



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DERMATITE ATOPICA E QUALITÀ DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO PILOTA**Monti, F.*, Agostini, F.* , Gobbi, F.** , Neri, E.***

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna

** Ospedale Bufalini, Cesen

INTRODUZIONE

La dermatite atopica in età pediatrica comporta un impatto notevole sul benessere del bambino, che sperimenta ansia, depressione e irritabilità, e dei suoi familiari, che possono percepire bassa qualità di vita e sentimenti di inadeguatezza rispetto al proprio ruolo.

Obiettivo

Lo studio pilota ha l'obiettivo di indagare le proprietà psicométriche della versione italiana del Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale (CADIS) .

Campione e metodologia

Sono state coinvolte 64 famiglie di bambini di età minore o uguale a sei anni, seguiti dall'U.O. di Dermatologia dell'Ospedale Bufalini (Cesena) nel periodo Maggio 2007-Ottobre 2008.

Strumenti

Scheda anamnestica, CADIS, scala VAS, Dermatitis Family Impact (DFI), Children Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQoL), SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD).

Risultati

Le analisi hanno rilevato un'affidabilità interna da buona a robusta ($\alpha=0,740-0,904$), una buona validità concorrente ($r=0,392-0,699$) e una stabilità temporale discreta ($r=0,416-0,561$, $p=0,001-0,000$, dopo 2 giorni).

Conclusione

I dati sono promettenti rispetto alle caratteristiche psicométriche della versione italiana del CADIS, ma è necessario replicare le analisi su un campione più numeroso.

Parole chiave: dermatite atopica, bambini, genitori, qualità di vita, CADIS.



DERMATITE ATOPICA E QUALITÀ DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO PILOTA

Atopic dermatitis and quality of life: a pilot study

INTRODUCTION

Childhood atopic dermatitis has a significant impact on the wellbeing of the child, who experiences anxiety, depression and irritability, and of his family, who can report low quality of life and feelings of inadequacy in their roles.

Objective

The pilot study was designed to evaluate the psychometric characteristics of the Italian version of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale (CADIS).

Sample and Method

A total of 64 families and their 6 year old, or younger, children attending the Dermatology Unit of Bufalini Hospital in Cesena between May 2007 and October 2008, were considered eligible for the study.

Instruments

Participants completed a sociodemographic questionnaire, CADIS, Visual Analogue Scale, Dermatitis Family Impact (DFI), Children Dermatology Life Quality Index (CDLQI), Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQoL), SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD).

Results

Analyses have shown an internal reliability from good to very good (Cronbach's Alpha coefficients= 0.740-0.904), a good concurrent validity ($r=0.392-0.699$) and a discrete test-retest reliability ($r=0.416-0.561$, $p=0.001-0.000$, after 2 days).

Conclusions

These data confirm the promising psychometric characteristics of the Italian version of CADIS; however, further analyses are required on wider and more representative samples.

Key words: atopic dermatitis, children, parents, quality of life, CADIS.

INTRODUZIONE

La pelle, l'organo più vasto del corpo umano, svolge sia una funzione immunitaria, ormonale, sensoriale, che di frontiera tra mondo interno ed esterno: si presta perciò meglio di altri apparati ad assumere una funzione simbolica rappresentando un elemento di unitarietà della persona e di individuazione-separazione. Fin dalla nascita, gli scambi affettivi attraverso il contatto epidermico con il caregiver, costituiscono una tappa fondamentale della processualità del divenire psicobiologico. Gli studi sullo sviluppo infantile evidenziano il ruolo della pelle nelle prime attività mentali, sottolineando la connessione tra componente biologica, predisponente alle affezioni cutanee, e componente psicologica, legata a fattori temperamentalni e relazionali.

La Dermatite Atopica (DA), conosciuta anche come *Eczema Atopico*, è una patologia multifattoriale, cronica, recidivante ad espressività cutanea, la cui prevalenza è in continuo aumento (Peroni et al., 2008; Smidesang et al., 2008). I sintomi principali sono eritema, edema, croste, essudato sieroso, escoriazione, lichenificazione, secchezza cutanea. Un tratto distintivo è, tuttavia, costituito dall'intenso prurito che frequentemente è fonte di disagio per il bambino e per la sua famiglia e si manifesta con grat-



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

tamento, irritabilità psicomotoria e/o disturbi del sonno. Ciò comporta lesioni eczematose che compaiono in sedi tipiche: nel lattante a livello delle guance, con successiva diffusione alle regioni flessorie degli arti ed in regione retro auricolare; nelle età successive l'eczema può diffondersi anche al tronco (Magrini e Pitter, 1999). La sintomatologia fisica è strettamente connessa a quella emotiva: nei pazienti pediatrici sono più frequenti irritabilità, aumento del pianto, sentimenti di sconforto e impotenza, mentre nei familiari si presentano frustrazione, isolamento, perdita di autostima, cattiva immagine di sé, cambiamenti nello stile di vita, a causa dei trattamenti e delle medicazioni necessarie.

Poiché la DA insorge solitamente tra il 1° e il 5° anno di vita del bambino (Kay et al., 1994), periodo che influenza i futuri pattern comportamentali, sociali, relazionali, appare evidente come il carico della malattia ricada sull'intero nucleo familiare (Zuberier et al., 2006; Mozafari et al., 2007). È necessario, pertanto, approfondire l'impatto della DA sulla quotidianità e sul vissuto di tali famiglie, quindi sulla loro "Qualità di Vita" (QdV). Tale tematica è stata affrontata in modo approfondito negli ultimi anni, tanto che in ambito inglese e statunitense sono stati realizzati numerosi strumenti di rilevazione (IDQoL, DFI, CDLQI, PIQoL-AD, QoLIAD). Essi si riferiscono ad un target estremamente specifico, in quanto sono volti ad indagare lo stato della QdV del genitore oppure quella del bambino: in tale modo, per ottenere una visione globale del fenomeno è necessario somministrare più questionari.

Nel 2005, il gruppo di ricerca di Chicago, coordinato da Sarah Chamlin, ha realizzato il Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale (CADIS), che si caratterizza per la capacità di valutare le numerose sfaccettature che compongono il costrutto della QdV, raccogliendo contemporaneamente informazioni sulle condizioni di bambino e genitore. Il CADIS, inoltre, indaga approfonditamente l'impatto sulla sfera emotiva genitoriale, attraverso 17 items (Chamlin et al., 2007). Tali peculiarità rendono lo strumento un'utile risorsa per l'applicazione sia in ambito clinico che di ricerca.

L'obiettivo dello studio pilota¹ è verificare se la versione italiana del CADIS presenta caratteristiche psicometriche simili a quelle originarie, in riferimento a *coerenza interna, validità concorrente e discriminante, e stabilità temporale*.

METODO

Partecipanti e procedura

La ricerca ha coinvolto tutte le famiglie con un bambino atopico, di età inferiore o uguale a sei anni, recatesi in ospedale per una visita specialistica dermatologica, nel periodo Maggio 2007-Ottobre 2008². Del campione pediatrico sono state valutate le seguenti variabili: età, genere, provenienza geografica, scuola frequentata, età al momento della diagnosi di DA, comorbilità, fratelli ed eventuali malattie di questi. Per quanto riguarda i genitori, invece, sono state indagate: età, genere, diagnosi di DA o altre malattie, occupazione professionale, stato civile, spese economiche legate al trattamento.

Dopo la visita, la famiglia era indirizzata alla psicologa, la quale spiegava brevemente il contenuto della ricerca, chiedeva il consenso a partecipare e, in caso di risposta affermativa, somministrava alcuni questionari: il CADIS, l'IDQoL o il CDQI, il DFI e la VAS. Il medico che aveva condotto la visita compilava lo SCORAD sulla base della condizione della pelle del bambino. Dopo la somministrazione, alle famiglie veniva consegnata una nuova copia dei questionari, uguale a quelli compilati, da completare dopo due giorni a casa propria e rispedire presso la Facoltà di Psicologia di Cesena.

Ogni questionario è stato compilato in forma anonima, in ottemperanza alla legge sulla privacy (D. Lgs. 196/03); ad ogni soggetto è attribuito un codice identificativo al solo scopo di accomunare i diversi questionari nel database creato per analizzare i dati.

¹ La realizzazione dello studio pilota è stata possibile grazie alla disponibilità del primario dell'unità operativa di Dermatologia dell'Ospedale Bufalini di Cesena, il dottor Fabio Arcangeli e della dottoressa Sandra Schianchi, dermatologa.

² Il numero di pazienti in età pediatrica che afferisce al reparto non ha permesso di raggiungere un'ampio numero di soggetti.



DERMATITE ATOPICA E QUALITÀ DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO PILOTA

Strumenti di misura

La versione italiana del *CADIS* valuta la QdV dei bambini atopici di età uguale o inferiore a sei anni e delle loro famiglie; è composto da 45 item suddivisi in cinque scale: "Sintomi", "Limitazione delle attività/comportamento", "Funzionamento sociale e familiare", "Sonno" e "Emozioni". Ogni item richiede al soggetto di rispondere su scala Likert a 5 punti, da 0 ("mai") a 4 ("sempre"), facendo riferimento al mese precedente la compilazione. Il punteggio totale varia da 0 a 180, che indica la maggiore comprensione della QdV.

L'*Infant Dermatitis Quality of Life Index*, IDQoL (Lewis-Jones et al., 2001), rileva lo stato della QdV di bambini di età inferiore a 4 anni affetti da DA; è composto da 10 item, che indagano sintomi, umore, sonno, gioco, attività familiari, pasti, trattamento e abbigliamento. Ad ogni item, il genitore risponde su scala Likert a 4 punti, riferendosi all'ultima settimana. L'IDQoL contiene una domanda supplementare (scala Likert a 5 punti), riguardante la percezione delle condizioni della pelle del bambino nell'ultima settimana; il punteggio totale comprende un range di 0-30 punti.

Il *Children's Dermatology Life Quality Index*, CDLQI (Lewis-Jones et al., 1995), misura la QdV dei bambini di età superiore a 4 anni. Composto da 10 item, valuta sintomi, tempo libero, scuola, relazioni interpersonali, sonno e trattamento. Il bambino risponde riferendosi alla settimana precedente su scala Likert a 4 punti, da 0 ("per niente") a 3 ("moltissimo"). Il punteggio totale è compreso tra 0 e 30.

Il *Dermatitis Family Impact*, DFI (Lawson et al., 1998), valuta la QdV delle famiglie di bambini atopici, indagando lavori domestici, preparazione dei pasti, stato del sonno, tempo libero, shopping, costi, sentimenti di stanchezza e sentirsi esausti, stress emotivo, relazioni familiari e difficoltà legate al trattamento. È composto da 10 item, che fanno riferimento ai sette giorni precedenti cui è possibile rispondere su scala Likert a 4 punti. Il punteggio totale ha un range 0-30.

La *Visual Analogue Scale* (VAS) valuta la percezione soggettiva del genitore. È composta da una linea lunga 100 mm, che rappresenta la condizione della pelle del bambino, in cui il vertice sinistro ("0") indica un eczema lieve, mentre quello destro ("10"), rappresenta una condizione grave. Al genitore è richiesto di indicare sulla linea la propria percezione della gravità della dermatite del figlio.

Lo *SCORing Atopic Dermatitis* (SCORAD) (European Task Force on Atopic Dermatitis, 1993), valuta la gravità della DA del bambino fornendo un punteggio oggettivo, attraverso la misurazione dell'estensione e dell'intensità dei sintomi, ed uno soggettivo, riguardante il prurito e l'alterazione del sonno. Sommando tali punteggi si ottiene il valore dello SCORAD totale.

Valutazione psicométrica

La valutazione delle proprietà psicométriche della versione italiana del CADIS ha richiesto l'analisi della coerenza interna, della validità concorrente e discriminante e dell'attendibilità temporale. Le analisi statistiche sono state condotte attraverso lo Statistical Package for Social Science (SPSS versione 15.0).

Attendibilità interna

L'attendibilità interna è stata testata tramite l'Alpha di Cronbach. Esso può assumere tutti i valori compresi nel range tra 0 e 1: un indice elevato denota un'alta consistenza interna, suggerendo che il punteggio è attribuibile al costrutto misurato e non a variabili confondenti.

L'analisi dell'attendibilità interna del CADIS ha valutato il coefficiente di consistenza interna di ogni scala; per ogni item sono stati calcolati media, deviazione standard, range, indice di correlazione item-totale (che rileva quanto esso correli con la propria dimensione) e Alpha di Cronbach della scala se l'item viene eliminato.

Validità concorrente

Per rilevare la validità concorrente, il CADIS e le sue scale sono stati confrontati con DFI, CDLQI o IDQoL (a seconda dell'età del bambino) e VAS: poiché tali strumenti misurano la QdV di bambini atopici o delle loro famiglie, ci si aspetta di rilevare indici di correlazione elevati. I punteggi del CADIS e delle



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

scale sono stati, inoltre, correlati a quelli dello SCORAD, ritenendo che una maggiore severità della malattia sia associata ad un'elevata compromissione della QdV.

Validità discriminante

Per analizzare la validità discriminante, i pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi (DA lieve, moderata e grave), sulla base del punteggio ottenuto allo SCORAD. È stata, quindi, condotta un'analisi ANOVA univariata su una variabile a più livelli, per valutare se i punteggi dei pazienti ad ogni scala e al CADIS totale differiscono in modo significativo a seconda del gruppo di appartenenza.

Affidabilità temporale

L'affidabilità temporale è stata valutata attraverso il coefficiente "prodotto-momento" di Pearson (r): i valori che si avvicinano all'unità indicano che le due compilazioni sono correlate tra loro, suggerendo che lo strumento offre una certa stabilità nella misura del costrutto. Valori di r vicini allo 0, invece, indicano che le due compilazioni presentano notevoli differenze e che lo strumento non fornisce risultati stabili nel tempo. L'analisi dell'affidabilità test-retest del CADIS e delle scale ha valutato il grado di correlazione tra la somministrazione del questionario avvenuta il giorno della visita e quella effettuata a distanza di due giorni, intervallo di tempo scelto per evitare sia modifiche o fluttuazioni dello stato della DA sia il ricordo delle risposte fornite alla prima compilazione.

RISULTATI

Caratteristiche descrittive del campione

70 famiglie hanno accettato di partecipare allo studio; tuttavia, sei di queste, sono state escluse dalle analisi poiché il bambino atopico aveva un'età superiore a 6 anni. Il campione, pertanto, risulta composto da 64 soggetti. L'analisi dei dati descrittivi del campione è riportata nelle tabelle 1 e 2. I punteggi medi dello SCORAD (tabella 2) indicano che il campione è composto in prevalenza da soggetti con DA lieve o moderata.

Tabella 1: Dati socioanagrafici

Variabile	Bambini (n=64)		Variabile	Genitori (n=64)	
	Frequenza	n (%)		Frequenza	n (%)
Genere Bambino			Genere Genitore		
Maschi	30	(46,9)	Maschi	12	(18,7)
Femmine	34	(53,1%)	Femmine	52	(81,3)
Età media del bambino	32,8	mesi (SD=15,7; range=1-	Età media genitore	35,3	anni (SD=5,2; ran-
Provenienza			Stato civile		
Nord	62	(96,9)	Nubile/celibe	7	(10,9)
Centro	2	(3,1)	Coniugato/a	53	(82,8)
Sud	0		Separato/divorziato	3	(4,7)
Comorbilità			Occupazione		
Nessuna	56	(86,5)	Disoccupato	3	(4,7)
Angioma	2	(3,1)	Impiegati	18	(28,1)
Asma	2	(3,1)	Casalinghe	7	(10,9)
Allergia	3	(4,7)	Liberi professionisti	11	(17,2)
Asma ed allergia	1	(1,6)	Artigiani	3	(4,7)
Presenza di fratelli	34	(53,1)	Dirigenti	2	(3,1)
Figli unici	30	(46,9)	Operai	9	(14,1)
Malattie fratelli			Altro	11	(17,2)
Deramtite atopica	6	(9,4)	Malattie genitore		
Dermatite e asma	1	(1,6)	Dermatite atopica	6	(9,4)
Altro	1	(1,6)	Perdita giorni lavora-	0,93	(SD=3,00; range=0-15)
Scuola frequentata			Percezione spese legate		
Nessuna	29	(45,3)	Basse	12	(18,8)
Nido	11	(17,2)	Adequate	22	(34,4)
Materna	16	(25)	Elevate	30	(46,9)
Elementare	8	(12,5)			



DERMATITE ATOPICA E QUALITÀ DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO PILOTA

Tabella 2: Dati SCORAD e VAS.

Strumento	Media	DS	Minimo	Massimo
SCORAD oggettivo	26,1	14,9	5,3	64,6
SCORAD totale	30,0	18,3	5,3	78,6
VAS	4,2	2,6	0	10

Attendibilità interna

L'analisi dell'Alpha di Cronbach ha indicato che la versione italiana del CADIS presenta una buona consistenza interna, che varia da 0,740 (scala "Sonno"), a 0,904 (scala "Emozioni") (Tabella 3).

Riguardo alla scala "Sintomi", è emersa una consistenza interna di 0,895. Gli item mostrano una sufficiente correlazione item-totale, che varia da 0,549 (n.10) a 0,819 (n.6).

Nella scala "Limitazione delle attività/comportamento" è stata rilevata una sufficiente correlazione item-totale, che varia da 0,320 (n.27) a 0,709 (n.22). Tuttavia, eliminando l'item 27, l'Alpha della scala raggiungerebbe un valore di 0,775. La scala mostra, complessivamente, una consistenza interna di 0,771.

Riguardo alla scala "Funzionamento sociale e familiare", è emersa una consistenza interna di 0,794. Gli item mostrano una correlazione item-totale che varia da 0,051 (n.8) a 0,755 (n.5). L'item 8 possiede una correlazione item-totale bassa (0,051): la sua eliminazione aumenterebbe il punteggio dell'Alpha della scala (0,817).

Gli item della scala "Sonno" mostrano una correlazione item-totale che varia da 0,490 (n.36) a 0,647 (n.31). È emerso un valore basso all'item 36: la sua eliminazione implicherebbe un aumento dell'Alpha di Cronbach della scala. Complessivamente, tale dimensione presenta una consistenza interna di 0,790.

La scala "Emozioni" presenta una consistenza interna di 0,904. Gli item mostrano un buon livello di correlazione item-totale, che varia da 0,411 (n.16) a 0,749 (n.39).

Tabella 3: Alpha di Cronbach delle 5 dimensioni del CADIS

Scala	N. Item	Alpha di Cronbach
"Sintomi"	7	,895
"Lim. attività/comportamento"	9	,771
"Funz. Sociale e familiare"	9	,794
"Sonno"	3	,740
"Emozioni"	17	,904

Validità concorrente

L'analisi della validità concorrente indica che il CADIS e le scale correlano bene con tutti gli strumenti di confronto (DFI, IDQoL/CDLQI e VAS), con una significatività inferiore a 0,005 o 0,0005 (Tabella 4). In particolare, IDQoL e CDLQI mostrano una moderata correlazione con tutte le scale, il cui coefficiente varia da 0,461 ("Emozioni") a 0,597 ("Funzionamento sociale e familiare"). Il CADIS totale presenta un'indice di correlazione di 0,646 ($p<0,0005$). Il DFI corrella in modo significativo con tutte le scale, da un minimo di 0,521 ("Limitazione delle attività/comportamento") ad un massimo di 0,652 ("Funzionamento sociale e familiare"); il CADIS presenta un valore di 0,699 ($p<0,0005$). La VAS corrella significativamente con le scale, variando da 0,392 ("Limitazione delle attività/comportamento") a 0,569 ("Sintomi"); mentre con il CADIS totale ha ottenuto una correlazione positiva di 0,577 ($p<0,0005$).



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tabella 4: Indici della Validità Concorrente del CADIS e delle Scale

Scale	IDQoL/CDLQI	DFI	VAS
“Sintomi”	,584 **	,556 **	,569 **
“Lim. attività/comportamento”	,568 **	,521 **	,392 *
“Funz. Sociale e familiare”	,597 **	,652 **	,434 **
“Sonno”	,536 **	,541 **	,402 *
“Emozioni”	,461 **	,600 **	,493 **
CADIS totale	,646 **	,699 **	,577 **

* p<0,005, **p<0,0005

Per quanto riguarda lo SCORAD (Tabella 5), le analisi hanno rilevato che la scala “Emozioni” non correla significativamente né con quello oggettivo ($r=0,211$; $p=0,1$) né con quello totale ($r=0,249$; $p=0,51$). Il confronto tra lo SCORAD oggettivo e i punteggi delle altre scale mostra valori significativi che variano da 0,267 (“Sonno”) a 0,417 (“Funzionamento sociale e familiare”); anche lo SCORAD totale correla significativamente con tali scale, con un valore minimo di 0,318 (“Sonno”) e uno massimo di 0,455 (“Funzionamento sociale e familiare”). Il CADIS totale correla significativamente sia con SCORAD oggettivo ($r=0,369$; $p=0,003$), che totale ($r=0,416$; $p=0,001$).

Tabella 5: Indici di Correlazione tra lo SCORAD e il CADIS e le sue Scale

Scale	SCORAD oggettivo	SCORAD totale
“Sintomi”	0,355*	0,379*
“Lim. attività/comportamento”	0,372*	0,400*
“Funz. sociale e familiare”	0,417**	0,455**
“Sonno”	0,267*	0,318*
“Emozioni”	0,211°	0,249°
“CADIS”	0,368*	0,416*

* p<0,005, **p<0,0005, °valore di p non significativo

Validità discriminante

Basandosi sul punteggio ottenuto allo SCORAD oggettivo, 18 soggetti sono stati diagnosticati “lievi”, 31 “moderati” e 13 “gravi”. Sono stati, quindi, confrontati i punteggi medi dei gruppi ad ogni scala e al CADIS totale (Tabella 6).

Tabella 6: Validità discriminante tra SCORAD oggettivo e CADIS totale

Scala	Lieve (n=18)		Moderato (n=31)		Grave (n=13)		F	Sig.
	Media (ds)	Range	Media (ds)	Range	Media (ds)	Range		
Sintomi	28,96 (27,47)	15,30-42,62	41,59 (22,50)	33,34-49,85	54,92 (14,53)	46,14-63,70	4,958	0,010*
Limitaz.	10,95 (10,05)	5,95-15,95	17,47 (13,64)	12,46-22,47	24,77 (18,85)	13,39-36,17	3,700	0,031*
Funzion.	5,40 (8,86)	0,999-9,81	5,82 (7,997)	2,89-8,76	17,10 (15,75)	7,59-26,62	6,372	0,003**
Sonno	21,75 (30,80)	6,44-37,07	17,47 (19,76)	10,22-24,72	40,39 (27,61)	23,70-57,07	3,899	0,026*
Emozioni	13,89 (11,05)	8,40-19,39	23,67 (18,39)	16,92-30,42	23,54 (12,48)	16,00-31,08	2,538	0,088°
CADIS Tot.	14,48 (11,67)	8,68-20,29	21,24 (13,59)	16,25-26,22	28,51 (13,66)	20,25-36,76	4,369	0,017*

*p<0,05, **p<0,005, ° valore di p non significativo

Le differenze tra pazienti “Lievi” e “Gravi” (test Post Hoc di Tukey $p<0,05$) sono emerse alle scale “Sintomi” ($F=4,958$; $df=2$; $p=0,01$), “Limitazione delle attività/comportamento” ($F=3,700$; $df=2$; $p=0,031$) e al CADIS totale ($F=4,369$; $df=2$; $p=0,017$). La scala “Funzionamento sociale e familiare” presenta una differenza significativa ($F=6,372$; $df=2$; $p=0,003$) fra i punteggi del gruppo Lieve e quelli del Grave (test post hoc di Tukey $p=0,004$) e i punteggi del gruppo Moderato e quelli del Grave (test post hoc di Tukey $p=0,008$). Le differenze significative emerse alla scala “Sonno” ($F=3,899$; $df=2$; $p=0,026$) sono risultate legate ad una differenza tra i punteggi dei soggetti “Moderati” e “Gravi” (test post hoc di Tukey $p<0,05$). Alla scala “Emozioni” non è emersa alcuna differenza significativa ($F=2,538$; $df=2$; $p=0,088$).



DERMATITE ATOPICA E QUALITÀ DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO PILOTA

I punteggi ottenuti allo SCORAD totale hanno permesso di distinguere 46 soggetti “lievi”, 9 “moderati”, 7 “gravi”. Anche in questo caso sono stati comparati i punteggi medi ottenuti dai tre gruppi al CADIS totale e alle scale (Tabella 7).

Tabella 7: Validità discriminante tra SCORAD totale e CADIS totale

Scala	Lieve (n=46)		Moderato (n=9)		Grave (n=7)		F	Sig.
	Media (ds)	Range	Media (ds)	Range	Media (ds)	Range		
Sintomi	37,50 (24,38)	30,26-44,74	41,26 (24,34)	22,54-59,97	61,20 (11,36)	50,69-71,71	3,122	0,050*
Limitaz.	15,64 (12,73)	11,85-19,42	16,36 (20,57)	0,54-32,16	27,77 (15,46)	13,87-42,07	2,192	0,121*
Funzion.	5,61 (8,29)	3,15-8,08	11,12 (13,68)	0,60-21,63	20,25 (16,25)	5,22-35,28	6,685	0,002**
Sonno	19,20 (24,21)	12,01-26,39	29,63 (28,91)	7,41-51,86	44,05 (27,93)	18,21-69,88	3,240	0,046*
Emoz.	18,93 (13,98)	14,76-23,08	26,49 (25,89)	6,90-46,08	25,84 (10,67)	15,97-35,71	1,268	0,289*
CADIS	18,52 (12,30)	14,87-22,17	23,89 (18,79)	9,45-38,33	31,82 (11,43)	21,25-42,40	3,329	0,043*

*p<0,05, **p<0,005, °valore di p non significativo

Sono emerse differenze significative tra pazienti “Lieve” e “Gravi” (test Post Hoc di Tukey $p<0,05$) alla scala “Sintomi” ($F=3,122$; $df=2$; $p=0,05$), “Funzionamento sociale e familiare” ($F=6,685$; $df=2$; $p=0,002$), “Sonno” ($F=3,24$; $df=2$; $p=0,046$) e al CADIS totale ($F=3,32$; $df=2$; $p=0,043$). Non sono emerse differenze significative tra i gruppi per le scale “Limitazione delle attività/comportamento” ($F=2,192$; $df=2$; $p=0,121$) e “Emozioni” ($F=1,268$; $df=2$; $p=0,289$).

Affidabilità temporale

La stabilità dei punteggi ottenuti al CADIS alle due somministrazioni è stata valutata su un campione limitato di soggetti ($n=32$, pari al 50%) a causa del drop-out. I valori ottenuti devono, pertanto, essere letti con cautela.

I punteggi delle scale forniti dai soggetti alle due somministrazioni correlano significativamente (Tabella 8), variando da 0,417 (“Sintomi”) a 0,561 (“Sonno”). Anche i punteggi del CADIS totale correlano positivamente in modo significativo ($r=0,416$; $p=0,001$). La versione italiana del CADIS, pertanto, ha mostrato di possedere una discreta affidabilità nel tempo.

Tabella 8: Indici dell'Attendibilità Test-Retest del CADIS

Scala	r di Pearson	Sign. (2-CODE)
“Sintomi”	,417	p=0,001
“Lim. attività/comportamento”	,509	p<0,0001
“Funz. Sociale e familiare”	,496	p<0,0001
“Sonno”	,561	p<0,0001
“Emozioni”	,452	p<0,0001
CADIS totale	,416	p=0,001

DISCUSSIONE

Le analisi mostrano che la versione italiana del CADIS presenta un'affidabilità interna da buona a robusta in base alla scala considerata, una buona validità concorrente se comparata a strumenti paralleli e una discreta affidabilità temporale (il campione del retest è costituito da soli 32 soggetti). Tuttavia, il ridotto numero di soggetti reclutati non ha permesso di effettuare un'analisi fattoriale dello strumento.

Il CADIS ha dimostrato di possedere un'alta consistenza interna: tutte le scale riportano un'Alpha di Cronbach superiore a 0,70, soglia che indica un accettabile livello di affidabilità. Due scale (“Emozioni” e “Sintomi”) presentano un indice superiore a 0,80. Anche l'analisi della correlazione item-totale ha confermato l'elevata consistenza interna, indicando che nel complesso gli item sono strettamente intercorrelati tra loro e danno un reale contributo alla misura del costrutto, tanto che la loro eliminazione comporterebbe una riduzione dell'Alpha. Tuttavia, tre item sono apparsi deboli:



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Item 8 (“Funzionamento sociale e familiare”): “Mi dà fastidio che questa malattia della pelle incida sul rapporto con i nostri parenti”

Item 27 (“Limitazione delle attività/comportamento”): “Alcuni tessuti o vestiti sembrano dare fastidio alla pelle di mio figlio”

Item 36 (“Sonno”): “Mi infastidisce che mio figlio/mia figlia dorma nel mio letto”

La minore correlazione di tali item può essere legata alle differenze tra contesto italiano e statunitense, in cui è stata realizzata la versione originale del questionario. Tali item, inoltre, potrebbero essere minati da variabili confondenti, quali l’età del bambino o le abitudini familiari (tendenza a tenere il bambino nel proprio letto, tipologia del nucleo familiare, etc.). Per quanto riguarda l’item 27, ad esempio, è possibile che la presenza della DA induca i genitori a modificare gli abiti indossati dal figlio, optando verso tessuti in cotone ed anallergici: in tal caso, il basso punteggio sarebbe legato a tale motivazione e non ad una bassa rilevanza dell’item.

Per quanto riguarda la validità concorrente, la versione italiana del CADIS e le scale correlano in modo altamente significativo con gli strumenti di comparazione. Tutte le scale mostrano un valore di r compreso in un range tra 0,5 e 0,6. Il minor livello di correlazione si è registrato tra la scala “Limitazione delle attività/comportamento” e la VAS. In particolare, dai risultati è emerso che le scale che indagano le aree riguardanti il funzionamento e il benessere dei genitori (“Funzionamento sociale e familiare”, “Sonno” e “Emozioni”) mostrano il maggior grado di correlazione con il DFI, strumento atto alla rilevazione della QdV familiare. La correlazione tra CADIS e SCORAD ha rilevato un’associazione tra l’aggravarsi della condizione cutanea ed una minore QdV. Le analisi hanno, inoltre, rilevato correlazioni altamente significative tra lo SCORAD e le scale “Sintomi”, “Limitazione delle attività/comportamento”, “Funzionamento sociale e familiare” e “Sonno”, indicando che tali aree tendono ad essere maggiormente compromesse nei pazienti atopici gravi. Non è stato, invece, possibile, rilevare una correlazione significativa con la scala “Emozioni”: ciò può essere legato alla distanza tra l’area indagata da tale scala e gli aspetti fisici rilevati dallo SCORAD. Tale spiegazione è plausibile in quanto lo SCORAD totale, che valuta anche lo stato di prurito e sonno, mostra una maggiore correlazione (benché non significativa) con la scala rispetto allo SCORAD oggettivo. Ciò può far ritenere che analisi successive, condotte su un campione più ampio, rilevino correlazioni significative anche in tale area.

La versione italiana del CADIS ha, inoltre, dimostrato una buona validità discriminante. Le scale “Sintomi”, “Funzionamento sociale e familiare”, “Sonno” e il CADIS totale appaiono sensibili nel discriminare i soggetti lievi da quelli gravi, ma non quelli moderati, misurati sia attraverso lo SCORAD oggettivo che totale. La scala “Funzionamento sociale e familiare” riesce a discriminare tra pazienti moderati e gravi: tuttavia, tale risultato è emerso solo attraverso la comparazione con i punteggi forniti dallo SCORAD oggettivo e non con quello totale. Per quanto riguarda la scala “Limitazione delle attività/comportamento”, è stata rilevata una significativa capacità nel discriminare soggetti lievi e gravi, ma solo se valutati con lo SCORAD oggettivo; i risultati ottenuti allo SCORAD totale, infatti, non hanno rilevato differenze significative. La scala delle “Emozioni” non è riuscita a discriminare in modo significativo tra i livelli di gravità della malattia misurati con SCORAD oggettivo e totale. Tale punto di debolezza della scala può essere legato al fatto che essa indaga il costrutto, la dimensione emozionale, che maggiormente si allontana rispetto agli aspetti prettamente fisici rilevati dallo SCORAD, sia oggettivo che totale.

La versione italiana ha dimostrato un buon livello di affidabilità test-retest, indicando che lo strumento possiede un certo grado di stabilità nel tempo. Nonostante i valori di correlazione di r non appaiano elevati (indici compresi tra 0,4 e 0,5), tutti i confronti risultano significativi. Si può ipotizzare che tali indici siano stati indeboliti dal forte drop-out che ha interessato il campione (il 50%). Per tale ragione, si ipotizza che successive analisi, condotte su un campione consistente, possano confermare i risultati fornendo indici di correlazione più elevati.

CONCLUSIONI

Lo studio pilota ha rilevato buone potenzialità dello strumento. Esse saranno approfondite in seguito alla somministrazione su un campione più ampio di soggetti, rappresentativo della popolazione italiana di bambini affetti da DA e dei relativi genitori. È auspicabile che le promettenti proprietà psicome-

**DERMATITE ATOPICA E QUALITÀ DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA: STUDIO PILOTA**

triche dello strumento nella versione italiana possano consentirne un utilizzo sia clinico che di ricerca. Caratteristica del CADIS, infatti, è la possibilità di indagare l'impatto della malattia sia sul bambino che sul genitore somministrando un unico strumento. In particolare, esso consente di valutare in modo approfondito lo stato emotivo del genitore; tale aspetto appare di particolare interesse all'interno di un programma di *care*, in quanto gli aspetti emotivi sono rilevanti nel mantenimento della patologia e nell'alterazione della compliance di pazienti e genitori (Charman et al., 2000). L'attenzione verso gli aspetti psicologici assume, pertanto, un'importanza cruciale nella pianificazione di progetti di intervento per la prevenzione di esacerbazioni fisiche o di situazioni di stress e isolamento comportati dalla malattia.

BIBLIOGRAFIA

- Chamlin, S., Lai, J.S., Frieden, I.J., Williams, M.L., Mancini, A.J., Cella, D. e Chren, M.M. (2005). Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality of life measure for young children with atopic dermatitis and their families. *Journal of Investigative Dermatology*, 125, 1106-1111.
- Chamlin, S., Lai, J.S., Cella, D., Frieden, I.J., Williams, M.L., Mancini, A.J. e Chren, M.M. (2007). Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale Reliability, Discriminative and Concurrent Validity, and Responsiveness. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 143, 768-772.
- Charman, C.R., Morris, A.D. e Williams, H.C. (2000). Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *British Journal of Dermatology*, 142, 931-936.
- European Task Force on Atopic Dermatitis. (1993). Severity scoring of atopic dermatitis; the SCORAD Index. *Dermatology*, 186, 23-31.
- Kay, J., Gawkrodger, D.J., Mortimer, M.J. e Jaron, A.G. (1994). The prevalence of childhood atopic eczema in the general population. *Journal of American Academy of Dermatology*, 30, 35-39.
- Lawson, V., Lewis-Jones, M.S., Finlay, A.Y., Reid, P. E Owens, R.G. (1998). The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire. *British Journal of Dermatology*, 138, 107- 113.
- Lewis-Jones, M.S. e Finlay, A.Y. (1995). The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *British Journal of Dermatology*, 132, 942-949.
- Lewis-Jones, M.S., Finlay, A.Y. e Dykes, P.J. (2001). The Infants' Dermatitis Quality of Life Index. *British Journal of Dermatology*, 144, 104-110.
- Magrini, M. e Pitter, M. (1999). *La dermatite atopica tra soma e psiche, tra pediatria e psicoanalisi*, in: Trombini, E. (a cura di), *Genitori e figli in consultazione*, Urbino, Quattro Venti.
- Mozaffari, H., Pourpak, Z., Pourseyed, S., Movahadi, M., Farhoodi, A. e Moin, M. (2007). Quality of life in atopic dermatitis patients. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 40, 260-264.
- Peroni D.G., Piacentini G.L., Bodini, A., Rigotti, E., Pigozzi, R. e Boner A.L. (2008). Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in preschool children. *British Journal of Dermatology*, 158, 539-543.
- Smidesang, I., Saunes, M., Storro, O., Oien, T., Holmen, T.L., Johnsen, R. and Henriksen, H. (2008). Atopic Dermatitis Among 2-Years Olds; High Prevalence, but Predominantly Mild Disease—The PACT Study, Norway. *Pediatric Dermatology*, 25, 13-18.
- Zuberbier, T., Orlow, S.J., Paller, A.S., Taieb, A., Allen, R., Hernanz- Hermosa, J.M., Ocampo-Candiani, J., Cox, M., Langeraar, J. e Simon, J.C. (2006). Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 118, 226-232.

*Fecha de recepción: 28 febrero 2009**Fecha de admisión: 19 marzo 2009*