

Natalia Chiper

**SETUL DE CATEGORII PENTRU APRECIEREA STĂRII DE FUNCȚIONARE, DIZABILITATE ȘI SĂNĂTATE A COPIILOR CU PATOLOGIE BRONHO-PULMONARĂ LA COPII – INSTRUMENT PRACTIC DERIVAT DIN CLASIFICAREA INTERNAȚIONALĂ A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII LA COPIL ȘI ADOLESCENT (CIF-CA, OMS, 2007)**

*IMSP Institutul Mamei și Copilului (director - Ștefan Gațcan - dr. med., conf. cercet.)*

**SUMMARY**

**CATEGORIES SET FOR ASSESSMENT OF FUNCTIONAL STATUS, DISABILITY AND HEALTH OF CHILDREN WITH LUNG PATHOLOGY - PRACTICAL TOOLS DERIVED FROM INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.**

**Key word: chronic broncho-pulmonary pathology, child, disability, assessment tools, core set, Delphi method.**

**Obiectiv:** *Developing a comprehensive ICF core set for assessing the degree of disability in children derived from the International Classification of Functioning, Disability and Health in children and adolescents, recommended by WHO (2007).*

**Material and method:** *To obtain a consensus opinion was used Delphi exercise (structured questionnaires) in a group of 447 professionals. The experts answered an elaborated structured questionnaire (Delphi methodology) in three rounds. The number of experts decreased gradually after each round so that in the final discussion of consensus remained the experts with highest specialization and skills.*

**Results:** *From the point of view of experts, 46 ICF categories have been identified - 13 ICF categories of body functions compartment-5 categories of second-level, 7 categories of third-level and one level IV category; 4 ICF categories that relate to the body structure - 3 of them of a second-level and one of the third level; 9 ICF categories on activities and participation compartment - 3 categories of II level and 6 of third -Level; 20 ICF categories on environmental factors compartment – 17 of them of second-level and 3 of third -level.*

**Conclusions:** *opinion survey study resulted in the development of Comprehensive ICF categories core set for chronic lung pathology in children that will be used for the evaluation and assessment objectification of health, functioning and disability of children of the respective group.*

**РЕЗЮМЕ**

**Ключевые слова: хроническая бронхо-легочная патология, ребенок, инвалидность, инструменты оценки, пакет категорий, метод Delphi.**

**Цель исследования:** *Разработать пакет категорий МКФ (Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков, ВОЗ, 2007), для объективной оценки степени инвалидности у детей с хронической бронхо-легочной патологией.*

**Материалы и методы:** *Чтобы достигнуть консенсус, было проведено изучение мнения 447 специалистов с использованием метода Delphi (метод структурированного интервью). В течение трех раундов экспертам предлагалось ответить на вопросы специально разработанных анкет. Круг специалистов с каждым раундом сужался, и консенсуальное решение принималось после обсуждения наиболее квалифицированными экспертами.*

**Результаты:** *На основании консенсуального мнения экспертов был определен набор из 46 категорий МДФ-ДП, наиболее значимых для оценки степени инвалидности у детей с хронической бронхо-легочной патологией: 13 категорий МДФ из раздела, касающегося функций организма (5 категорий II уровня, семь категорий III уровня и одна категория IV уровня); 4 категории МДФ из раздела о структуре тела (3 категории II уровня и одна категория III уровня); 9 категорий МДФ относятся к разделу активность и участие (3 категории II уровня и 6 категорий III уровня) и 20 категории из раздела, касающегося факторов окружающей среды (17 категорий II уровня и 3 – III уровня).*

**Вывод:** *В результате изучения мнения специалистов был разработан полный Пакет категорий МКФ-ДП для детей с хронической бронхо-легочной патологией, который позволит объективизировать процесс установления степени инвалидности.*

**Introducere.** Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF-CA, OMS, 2007) [1, 2] poate fi folosită nu numai pentru a descrie și a compara sănătatea populației în plan mondial, a dezvolta un limbaj semantic comun între toate sectoarele preocupate de sănătatea omului, dar poate avea și o serie de aplicații practice. CIF oferă o descriere a situațiilor legate de funcționare și dizabilitate și restricțiile acestora și servește drept cadru de organizare a acestor informații. Informațiile sunt structurate în manieră accesibilă, ca sens și ca interrelaționare.

Conceptual, „funcționarea”, care include structuri ale corpului (piese anatomice, de exemplu, organele, membrele), funcțiile corpului (funcții fiziologice, de exemplu, funcția respirației), activități (executarea unei sarcini sau acțiuni, de exemplu, mersul pe jos), și participarea (implicarea în activități sociale, de exemplu, joaca) și „dizabilitatea”, care reprezintă deficiențe, limitări în activitate, restricții de participare sunt văzute ca două concepte centrale pentru a înțelege sănătatea și dizabilitatea. În plus, factorii contextuali (caracteristici individuale, personale, de exemplu sex, obiceiuri, motive) și factori de mediu (de exemplu, atitudinile societății, caracteristicile arhitecturale, sistemul legal), interacionează într-un mod pozitiv sau negativ, cu toate componentele funcționării și dizabilității. Contribuția – cheie a clasificării este aceea că mută accentul de la „consecințele bolilor” la „funcționare” și modul în care aceasta poate fi utilizată pentru îmbunătățirea calității vieții.

CIF clasifică domeniile sănătății în *categorii (coduri)* organizate în ordine alfanumerică. Categoriile sunt aranjate într-un sistem în cadrul fiecărei din cele 4 componente ale CIF – literele b, s, d, și e, – codifică aceste componente care sunt: funcțiile corpului (b), structura corpului (s), activitate și participare (d) și, respectiv, factorii de mediu (e). Fiecare categorie are un cod numeric, care începe cu numărul capitoului (o cifră), urmat de al doilea nivel (2 cifre), apoi al treilea și al patrulea niveluri (o cifră fiecare). Clasificarea prevede și calificatori, care cuantifică nivelul de funcționare și sănătate sau gravitatea problemei în diferite categorii din funcțiile corpului, structurile corpului, activități și participare (de la 0 – lipsa problemei, la 4 – problemă completă). Factorii de mediu sunt cuantificați cu o scară negativă sau pozitivă care indică măsura în care un factor de mediu acționează ca facilitator sau barieră.

Actualmente, CIF include mai mult de 1600 de așa-numite *categorii* aplicabile pentru copii. Categoriile CIF sunt „compartmentate” astfel încât categoriile mai largi să se poată defini prin includerea unor subcategorii mai detaliate ale categoriei principale. (De exemplu, în Capitolul 4 – componenta Activități și Participare – categoria Mobilitate include subcategorii separate pentru: stat în picioare, stat jos, mers, capacitatea de a duce obiecte și altele).

Numărul mare de categorii limitează utilitatea clinică, practică a CIF, de aceea cercetătorii le propun elaborarea unor seturi concise de categorii, aplicabile pentru profiluri de patologii (de ex. pentru paralizia cerebrală infantilă, pentru durerea cronică etc.).

Noi ne-am propus a elabora „Setul de categorii de bază CIF pentru patologia cronică bronhopulmonară la copii” (cele mai relevante componente ale CIF care se referă la nivelul de funcționare, activitatea și participarea etc. a copiilor cu patologie cronică bronhopulmonară), care ar facilita procesul de evaluare obiectivă, cuantificată, multidimensională a sănătății acestui grup de copii, inclusiv în momentul stabilirii gradului de dizabilitate și elaborarea planului individual de servicii în procesul de management.

**Material și metode:** Am efectuat un studiu analitic observațional de elaborare a opiniei de consens asupra aprecierii stării de funcționare, dizabilitate și sănătate a copiilor cu patologie bronhopulmonară cronică în lumina Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copil și Adolescent (CIF-CA, OMS, 2007) care a inclus 447 lucrători medicali selectați aleatoriu din raioanele de studiu, cu o experiență profesională în unele din următoarele domenii: medici de familie, specialiști pediatri, alergologi, pulmonologi, colaboratori de catedre, cercetători științifici. După experiența în domeniu experții s-au repartizat astfel: 6-20 ani – 42,3%, cu experiență de 21-35 ani – 30,2%, iar medicii cu stagiul sub 5 ani și mai mult de 35 ani constituiau, respectiv 15,6% și 11,7%. Pentru a asigura dezvoltarea setului de control experții au fost recrutați din RDD (regiunea de dezvoltare) „Nord” mun. Bălți, r-le Briceni, Donușeni, Drochia, Edineț, Ocnița, Florești, Fălești, Soroca, Sângerei, Râșcani; din RDD „Centru”, r-le Anenii-Noi, Călărași, Criuleni, Dubăsari, Ialoveni, Hâncești, Orhei, Nisporeni, Telenești, Rezina, Strășeni, Șoldănești, Ungheni; din RDD „Sud”, r-le Cahul, Cantemir, Cimișlia, Căușeni, Leova, Basarabeasca, Ciadâr-Lunga, Comrat, Ștefan-Vodă. Sondajul a fost efectuat în trei runde. Grupul de experți pentru runda I a fost constituit din 327 lucrători medicali – medici de familie, specialiști pediatri, alergologi, pulmonologi etc., pentru runda II – din 100 medici calificați, colaboratori de catedre, cercetători științifici, iar pentru runda III – 20 de specialiști de înaltă calificare în domeniu (alergologi, pulmonologi, cercetători etc.) (tab. 2.2).

Cei 447 de experți au răspuns la un chestionar structurat elaborat în baza Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copil și Adolescent (CIF-CA, OMS, 2007). După fiecare rundă de chestionare rezultatele chestionării au fost procesate statistic pentru revizuirea răspunsurilor experților. În timpul acestui proces gama de răspunsuri a scăzut, iar studiul a pus accent pe răspunsurile „corecte”. În cele din urmă, procesul a finalizat cu runda a III-a, când s-a realizat consensul.

Componența grupului de experți incluși în studiul analitic observațional prin metoda Delphi

Specialiștii	Medici de familie	Pediatri	Pulmonologi/ alergologi	Alți specialiști	Corp administrativ	Colaboratori de catedre/ cercetători științifici	Total
<b>Runda</b>							
I	277	25	13	5	7		327
II	60	17	11	4	2	6	100
III		2	6	2	0	10	20
Total	337 (75,2%)	46 (10,2%)	30 (6,7%)	11 (2,4%)	9 (2,0%)	16 (3,5%)	447

**Rezultate și discuții:** Pentru obținerea opiniei de consens a lucrătorilor medicali privind criteriile *Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copil și Adolescent (CIF-CA, OMS, 2007)* aplicabile pentru evaluarea dizabilității copiilor cu patologii bronhopulmonare (*Metoda Delphi*) a fost prevăzut un interviu structurat al experților, utilizând un chestionar elaborat de către cercetători științifici al laboratorului științific Pediatrie. Chestionar „*Categorii din ICF-CY selectate pentru boli respiratorii cronice*”, care conținea un set de 142 categorii CIF din nivelele II, III și IV (56 categorii ce se referă la funcțiile organismului, 12 – structura corpului, 33 – activități și participare și 41 – factorii de mediu), prezentat participanților pentru selectarea categoriilor semnificative din punctul de vedere al patologiei bronhopulmonare cronice la copii. Rezultatele runde I de colectare a opiniilor experților au permis identificarea unui set de 106 din cele 142 propuse inițial pentru examinare. Astfel, pentru runda II pe un lot total de 100 de specialiști, în baza analizei opiniei experților a fost extras un set constituit din 106 categorii CIF de nivelele II, III și IV (38 categorii ce se referă la funcțiile organismului, 6 – la structura corpului, 21 – activități și participare și 41 – factorii de mediu), care au fost incluse în chestionarul prezentat participanților runde II pentru selectarea categoriilor semnificative din punctul de vedere al patologiei bronhopulmonare cronice la copii. La discuția finală de consens pe un lot de 20 specialiști de cea mai înaltă calificare și specializare în domeniu, a fost selectat un set de 85 categorii CIF. Discuțiile din runda a III-a în focus grupuri de experți de cea mai înaltă calificare, în care s-a ținut cont și de dovezile științifice la subiectul discutat au rezultat în elaborarea unui set de bază de categorii CIF (46 categorii CIF, tab. 2, 3, 4, 5).

Astfel, experții sugerează un profil mai cuprinzător de categorii pentru compartimentul *Funcțiile organismului*, comparativ cu modelul actual de evaluare a copilului la subiectul dizabilitate cauzată de patologia brohopulmonară (astm bronșic, malformații congenitale bronhopulmonare etc.; tab. 2.). Din punctul de vedere al experților, au fost delimitate 13 categorii CIF din compartimentul *Funcțiile organismului* – 5

categorii de nivelul II, 7 categorii de nivelul III și o categorie de nivelul IV.

Tabelul 2

Categoriile CIF ce se referă la funcțiile organismului incluse în Setul comprehensiv de categorii CIF pentru patologia bronhopulmonară cronică la copii

Codul CIF			Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	nivelul IV	
	b1252		Nivel de activitate
	b1263		Stabilitate psihică
	b1340		Durata somnului
		b28011	Durerea în torace
b410			Funcția cardiacă
b435			Funcția sistemului imun
b440			Funcția respirației
	b4450		Funcțiile mușchilor toracici respiratori
	b4500		Producerea de mucus a căilor respiratorii
	b4501		Transportul de mucus al căilor respiratorii
	b4508		Alte funcții respiratorii adiționale
b455			Funcția de toleranță la exerciții
b560			Funcțiile de întreținere a creșterii

O serie de categorii au fost discutate și analizate, dar opiniile experților au fost atât de controversate, încât acestea nu au fost incluse în Setul de categorii final. Spre exemplu, categoria b5153 *Toleranța la produse alimentare* – o funcție importantă pentru copii cu atopie, alergie alimentară, însă nu este sugestivă spre ex. pentru copiii cu malformații ale pulmonilor. Din aceste considerente această categorie nu a fost inclusă, setul fiind elaborat pentru un grup de maladii bronhopulmonare cronice, nu doar pentru astmul bronșic.

De menționat că abordarea prin prisma CIF a dizabilității copiilor cu patologie bronhopulmonară croni-

că permite a creiona un tablou mai amplu al funcționalității copiilor, comparativ cu modelul de apreciere, utilizat în prezent în țară, în care se ține cont doar de prezența insuficienței respiratorii și cardiace de diferit grad. Este evident că pentru funcționarea și sănătatea copilului cu astm bronșic, de exemplu, sunt foarte importante și funcția (răspunsul) sistemului imunitar, toleranța la exerciții, afectarea duratei somnului (pentru copiii cu accese nocturne frecvente), funcția de întreținere a creșterii etc. Delimitarea funcțiilor adiționale limitate în cazul unei suferințe bronhopulmonare cronice la copil face posibilă o abordare multilaterală a problemelor copilului și o planificare individualizată a măsurilor de abilitare, capabile să îmbunătățească calitatea vieții atât a copilului, cât și a familiei în întregime.

Tabelul 3

**Categoriile CIF ce se referă la structura corpului incluse în Setul comprehensiv de categorii CIF pentru patologia bronhopulmonară cronică la copii**

Codul CIF		Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	
s410		Structura sistemului cardiovascular
s430		Structura sistemului respirator
	s4302	Cutia toracică
s520		Structura esofagului

Dintre categoriile CIF ce se referă la *structura corpului* experții au selectat în final 4 categorii CIF – 3 din ele de nivel II și una de nivel III (tab. 3). Observăm că, alături de structura sistemului respirator, figurează, spre exemplu, structura sistemului cardiovascular, din considerente că în patologiile bronhopulmonare cronice se instalează frecvent comorbiditate sau complicații cardiovasculare. Mulți dintre terapeuți au avut opinia că este necesar de evaluat prezența unor modificări structurale în cutia toracică, ceea ce a servit drept argument pentru includerea în setul de categorii a categoriei s4302 (Cutia toracică). Evaluarea structurii esofagului (s520) este importantă ținând cont de rolul confirmat al refluxurilor gastroesofagiene în patogenia astmului bronșic la copii.

Tabelul 4

**Categoriile CIF ce se referă la activități și participare incluse în Setul comprehensiv de categorii CIF pentru patologia bronhopulmonară cronică la copii**

Codul CIF		Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	
d230		Realizarea programului zilnic obișnuit
d240		Manipularea stresului și altor nevoi psihologice
	d4501	Mersul pe jos la distanță lungă

Codul CIF		Categoriile CIF
	d4552	Fuga
d640		Efectuarea treburilor casnice
	d9200	Joaca
	d9201	Sportul
	d9202	Arta și cultura
	d9205	Socializarea

Referitor la compartimentul *activități și participare*, în urma procesării datelor acumulate și reieșind din discuțiile finale cu experții, au rămas 9 categorii CIF – 3 categorii de nivel II și 6 – de nivel III (tab. 4).

Majoritatea specialiștilor intervievați consideră că la copilul cu maladie cronică bronhopulmonară pot fi limitate următoarele domenii de *activități și participare*: realizarea programului zilnic obișnuit (d230); Manipularea stresului și altor nevoi psihologice (d240); mersul pe jos la distanță lungă și fuga (d4501, d4552); joaca (d9200); sportul (d9201) ș. a.

Astfel, devine foarte clar că, deși până în prezent aceste laturi ale vieții unui copil cu dizabilitate cauzată de o maladie bronhopulmonară cronică nu erau evaluate și luate în considerare la aprecierea gradului dizabilității, totuși *activitatea și participarea* copilului sunt probleme foarte mari ale copilului și familiei, probleme care afectează calitatea vieții acestora, atunci când copilul din cauza bolii este limitat în posibilitatea de a se integra complet în programul și activitățile școlare și cele extrașcolare (precum sportul, artele, jocul etc.), la fel cum o fac semenii săi.

Tabelul 5

**Categoriile CIF ce se referă la factorii de mediu incluse în Setul comprehensiv de categorii CIF pentru patologia bronhopulmonară cronică la copii care pot fi nefavorabili pentru evoluția sănătății copilului**

Codul CIF		Categoriile CIF
nivelul II	nivelul III	
	e1100	Hrana
	e1101	Medicamente
	e2150	Schimbări demografice
e225		Clima
e260		Calitatea aerului
e310		Sprijin și relații cu familia imediată
e315		Sprijin și relații cu familia largită
e320		Sprijin și relații cu prieteni
e355		Sprijin și relații cu profesioniști în domeniul sănătății
e360		Sprijin și relații cu alți profesioniști
e410		Atitudini individuale ale membrilor familiei imediate
e415		Atitudini individuale ale membrilor familiei largite

Codul CIF		Categoriile CIF
e420		Atitudini individuale ale prietenilor
e425		Atitudini individuale ale cunoștințelor, colegilor, vecinilor și membrilor comunității
e450		Atitudini individuale ale profesioniștilor din domeniul sănătății
e455		Atitudini individuale ale profesioniștilor din domenii conexe sănătății
e460		Atitudini ale societății
e555		Servicii, sisteme și politici de asociații și organizații
e570		Servicii, sisteme și politici de asigurări sociale
e580		Servicii, sisteme și politici de sănătate

Referitor la capitol *Factorii de mediu*, specialiștii intervievați au trebuit să decidă care dintre factorii de mediu menționați în chestionar pot avea un impact pozitiv (favorabil) și care dintre ei, din contră – negativ (de barieră) pentru un copil cu boli respiratorii cronice. Analiza factorilor de mediu favorizanți și nefavorabili (cei care sunt o barieră pentru pacient în calea de a se integra în viața socială, de a-și îmbunătăți funcțiile organismului și calitatea vieții), la fel, ar ajuta specialiștilor implicați în abilitarea/reabilitarea copilului cu dizabilități să planifice cât mai centrat activitățile pentru ca copilul să-și atingă pe deplin potențialul de dezvoltare și vital/funcțional. Lichidarea/înlăturarea sau reducerea influenței factorilor de barieră – este o condiție pentru a îmbunătăți atât starea de sănătate, cât și incluziunea socială a copilului bolnav cronic și, în final, pentru a spori calitatea vieții lui. Spre exemplu, dacă statul nu asigură gratis corticosteroizii inhalatori pentru un bolnav cu astm bronșic persistent, acest fapt face maladia incontrollabilă, iar starea pacientului devine din ce în ce mai precară, în condițiile când nici familia nu are suficiente surse financiare pentru a procura sistematic preparatul medicamentos. În astfel de condiții ale mediului copilului, este imposibil de a asigura o funcționare bună a organismului său, iar activitatea și participarea copilului sunt limitate din cauza acceselor astmatice severe, frecvente etc. Și invers, atunci când bolnavul cu astm este asigurat sistematic cu toate remediile necesare și cu un monitoring adecvat, șansele ca el să dezvolte dizabilitate se reduc considerabil.

S-a examinat și cazul când profesioniștii care supraveghează copilul nu posedă cunoștințe autentice, bazate pe ultimele dovezi științifice și nu asigură un management adecvat al maladiei, din care cauză sta-

rea pacientului are de suferit. În același timp, atunci când instituția în care se supraveghează copilul bolnav posedă o bază tehnico-materială modernă, capabilă să asigure diagnosticarea celor mai subtile devieri de la normalitate, când profesioniștii intervin prompt, posedă cunoștințele necesare în domeniu etc. – starea copilului va fi controlată mai bine, și, posibil, acesta nu va dezvolta dizabilitate sau având o dizabilitate va avea șanse mai mari de a se integra în societate, în viața activă pe care o duc semenii săi.

Astfel, unul și același factor (în calitate de categorie CIF) poate avea atât impact pozitiv, cât și negativ în menținerea sănătății și funcționalității copilului. Spre exemplu, atitudinea responsabilă a familiei față de problema copilului bolnav/sau cu dizabilitate, adresarea la timp pentru a primi asistența medicală, respectarea strictă a prescrierilor și recomandărilor medicale, suportul psihologic adecvat al copilului etc. contribuie semnificativ la îmbunătățirea calității vieții copilului. Și invers, ignorarea bolii, nerespectarea recomandărilor și tratamentelor prescrise de medic, atitudinea ce lasă loc stigmatizării copilului bolnav – conduc la agravarea condiției fizice, funcționale, psihologice a copilului, reduc activitatea și participarea copilului și, în final înrăutățesc calitatea vieții copilului.

Așadar, abordarea corectă a nevoilor pacientului cu dizabilitate, inclusiv din punctul de vedere al estimării factorilor de mediu, asigură o înțelegere mai bună a problemelor cu care se confruntă copilul, familia. Prin urmare, planul individualizat de abilitare/reabilitare a copilului va include nu numai estimarea funcțiilor și structurilor organismului afectate, dar și evaluarea minuțioasă a factorilor de mediu care influențează starea de bine a copilului. În acest caz, măsurile multidisciplinare vor fi îndreptate inclusiv la reducerea impactului factorilor de barieră din anturajul copilului sau spre transformarea lor în factori pozitivi și/sau fortificarea factorilor favorabili (spre exemplu, lucrul educativ, consultativ psihologic cu familia poate îmbunătăți atitudinea părinților față de dizabilitatea copilului, spori responsabilitatea părinților, sau suportul material/social al familiei poate spori accesul la medicamente/servicii medicale specializate pentru copil etc.).

Prin urmare, procesul de reabilitare, trebuie focusat nu numai pe incapacitatea pacientului, dar, și analizat din perspectiva relației lui cu barierele fizice, sociale, economice etc. Ținând cont de definiția reabilitării, sunt necesare acțiuni ce au drept scop schimbarea favorabilă a condițiilor de mediu în care se află persoana cu dizabilități.

Factorii de mediu includ o listă mai vastă de categorii cu care individul se confruntă direct sau indirect și care interacționează cu componenta *activității și participare*.

Din multitudinea de factori propuși spre discuție, sondajul a permis să delimităm doar 20, după păre-

rea specialiștilor, cei mai relevanți pentru a influența dizabilitatea unui copil cu maladie bronhopulmonară cronică (tab. 5).

Spre exemplu, factorul *schimbări demografice* (€2150) a fost considerat pozitiv de către 55% respondenți, luând în calcul posibilitatea schimbării climei nefavorabile pentru un pacient cu astm bronșic. Pe de altă parte, 43% din cei intervievați au apreciat *schimbările demografice* drept un factor cu impact negativ, având în vedere procesele de migrație intensă a părinților în țara noastră, care duc la scăderea nivelului de îngrijire, supraveghere a stării de sănătate a copiilor.

În această ordine de idei, vom menționa, că procesul de abilitare/reabilitare a copilului este pe departe insuficient în condițiile, când el este interpretat doar ca un tratament medicamentos, de „reparație” a funcțiilor și structurilor organismului. Nu mai puțin important pentru îmbunătățirea calității vieții copilului este impactul asupra factorilor de mediu, dar și al factorilor personali ai copilului.

Astfel, au fost selectate cele mai semnificative criterii de evaluare și, totodată, acele categorii care sunt comune pentru toate patologiile bronhopulmonare, și care provoacă dizabilități la copii în RM.

#### **Concluzii:**

1. În scopul promovării și implementării Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la Copil și Adolescent (CIF-CA, OMS, 2007) în practica medicală în Republica Moldova a fost realizat un studiu cu utilizarea exercițiului Delphi (chestionare structurate). Acest studiu a rezultat în elaborarea a unui *Set de bază de categorii CIF pentru patologia bronhopulmonară cronică la copii* (46 categorii CIF).

2. *Setul de bază de categorii CIF* va fi recomandat pentru optimizarea mecanismului de stabilire și evaluare a dizabilității la copiii cu patologie bronhopulmonară cronică în RM. La fel, acesta poate fi utilizat pentru raportarea datelor clinice altor furnizori, profesioniști și pentru trasarea scopului și obiectivelor cercetării, servind, totodată, drept un mijloc de comunicare între prestatorii de servicii, profesioniști, pacienți și familiile acestora.

3. *Seturile de categorii CIF* pot fi și material didactic pentru studenții diferitelor specialități medicale și de alt profil.

#### **Bibliografie:**

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.

2. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: Children & Youth Version. Geneva: WHO; 2007.

3. **Cieza A, Ewert T, Ustun TB, et al.** Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med. 2004;(44 suppl):9-11.

4. World Health Organization. ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice. Geneva: WHO; 2012.

5. **Geyh S, Cieza A, Schouten J, et al.** ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med. 2004;(44 suppl):135-141.

6. ICF Research Branch <http://www.icf-researchbranch.org/download/view-category/5>.html;

7. **Kesselring J, Coenen M, Cieza A, et al.** Developing the ICF Core Sets for multiple sclerosis to specify functioning. Mult Scler. 2008;14:252-254.

8. **Biering-Sorensen F, Scheuringer M, Baumberger M, et al.** Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. Spinal Cord. 2006;44:541-546.

9. **Tschiesner U, Cieza A, Rogers S. N, Piccirillo J, Funk G, Stucki G, Berghaus A,** Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Eur Arch Otorhinolaryngol (2007) 264:1215-1222.

10. **Kirchberger I, Glaessel A, Stucki G, Cieza A.** Validation of the comprehensive international classification of functioning, disability and health core set for rheumatoid arthritis: the perspective of physical therapists. Phys Ther. 2007 Apr; 87(4):368-84. Epub 2007 Feb 20.

11. **Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G.** Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. J Rehabil Med 2004; 12-21