

Riproduzione della scala e della scheda socio-sanitaria FIM nel contesto di documentazione istituzionale

Problemi legali e tecnico-statistici

La riproduzione della scheda-scala FIM è resa del tutto libera e gratuita per uso personale. Questo significa che il singolo operatore può benissimo costruirsi un archivio personale di schede FIM ed elaborarle come meglio ritiene (per esempio a scopo di ricerca). Le schede possono essere "accoppiate" in vario modo a cartelle cliniche di degenza o ambulatoriali ma soltanto per pura comodità di analisi del singolo operatore. Esse non possono costituire – salvo specifici accordi di licenza – una componente ufficiale della documentazione istituzionale. Per esempio le schede non dovrebbero essere riprodotte fotostaticamente insieme con la cartella clinica quando il paziente ne richiede copia presso la Direzione Sanitaria. Per lo stesso motivo l'Amministrazione della struttura non dovrebbe utilizzare i dati FIM per suoi scopi gestionali/amministrativi e quindi, per esempio, nemmeno dovrebbe inserirli in tutto o in parte all'interno dei suoi sistemi informatici.

È pienamente accettabile, invece, riportare nelle cartelle cliniche di degenza o ambulatoriali, così come nelle lettere di dimissioni, il punteggio FIM globale o disaggregato in sottopunteggio motorio e cognitivo. Si tratta né più né meno che di uno in più fra i molti altri elementi di informazione, misura, valutazione e decisione di cui questi documenti si compongono. È comunque opportuno riportare sul referto la dizione:

FIM-Functional Independence Measure, versione italiana autorizzata.

FIM™ è un marchio di Uniform Data

System for Medical Rehabilitation, UB Foundation Inc., Buffalo NY, USA.

Non soltanto non viene autorizzata la riproduzione grafica su supporti istituzionali della scheda/scala FIM ma si sconsiglia fortemente anche di riportare in descrizioni ufficiali esterne all'Ente i punteggi relativi alle singole voci. Questa prassi, infatti, si presta a critiche dal punto di vista strettamente statistico ed è anche fonte di potenziali problemi in sede medico-legale.

Ci si potrebbe chiedere perché mai nel caso della FIM (ma il discorso, evidentemente, vale in generale per questo tipo di strumenti) vi sia chi inventa scale con diverse voci quando sarebbe molto più semplice utilizzare un analogo visivo di "disabilità" (il classico segmento di 10 cm con due estremi definiti: totale dipendenza, totale autosufficienza) o meglio ancora una scala con un solo item e un certo numero di livelli "ancorati" a descrizioni quantitative del tipo: lieve/medio/grave o similari (scala tipo Likert). Ebbene uno fra i molti motivi per cui le scale item-risposta come la FIM contengono diverse voci è il tentativo di contrastare il "random error" che per definizione affligge qualsiasi misura, ma in particolare le misure psico-comportamentali. Semplificando si può dire che l'errore casuale tende ad affliggere in opposte direzioni (casualmente, appunto) le misure su diverse voci. La sovrastima di una voce tende ad essere compensata dalla sottostima di un'altra. Que-

sto – ferme restando molte altre qualità psicometriche qui non richiamate – rende tanto più affidabile (*reliable*) la misura quanto più numerose sono le voci che compongono una scala. La *reliability* della FIM (misurabile – secondo la definizione più corretta e generale del termine – come il rapporto [$error\ variance / (true + error\ variance)$]) è dimostratamente molto elevata per i punteggi cumulativi (su almeno 5 voci, come nel caso del sottopunteggio cognitivo) ma non è altrettanto elevata per le singole voci. Secondo stime So.ge.com su dati nazionali un punteggio FIM motorio – per esempio – di 75 (su un range potenziale 13-91) ha dei limiti di confidenza del 95% inferiore a 2 punti, una precisione davvero notevole. Tuttavia data la natura discreta del punteggio unitario, compreso fra 1 e 7, vi possono essere errori importanti (sia pure in direzione opposta) in singole voci. Uno o due punti su un punteggio – supponiamo – di 5 è un errore

accettabile in un pro-memoria tenuto dal singolo operatore ma diviene criticabile se poi si prendono importanti decisioni cliniche o amministrative relative alla singola persona, basate sulla singola rilevazione di punteggio, da parte di un singolo operatore, su un singolo paziente in quella singola voce.

Si consideri poi, del tutto pragmaticamente, che in sede di eventuali contestazioni medico-legali il riscontro di “errori” su una o più voci verrebbe facilmente frainteso come dimostrazione di inaffidabilità del punteggio complessivo e della procedura di misurazione in quanto tale: laddove invece – proprio per i motivi statistici sopra richiamati – per definizione le scale multi-items hanno proprio lo scopo di aumentare l'affidabilità della misura cumulativa rispetto all'affidabilità delle misure prese sulle diverse voci singolarmente considerate.