

CZU: 616.24-002.153:616-036.865

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2023.3-77.43>

DE LA ABORDARE MEDICALĂ LA CEA BIO-PSIHOSOCIALĂ A PACIENȚILOR CU BPOC PRIN PRISMA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII

Diana CONDRĂȚCHI

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc", Chișinău, Republica Moldova

e-mail: diana.condratchi@gmail.com

Rezumat.

În lucrare este prezentată revista literaturii, în care se aduc rezultatele cercetărilor referitor la parcursul expertizei medico-sociale în ani, pornind de la expertiza medicală și de muncă și cu elucidarea ultimelor abordări bio-psihosociale ale persoanei cu dizabilități. Totodată, în articol sunt reflectate principiile de implementare al Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la pacienții cu BPOC. Ca sursă de literatură științifică au fost utilizate următoarele baze de date: Google Scholar, PubMed și eLibrary. Cuvintele cheie care au fost folosite în căutare: „BPOC”, „CIF”, „coduri numerice”, „model bio-psihosocial al dizabilității”.

Cuvinte cheie: BPOC, CIF, coduri numerice, model bio-psihosocial al dizabilității.

Summary. From the medical to the bio-psycho-social approach of COPD patients through the lens of the International Classification of Functioning, Disability and Health

The article presents the literature review, in which the results of the research regarding the course of the medico-social expertise over the years are presented, starting from the medical and work expertise and with the elucidation of the latest bio-psycho-social approaches of the disabled person. At the same time, the article reflects the principles of implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in patients with COPD. The following databases were used as a source of scientific literature: Google Scholar, PubMed and eLibrary. The keywords that were used in the search: "COPD", "CIF", "numeric codes", "bio-psycho-social model of disability".

Keywords: COPD, CIF, numerical codes, bio-psycho-social model of disability.

Резюме. От медицинского к биопсихосоциальному подходу к пациентам с ХОБЛ через призму Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья

В статье представлен обзор литературы, в котором представлены результаты исследований динамики медико-социальной экспертизы за разные годы, начиная с врачебно-трудовой экспертизы и заканчивая описания новейших биопсихосоциальных подходов к инвалидам. При этом в статье отражены принципы внедрения Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья у больных ХОБЛ. В качестве источников научной литературы использовались следующие базы данных: Google Scholar, PubMed и eLibrary. Ключевые слова, которые использовались при поиске: «ХОБЛ», «МКФ», «числовые коды», «биопсихосоциальная модель инвалидности».

Ключевые слова: ХОБЛ, МКФ, числовые коды, биопсихосоциальная модель инвалидности.

Introducere.

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) reprezintă o maladie cu povară semnificativă pe sănătate publică, caracterizată prin pondere înaltă de subdiagnosticare (aproximativ 384 de milioane de oameni din întreaga lume sunt cunoscuți cu BPOC) [5, 9]. Este de remarcat faptul că în 1990, BPOC ocupa locul 12 printre principalele cauzele de dizabilitate, iar către anul 2020 a intrat în primele cinci locuri și cedează după acest indicator numai bolilor coronariene, depresiei, traumatismelor ca urmare a accidentelor de circulație și bolilor cerebrale vasculare. Prin urmare, se estimează că peste jumătate dintre pacienții cu BPOC sunt nediagnosticsați [3], evoluția insidiosă progresivă și dificultăți de tratament, toate în

ansamblu duc la o povară semnificativă a bolii și la creșterea dizabilității în rândul pacienților.

Scop.

Elucidarea ultimelor abordări bio-psihosociale ale persoanei cu dizabilități

Material și metodă.

S-a analizat rezultatele cercetărilor referitor la parcursul expertizei medico-sociale în ani. Totodată, în articol sunt reflectate principiile de implementare al Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la pacienții cu BPOC. Ca sursă de literatură științifică au fost utilizate următoarele baze de date: Google Scholar, PubMed și eLibrary. Cuvintele cheie care au fost folosite în căutare: „BPOC”, „CIF”, „coduri numerice”, „model bio-psihosocial al dizabilității”.

Rezultate și discuții.

În Republica Moldova conceptul de dizabilitate a evoluat de-a lungul timpului de la expertiza medicală și de muncă a invalizilor, care erau priviți doar din perspectiva aptitudinilor de prestare a activității de muncă până la primele încercări de aplicare a modelului bio-psihosocial de abordare a persoanelor cu dizabilități.

Secolul XX a fost marcat prin elaborarea primelor decrete, ordine, legi cu privire la persoanele cu dizabilități. În Republica Moldova, ca parte componentă al URSS, persoana cu dizabilități era definită ca „invalid”, iar procedura de stabilire a invalidității se rezuma doar la aspectele de prestare a activității de muncă. În baza decretului Consiliului Comisarilor Poporului din 16 noiembrie 1917 pentru implementarea procedurii de stabilire a invalidității a fost creat un institut organizatoric și structural specializat - expertiza medicală și de muncă, după care a urmat înființarea Comisiilor de control medical, funcția cărora a fost verificarea corectitudinii diagnozelor medicilor curanți, determinarea invalidității temporare și expertiza capacității de muncă [14].

În anul 1923 conform decretului Consiliul Comisarilor Poporului a fost introdus așa-numitul sistem de divizare al invalizilor în 3 grupuri: invaliditatea de gradul I era atribuită persoanelor care și-au pierdut complet capacitatea de muncă și necesită îngrijiri; de gradul II – persoanelor care și-au pierdut complet capacitatea de a munci în propria profesie, cât și în orice altă profesie; gradul III – persoanelor incapabile de a munci sistematic conform profesiei proprii, dar cu păstrarea capacității de muncă pentru a o aplica: a) la muncă într-un regim intermitent, b) la o zi de muncă redusă, c) într-o altă profesie care implică un grad redus de calificare. În 1990, Sovietul Suprem al URSS adoptă conceptul de Politici de stat pentru persoanele cu invaliditate și Legea „Cu privire la principiile de bază ale protecției sociale a persoanelor cu invaliditate în URSS”. Legea prevedea crearea condițiilor necesare pentru dezvoltare individuală, realizarea posibilităților și abilităților creative și profesionale ale invalizilor. Acest document normativ conținea idei foarte progresiste, principala dintre acestea fiind transferul centrului de greutate de la formele pasive de suport la reabilitarea și integrarea invalizilor în societate. În cazul implementării acestor abordări situația persoanelor cu dizabilități ar putea fi schimbată semnificativ, dar evenimentele sociale și politice din 1991 au schimbat dramatic situația socio-economică și politică din URSS și Republica Moldova, inclusiv [8].

În 1991 prin decizia Parlamentului Republicii Moldova a fost adoptată Legea nr. 821 din 24.12.1991 “Privind protecția socială a invalizilor” în care este

prevăzut că invalizii în Republica Moldova se bucură de toate drepturile sociale economice și personale.

Următorul salt în conceptul de invaliditate a avut loc în 2004, când prin Hotărârea de Guvern nr. 746 din 30.06.2004 „Cu privire la expertiza medicală a vitalității” se creează Departamentul Expertiză Medicală a Vitalității, care are ca sarcină principală determinarea și evaluarea dereglărilor funcționale și structurale ale organismului uman de a participa la realizarea unor probleme situaționale vitale. În anul 2006 prin Hotărâre de Guvern nr. 688 din 20.06.2006 “Cu privire la expertiza medicală a vitalității” au fost aprobate consiliile de expertiză medicală a vitalității republican și teritoriale.

Anul 2010 a fost un an de reformă în ceea ce privește abordarea incapacității temporare de muncă și a expertizei medicale a vitalității. Prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 490 din 15.07.2010 “Cu privire la Consiliile Medicale Consultative” se pune ca scop micșorarea numărului și duratei cazurilor de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă. Consiliile Medicale Consultative Comune, care sunt subdiviziunile Centrului Medicilor de Familie, vor decide asupra trimerii pacienților la Consiliu de Expertiză Medicală a Vitalității, fapt care menține abordare strict medicală a persoanelor cu dizabilități, fără a se evalua randamentul persoanei din punct de vedere al capacităților, potențialului și a barierelor, care ar putea fi înlăturate pentru facilitarea funcționalității persoanei cu dizabilități. Această abordare se asocia cu o serie de riscuri: tratarea persoanelor cu dizabilități doar prin prisma modelului medical se solda cu determinarea neargumentată a dizabilității, realizată doar în baza actelor medicale, astfel încadrarea într-un grad de dizabilitate se putea oferi persoanelor la care activitatea și participarea nu erau afectate și viceversa – putea să nu se ofere grad de dizabilitate persoanelor cu afectarea activității, participării, barierelor din categoria factorilor de mediu, la care deficiențele de structură și funcție nu erau semnificative.

În anul 2010, Republica Moldova ratifică Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități prin adoptarea Legii nr. 166-XVIII din 09.07.2010, demonstrând voința politică în ajustarea legislației și practicilor naționale la prevederile Convenției.

În 2012 este abrogată Legea nr. 821-XII din 24.12.1991 privind protecția socială a

invalizilor, în care “Invalidul este definită persoana care în legătură cu limitarea activității vitale ca urmare a defectelor fizice sau mintale, are nevoie de asistență și protecție socială” și adoptă în Parlament o altă Lege nr. 60 din 30.03.2012 “Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”. Din punct de vedere conceptual, noua lege prevede asigurarea

drepturilor persoanelor cu dizabilități în egală măsură cu alți cetățeni la: protecție socială, asistență medicală, reabilitare, educație, muncă, viață publică, mediul fizic, transport, tehnologii și sisteme informaționale, de comunicare și la alte utilități și servicii la care are acces publicul larg. Pentru legislația Republicii Moldova, anul 2012 este marcat prin debutul tranziției de la modelul medical de abordare a persoanelor cu dizabilități la modelul social, astfel, urma ca Republica Moldova să continue să-și ajusteze legislația și să alinieze politicile cu prevederile Convenției.

În anul 2013 este aprobată Hotărâre de Guvern nr. 65 din 23.01.2013 “Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”, act normativ, care prevede reorganizarea și descentralizarea serviciului de determinare a dizabilității și capacității de muncă în care este stipulat despre crearea Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă prin reorganizarea Consiliului republican de expertiză medicală a vitalității și crearea Consiliilor specializate: profil oncologie; profil ftiziopneumologie și infecții; profil psihiatrie și profil pediatrie, precum și a Consiliilor teritoriale pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă (22 consilii). Întru executarea prevederilor Legii nr.60 din 30.03.2012 “Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități” a fost emis Ordinul comun, interministerial dintre Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerul Sănătății nr. 12/70 din 28.01.2012 “Cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte”. Prin urmare, acest act normativ urmărește câteva limitări, care necesită ajustări și aliniere la abordări comprehensive ale dizabilității prin prisma modelului bio-psihosocial. De exemplu, chiar dacă la 21 septembrie 2010 Republica Moldova a ratificat Convenția ONU care se bazează pe mutarea accentului de la modelul strict medical al dizabilității (lezarea funcțiilor și structurilor corpului (stabilirea cauzei bolii și atribuirea statutului de „handicap”)), acest ordin oricum s-a limitat în mare parte pe evaluarea dizabilității prin prisma medicală – în punctul 1 al Ordinului se aprobă Criteriile medicale de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte, iar la capitolul definiții expertiza se definește ca și “Expertiza medicală a capacității de muncă care este o formă de asistență medico-socială care evaluează deficiențe funcțional-structurale și capacitatea de muncă a persoanelor cu diferite tulburări morfologice și funcționale, în vederea stabilirii prestațiilor de asigurări sociale și măsurilor de protecție din partea statului și societății”. Totodată, în punctul 4 al ordinului este stipulat că Criteriile medicale de determinare a dizabilității servesc de bază pentru stabilirea dizabi-

lității și capacității de muncă restantă, fapt care vine în contradicție cu principiile modelului comprehensiv bio-psihosocial de abordare a persoanei cu dizabilități. Prin urmare, la rubrica Expertizarea în bolile aparatului respirator, în special, în BPOC sunt trasate doar metodele clinice, paraclinice, instrumentale și de laborator, care evaluează doar modelul medical al dizabilității, iar modelului social îi revine doar aprecierea activității vieții zilnice ce este mai mult decât insuficient pentru înțelegerea profilului psiho-social al persoanei expertizate.

Următorii ani în Republica Moldova continuă procesul de optimizare, aliniere și adaptare a actelor normative autohtone la abordări și standarde europene.

Așa cum dizabilitatea întotdeauna reflectă nu doar despre limitări fizice, ci și despre cele sociale: dificultăți de învățare, de angajare în câmpul muncii, de deplasare, etc. în acest context, în Republica Moldova în anul 2018 este emisă Hotărârea de Guvern nr. 357 din 18.04.2018 „Cu privire la determinarea dizabilității” în care se aprobă organizarea și funcționarea Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă și structurilor teritoriale, care cuprinde 41 structuri cu 56 unități. În paragraful IV, punctul 23 al acestei Hotărâri de Guvern deja se specifică că „la luarea deciziei privind gradul de dizabilitate, precum și la stabilirea termenului, se ține cont de eficiența măsurilor de reabilitare medicală și profesională, a *serviciilor sociale, de formare și orientare profesională, educaționale*. Încadrarea/ne-încadrarea în grad de dizabilitate se decide de către majoritatea membrilor echipei...”.

Prin urmare, în următoarea Hotărâre de Guvern nr. 469 din 08.07.2020 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 357/2018 cu privire la determinarea dizabilității în punctul 23 se menționează că: „la luarea deciziei privind gradul de dizabilitate, precum și la stabilirea termenului, managerii de caz țin cont de recomandările experților serviciului pentru determinarea gradului de dizabilitate (*asistentul social, psihopedagogul, reabilitologul și alți experți din domeniul medical*) și de eficiența măsurilor de reabilitare medicală și profesională, a *serviciilor sociale, de formare și orientare profesională, educaționale*. Încadrarea / ne-încadrarea în grad de dizabilitate se decide de către managerii de caz, după consultarea în mod obligatoriu a experților serviciului pentru determinarea gradului de dizabilitate (*asistentul social, psihopedagogul, reabilitologul și alți experți din domeniul medical*), care examinează dosarul și prezintă recomandări”.

Abordarea multidisciplinară, multilaterală din cadrul procesului de expertiză medico-socială (MSE) și de reabilitare reprezintă elementele cheie ale sistemului de asigurare a persoanelor cu dizabilități cu

condiții individuale, necesare pentru a depăși limitările funcționalității, având ca scop crearea de șanse egale pentru participarea și activitatea lor în societate. Această abordare a reieșit din faptul că pentru orice caz clinic doar stabilirea diagnosticului și rezolvarea maladiei nu este suficientă, privind prin prisma modelului bio-psihosocial al bolii, este necesară evaluarea per ansamblu a consecințelor bolii pentru o recuperare funcțională și socială optimă. Aceste lacune în managementul pacienților a influențat necesitatea în integrarea abordărilor medicale și sociale a pacienților cu aceleași maladii.

O parte integrantă al expertizei medico-sociale reprezintă evaluarea impactului bolii asupra organismului uman. Experții Organizației Mondiale a Sănătății au propus în anul 2001 Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilităților și Sănătății (CIF), care permite o descriere detaliată a nivelurilor de funcționare a individului în societate și în mediu, ținând cont atât de consecințele bolii, cât și de influența pozitivă și negativă a factorilor de mediu [15]. CIF se bazează pe o integrare a modelului medical și social al dizabilității, care îl deosebește de toate clasificările anterioare utilizate în expertiza medico-socială [12].

Spre deosebire de Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM-10) care evaluează consecințele maladiilor pe principiul său etiologic, CIF este o clasificare a componentelor sănătății și evaluează funcționarea și limitările funcționalității prin prisma abordării bio-psihosociale [7]. Utilizarea CIF, face posibilă explorarea cu precizie a naturii și severității restricțiilor de participare, precum și a limitărilor de funcționalitate, fapt care permite argumentarea științifică al volumului de acordare al asistenței medicale și a măsurilor de protecție sociale pentru pacienți [6].

CIF reprezintă un instrument util pentru implementarea instrumentelor internaționale privind drepturile omului, inclusiv Declarația privind drepturile persoanelor cu dizabilități, precum și legislația națională. În cadrul Organizației Națiunilor Unite, CIF este folosită ca una dintre clasificările sociale, la care se face referire și cu ajutorul căreia este implementat „Regulamentul standard privind șanse egale pentru persoanele cu dizabilități” și alte documente internaționale. Prin urmare, CIF include toate aspectele sănătății umane și unele dintre componentele bunăstării legate de sănătate, descriindu-le în termeni de domenii de sănătate și anume seturilor comune de funcții fiziologice, structuri anatomice, acțiuni, sarcini și sfere ale vitalității.

Prin intermediul grupării sistematice pe diverse domenii umane, Clasificarea internațională a deficiențelor, dizabilităților și sănătății permite descrierea detaliată a profilului de funcționare și dizabilitate a

individului obținute în urma modificărilor de sănătate (de exemplu, identifică ce anume este capabil să realizeze o persoană cu o maladie anumită sau tulburare).

Pentru aprecierea categoriilor, în CIF este utilizat sistemul de coduri numerice, în care literele - b, s, d, e, sunt utilizate pentru a desemna funcțiile (b), structurile organismului (s), activitate și participare (d) și factorii de mediu (e). La fel componentele CIF sunt măsurate, gradate funcție de severitatea problemei de la 0 la 4, unde 0 este lipsa afectării, iar 4 cuantifică o problemă majoră, afectare totală [10].

Literele b, s, d și e sunt urmate de un cod numeric care începe cu numărul de ordine a capitoului (o cifră), urmează al doilea nivel (două cifre), al treilea și al patrulea nivel (câte o cifră pentru fiecare). Funcție de necesitățile utilizatorului, la fiecare nivel se va utiliza orice număr de coduri corespunzătoare. Pentru a descrie situația unei persoane la fiecare nivel, poate fi acceptabilă utilizarea mai multor coduri. Codurile pot fi independente sau interconectate [11].

De exemplu, astfel se utilizează codurile pentru clasificarea funcțiilor organismului:

b4 Funcțiile sistemelor cardiovascular, hematologic imunitar și respirator (denumirea primului nivel),

b440 Funcțiile respirației (al doilea nivel),

b4400 Frecvența respirației (al treilea nivel).

Potrivit principiul codificării alfanumerice în CIF toate cele trei componente (b, s, d, e) sunt măsurate folosind o singură scară. În funcție de componentă, prezența unei probleme identificate la pacient poate însemna o disfuncție, restricție sau limitare a oportunităților sau barieră. Utilizarea oricărui cod trebuie să fie însoțită de utilizarea a cel puțin unei determinante (0, 1, 2, 3, 4), iar criteriile de evaluare a disfuncțiilor sau pierderii funcțiilor și structurilor corpului, limitărilor funcționalității și capacităților la pacienții cu BPOC sunt clasate pe o scală din 5 scoruri CIF în funcție de severitatea problemei de funcționare.

xxx.0 fără probleme (niciuna, lipsă, neînsemnată...) 0-4%

xxx.1 probleme ușoare (minore, slabe...) 5-24%

xxx.2 probleme moderate (medii, semnificative...) 25-49%

xxx.3 probleme severe (înalte, intense...) 50-95%

xxx.4 probleme absolute (complete...) 96-100%.

Pentru evaluarea factorilor de mediu, CIF oferă un calificativ comun cu scale negative și pozitive care indică gradul în care un anumit factor este exprimat ca barieră sau facilitator, prin urmare, punctul indică barierele, iar semnul (+) factorii facilitatori:

xxx.0. Lipsa barierelor (nu sunt, lipsesc, nesemnificative) 0-4%

xxx.1 Bariere minore (ușoare, mici, slabe) 5-24%

xxx.2 Bariere moderate (medii) 25-49%

xxx.3 Bariere exprimate (pronunțate, dificile) 50-95%

xxx.4 Bariere absolute (totale) 96-100%.

xxx+0 Lipsa factorilor de facilitare (nu sunt, lipsesc, ne semnificative) 0-4%

xxx+1 Factori de facilitare ne semnificative (ușoare, mici, slabe) 5-24%

xxx+2 Factori de facilitare moderate (medii) 25-49%

xxx+3 Factori de facilitare exprimate (pronunțate, semnificative) 50-95%

xxx+4 Factori de facilitare absolute (integrale) 96-100%.

CIF ca și instrument include astăzi peste 1,6 mii de diferite categorii. Un volum semnificativ al acestei clasificări complică în mod substanțial aplicarea acestui instrument în practică. În această formă, CIF este pe larg utilizat în cercetări științifice, decât în activități clinice a medicilor practicieni [7, 10, 13].

În practică, sunt folosite opțiuni prescurtate ale clasificării, reprezentate sub forma de seturi cu anumite caracteristici pentru forme nosologice specifice, așa-numitele seturi comprehensive și de bază [13].

Chiar dacă în literatură se păstrează divergențe de opinie vizavi de unele prevederi ale CIF, se poate recunoaște că suprapunerea modelelor de dizabilitate bazate pe studii științifice, clinice, organizaționale, va permite elaborarea bazată pe dovezi a criteriilor de dizabilitate și asigurarea politicii social orientate față de persoanele cu dizabilități (cu considerarea aspectelor juridice, medicale, sociale, de integrare, etc.). Considerând că și în prezent principiile stabilite de CIF pas cu pas se integrează în practica serviciului de expertiză medicală și socială al Republicii Moldova, cercetările în această direcție sunt actuale și relevante.

Prevalența în creștere pe scară largă a BPOC, percepția sa tradițională ca o maladie subdiagnosticată și subtratată, acumulare simultană de date privind costuri crescute atribuite tratamentului maladiei, "întinerirea" maladiei și invalidizarea pacienților cu BPOC în vârste apte de muncă; în paralel cu creșterea numărului de publicații care demonstrează rolul subestimării măsurilor preventive în BPOC toate împreună fac evidentă necesitatea efectuării ajustărilor actuale al criteriilor expertizei medico-sociale la pacienții cu BPOC aliniată la cerințele determinate de expertiza medicală și medico-socială contemporană. Acest lucru va face posibilă includerea în programul individual de expertiză medico-socială și reabilitare (abilitare) a măsurilor care vizează prevenirea dizabilității și restabilirea statutului social al pacienților recunoscuți cu dizabilitate din cauza BPOC în contextul introducerii a principiilor stabilite de CIF în practica clinică al expertizei [4].

Numărul de lucrări științifice dedicate problemei abordării pacienților cu BPOC din punct de vedere al CIF este foarte limitat [1]. Evaluarea potențialului de reabilitare medicală și socială al pacienților cu BPOC din perspectiva CIF nu a fost sistematizată. Ultimii ani s-au înregistrat progrese semnificative în studiul multor probleme legate de tratamentul și calitatea vieții la pacienții cu BPOC, dar încă nu a fost creat un sistem general acceptat de măsuri de integrare a modelului medical și social al dizabilității în BPOC, care îl deosebește de toate abordările anterioare utilizate. În acest sens, perfecționarea criteriilor expertizei medico-sociale pentru pacienții cu BPOC, din punctul de vedere al CIF, bazată pe dovezi, corespunde în totalitate cerințelor vremii. Astfel, determinarea celor mai semnificative categorii ale CIF, va permite furnizarea de informații obiective despre starea bio-psihosocială a pacienților cu BPOC.

Concluzii

CIF este o clasificare plurifuncțională concepută pentru utilizare într-o varietate de discipline și domenii. Aplicarea CIF va determina formarea unui limbaj comun pentru descrierea indicatorilor de sănătate și a indicatorilor legați de sănătate pentru a îmbunătăți reciprocitatea înțelegerii între diferiți utilizatori de servicii medicale și sociale: lucrători din domeniul sănătății, cercetători, manageri și societate, inclusiv persoanele cu dizabilități; prin urmare, va facilita alinierea informațiilor despre pacient, care va deveni și comparabilă între țări, sectoare de sănătate, servicii și timp; în continuare va oferi o schemă sistematică de codificare pentru sistemele de informare în sănătate.

Bibliografie

1. Afanasyeva V.V., Potapchuk A.A. *Application of categories of the International classification of functioning in the organization of medical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. The Scientific Notes of Pavlov University. 2020;27(1):26–36.
2. Bronhopneumopatia obstructivă cronică. Protocol Clinic Național (PCN-18) <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-18-BPOC.pdf>
3. Diab N., Gershon A.S., Sin D.D., Tan W.C., Bourbeau J., Boulet L.P., et al. *Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Crit Care Med. 2018;198(9):1130–9.]
4. Farver-Vestergaard I., Jacobsen D., Zachariae R. *Efficacy of psychosocial interventions on psychological and physical health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis*. Psychother Psychosom 2015; 84(1): 37-50.).
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. 2021 report. 2021.

6. Ivanova G.E., Melnikova E.V., Shmonin A.A., et al. *Application of the international classification of functioning in the process of medical rehabilitation*. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2018;(6):1–7.
7. Ivanova G.E., Melnikova E.V., Shamalov N.A., et al. *Using the ICF and rating scales in medical rehabilitation*. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2018;(3):14–20.
8. Makarova T.A. *Historical analysis of disability problem in pre-revolutionary Russia and the USSR*. Общество: философия, история, культура (2014, № 1).
9. Ni Y., Yu Y., Dai R., Shi G. *Diffusing capacity in chronic obstructive pulmonary disease assessment: A meta-analysis*. Chron Respir Dis. 2021 Jan-Dec;18:14799731211056340.
10. Raggi A., Meucci P., Leonardi M., et al. *The development of a structured schedule for collecting ICF-CY-based information on disability in school and pre-school children*. Int J Rehabil Res. 2014;37(1):86-96.
11. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. – Geneva: WHO, 2001. p. 3-29.
12. Аухадеев Э.И. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, – новый этап в развитии реабилитологии*. Казан. мед. журн. 2007, т. 88, № 1. с. 5–9., Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф.А.Юнусов, [и др.]. – М: Соц. Развитие России, 2008, 330 с.
13. Иванова Г.Е., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Каримова Г.М., Комарницкий В.С. *Алгоритм формулирования реабилитационного диагноза с помощью Международной классификации функционирования пациенту, перенесшему инсульт: клинический случай*. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2022;4(1):37–54.
14. Малева Т.М. *Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики*. Бюро экономической политики. М., 1999.
15. Смычек В.Б. *Современные аспекты инвалидности*. Минск: БГАТУ, 2012, 265 с.