16): 2081-89

Plotnikoff GA, Quigley JM. **Prevalence of severe hypovitaminosis D in patients with persistent, nonspecific musculoskeletal pain.** Mayo Clin Proc. 2003;78(12): 1463-70

Sievenpiper JL, McIntyre EA, Verill M, Quinton R, Pearce SHS. **Unrecognised severe vitamin D deficiency.** BMJ 2008; 336: 1371-1374.