National Center
of Competences for
a Healthy Lifestyle

# STRATEGIA NAȚIONALĂ PENTRU UN STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

Lansată în 30 septembrie 2026 în Aula Academiei Române
Finalizată după dezbateri și consultări în noiembrie 2026


***Proiect coordonat de:***

**CENTRUL NAȚIONAL DE COMPETENȚE**
**ÎN STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS – ACADEMIA ROMÂNĂ și UBB**

- Prin (1) Prof. univ. dr. psih. Daniel David (componenta psihologică & psiho-socio-culturală) & (2) Prof. univ. dr. Nicolae Hâncu (componenta bio-medicală)
  - Contact – Coordonator științific: Prof. univ. dr. Nicolae Hâncu

***În colaborare cu:***

- Experți cheie: Prof. univ. dr. Manuela Banciu (biologie/sănătate); Acad. Mircea Dumitru (etică/cultură) și alți experți asociați Centrului și invitați (Grupul Ro:SVS).

***În relație cu instituții cadru cheie***:

- Ministerul Educației și Cercetării și Ministerul Sănătății



CLUJ-NAPOCA și BUCUREȘTI
Septembrie 2026/Noiembrie 2026

**Programul Evenimentului** (Hibrid)

- Aula Academiei Române, 30 septembrie 2026, între orele 10:00-12:00.

**Cuvântul gazdei** – Acad. Mircea Dumitru, Vicepreședinte al Academiei Române

**Coordonatorii Strategiei: Prezentare generală**

- Prof. univ. dr. psih. Daniel David & Prof. univ dr. Nicolae Hâncu (coordonator științific)

**Mesaje de la autorități, instituții/organizații și experți**

*Președinția României*

- Mesajul Președintelui României va fi transmis de Consilierul de Stat Mădălina Fătu

*Parlamentul României*

- Președintele Senatului – Mircea Abrudean
- Președintele Comisiei pentru învățământ - Mihai Ghigiu

*Guvernul României*

- Ministerul Educației și Cercetării – Ministru Mihai Dimian
- Ministerul Sănătății – Ministru Cseke Attila
- Agenția Națională pentru Sport – Președinte Bogdan Nicolae

*Comitetul Olimpic și Sportiv Român*

- Președinte – Mihai Covaliu

*Membri ai Academiei Române din Secția de Științe Medicale, Secția de Biologie, Secția de Filosofie, Teologie, Psihologie și Pedagogie și Secția de Științe Economice, Juridice și Sociologie*

- Acad. Victor Voicu – președinte al Secției de Științe Medicale
- Acad. Maia Simionescu – președinte al Secției de Științe Biologice
- Prof. univ. dr. Viorel Jinga – membru al Secției de Științe Medicale și rectorul Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila" din București
- Acad. Mircea Dumitru – președinte al Secției de Filosofie, Teologie, Psihologie și Pedagogie
- Prof. univ. dr. Tudorel Andrei – membru al Secției de Științe Economice, Juridice și Sociologie
- Prof. univ. dr. Mioara Dorobanțu – membru al Secției de Științe Medicale

*Colegiul Medicilor din România*

- Președinte – Prof. univ. dr. Cătălina Poiană

*Asociația Psihologilor din România*

- Președinte – Prof. univ. dr. Dragoș Iliescu

*Asociația Medicală de Prevenție prin Stil de Viață Sănătos*

- Președinte – Dr. Anca Hâncu

*Societatea Sociologilor din România*

- Președinte – Prof. univ. dr. Adrian Hatos

*Societatea Română de Pneumologie*

- Președinte – Prof. univ. dr. Florin Mihălțan

*Asociația Română a Medicilor de Familie*

- Vicepreședinte – Dr. Daciana Toma

*World Vision*

- Director executiv pentru România și Moldova – Mihaela Nabăr

**Concluzii și Discuții – Etapele următoare ale *Strategiei***

- Prof. univ dr. Nicolae Hâncu, Prof. univ. dr. Daniel David, Prof. univ. dr. Manuela Banciu, Acad. Mircea Dumitru (Unii dintre experții cheie ai *Strategiei*)
- Cu intervențiile altor experți invitați - Prof. univ. dr. Cătălin Copăescu, Prof. univ. dr. Maria Moța, Prof. univ. dr. Alexandru-Virgil Voicu și alții experți interesați
- Vor fi conectați online și vor putea participa/interveni la discuții reprezentanți și experți din (în ordine alfabetică):
    - Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România
    - Asociația Română de Educație în Diabet și Obezitate
    - Asociația Română pentru Studiul Jocurilor de Noroc
    - Departamentul de Sănătate Publică din UBB
    - Facultatea de Științe Medicale și ale Sănătății din UBB
    - Institutul Național de Sănătate Publică
    - Institutul de Psihoterapie și Sănătate Mintală Aplicată și Departamentul de Psihologie Clinică și Psihoterapie din UBB
    - Rețeaua privată de sănătate Medlife
    - Rețeaua privată de sănătate Regina Maria
    - Alte instituții și organizații profesionale și ale pacienților/publicului general

**Declarații și răspunsuri pentru presă**

- Prof. univ. dr. Daniel David – în spațiul alocat în sediul Academiei Române
- Prof. univ. dr. Nicolae Hâncu – disponibil la UBB (Cluj-Napoca) și/sau online

## SINOPSIS

**Fundamente**

- ***Sănătatea*** – Stare de bine fizic-psihic-social, abordată într-un model bio-psiho-social (OMS)
- ***Stilul de viață*** – Paternuri cognitiv-comportamentale relativ stabile transsituațional
- ***Stilul de viață sănătos*** - Paternuri cognitiv-comportamentale care contribuie la starea de sănătate/de bine (Factor de sanogeneză)
- ***Stilul de viață nesănătos*** – Factor etiopatogenetic, cu ponderi diferite în diverse forme de patologie (ex. major în Boli Cronice Netransmisibile)

**Limite ale unor abordări curente asupra stilului de viață sănătos**

- ***Clasic*** (Alimentație/Somn/Activitate fizică/Fumat/Alcool/*Sănătate mintală-autoreglare psihologică*) vs. ***Emergent*** (+Tehnologia/Bunăstarea/Funcționalitatea - *One-Total Health*)
    - O clarificare cheie este ce înseamnă astăzi „starea de bine" din definiția sănătății. Deși, de cele mai multe înseamnă „valență pozitivă", aceasta trebuie corelată cu „funcționalitatea": uneori valența pozitivă nu este funcțională, iar funcționalitatea nu implică mereu valența pozitivă (ex. starea de îngrijorare în fața unui pericol poate să fie funcțională – „sănătoasă").
- ***Fragmentare***: 1. Biomedicală vs. Psihosocială (cu confuzii de roluri și reducerea colaborării în echipe multidisciplinare de specialiști); 2. Promovarea unui stil de viață sănătos în populația generală aparent sănătoasă vs. Implementarea stilului de viață sănătos în intervențiile medicale și psihologice
- ***Reducționism****:* 1. Biomedical în Medical; 2. Psihosocial în Psihologic; 3. Social adesea fără Cultural și Economic
- ***Cunoștințe/Practici*** *vs.* ***Competențe*** (Structură triadică: Cunoștințe declarative/Ce trebuie făcut + Cunoștințe procedurale/Cum trebuie făcut + Valori-Atitudini/De ce trebuie făcut)

**Strategia pentru Stilul de Viață Sănătos. Partea I**

- Pornind de la definiția sănătății ca o stare de bine fizic, mintal (psihic) și social, inovația acestei *Strategii* constă într-o abordare bazată pe competențe, comprehensivă (bio-psiho-socială), multinivelară (biomedicală, psihologică și socioculturală) și multi/inter/transdisciplinară, conceptualizând stilul de viață sănătos, în același cadru al competențelor, atât ca un mecanism de promovare/optimizare a sănătății și de prevenție a îmbolnăvirilor, cât și ca un mecanism de tratament în abordările medicale și psihologice clinice. De asemenea, ca demers inovativ la nivel național/internațional, (1) tehnologia este vizată în această *Strategie,* atât specific, cât și transversal și (2) evităm distorsiuni larg răspândite în implementarea modelului bio-psiho-social, prin reducerea factorului „*bio*" la „*medical*" și prin îngustarea factorului „*social*" (aici este inclus și cu componente cultural-etice și economice). Printr-o astfel de abordare, se evită fragmentări și abordări reducționiste, atât biomedicale, cât și psihosociale, promovându-se o abordare integrativă, bazată pe competențe și ghidată de dovezi științifice. Nu în ultimul rând, ținând cont de faptul că pseudoștiința/pseudocunoașterea s-a infiltrat în sănătate-medicină mai ales prin „*ruta*" stilului de viață *(pseudo)*sănătos, această *Strategie* se dorește și un demers cu rol de antidot și de protecție a oamenilor în fața pseudoexperților.
    - (*Open Science*: Integrare *Top-down – Bottom-up*) - Până în data de 15 octombrie 2026, se pot face sugestii la textul prezent al *Strategiei,* și anume la *Cadrul General: Viziune, Obiective strategice, Planul operațional general*, care se vor adresa coordonatorului științific.
- Obiective (O):
    - O1 – Populația aparent sănătoasă
        - Ghidurile cadru-generale - Paradigma COMPETENȚELOR
            - Alimentație/Somn/Activitate fizică/Fumat/Alcool/Sănătate mintală (Tehnologie) – *One-Total Health*
        - Ghidurile specifice-adaptate populațiilor țintă (ex. copii și adolescenți; vârstnici; populații cu risk crescut pentru patologie; populații cu cerințe educaționale speciale), unor condiții specifice (ex. femei gravide) și unor teme relevante (ex. consumul de droguri)
        - Analiza Ghidurilor existente / Analiza literaturii de specialitate / Limbaj de interfață
        - Extensii prin consultanță pentru industrie și mediul socio-economic
    - O2 – Populație aparent sănătoasă
        - Training pentru mesageri educaționali
    - O3 - Populație aparent sănătoasă
        - Campanii sociale / mass-media
    - O4 – Populație clinică
        - Ghiduri specifice-adaptate – Paradigma COMPETENȚELOR
            - Condiții medicale și Condiții psihologice

        - Transdiagnostic DAR Pot fi explorate și abordări pentru patologie specifică/probleme specifice
      - Limbaj de specialitate (specialiști în sănătate) și de interfață (pacienți)
      - Analiza Ghidurilor existente / Analiza literaturii de specialitate
      - Ghid pentru Consilierea pentru stil de viață sănătos
        - Conceptualizare complexă bio-psiho-socială
        - Facilitarea intervenției din specialitatea proprie ("5A" plus fundamente de educație pentru modificări cognitiv-comportamentale)
        - Abordarea cazului în echipe multidisciplinare
  - O5 – Monitorizare, efecte, bariere
  - O6 – Corecții și adaptări
  - Context legislativ
  - Până în data de 15 octombrie 2026, se pot face sugestii la textul prezent al *Strategiei,* și anume la *Cadrul General: Viziune, Obiective strategice, Planul operațional general*, care se vor adresa coordonatorului științific.

**Strategia pentru Stilul de Viață Sănătos. Partea II**

- De asemenea, organizațiile de specialitate/experții care doresc să se implice în etapele următoare ale *Strategiei,* și anume în elaborarea *Ghidurilor specifice* (Partea II), se vor adresa coordonatorului științific.
  - Pornind de la viziunea și principiile stabilite în *Strategie (Partea I)*, se vor elabora în etapa următoare *Ghiduri specifice*. *Ghidurile specifice* se vor elabora cu implicarea instituțiilor relevante/organizațiilor profesionale/experților interesați, urmând modele ale unor ghiduri similare din universități de prestigiu, precum Harvard și Stanford, implicând: (1) analiza Ghidurilor deja existente la nivel național/internațional (cu atenție la necesitatea actualizării informațiilor și a adoptării modelului bazat pe competențe); (2) analiza literaturii de specialitate, cu atenție la eficiență, eficacitate și analize economice, inclusiv utilizarea tehnologiei în implementare; (3) elaborarea, prin modelul competențelor, a *Ghidurilor cadru-generale* pentru populația generală (alimentație/somn/activitate fizică/alcool/fumat/sănătate mintală-incluzând tehnologia), cu atenție la interrelaționări (de componente și de profesii) și *One-Total Health*, și adaptarea apoi a acestora la (a) domenii specifice (populație generală sănătoasă /domeniu clinic); (b) populații și situații specifice (copii și adolescenți / vârstnici / populații cu cerințe educaționale speciale / populații vulnerabile / femei gravide) și (c) teme specifice (activitate sexuală / consumul de droguri / recuperare medicală). Ghidurile vor avea componente adresate specialiștilor în sănătate și/sau beneficiarilor – autoadministrare). Acest demers se va definitiva după consultarea cu instituțiile relevante/organizațiile profesionale/experții implicați.

**CUPRINS**

**Rezumat extins**

**Abrevieri**

**PRIMA PARTE**

**1. FUNDAMENTE TEORETICO-APLICATIVE ALE STILULUI DE VIAȚĂ**

1.1. CE ESTE SĂNĂTATEA

1.2. CE ESTE STILUL DE VIAȚĂ (SV)

1.3. STILUL DE VIAȚĂ ÎN DOMENIUL (PSIHO)SOCIETAL (DoS)

1.3.1. CARACTERISTICI

1.3.2. SV ȘI DETERMINANȚII SOCIETALI AI SĂNĂTĂȚII: SOCIALI, COMERCIALI ȘI DIGITALI

1.3.3. PROVOCĂRI

1.4. STILUL DE VIAȚĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL-PSIHOLOGIC CLINIC (DoMP)

1.4.1. CARACTERISTICI

1.4.2. BOLILE CRONICE NETRANSMISIBILE ȘI OBEZITATEA

1.4.3. ALIMENTAȚIA, SISTEMUL ALIMENTAR (SAL) ȘI ALIMENTELE ULTRAPROCESATE (AUP)

1.4.4. PROVOCĂRI

1.5. DE CE O STRATEGIE NAȚIONALĂ PENTRU UN STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

1.5.1. STILUL DE VIAȚĂ ÎN ROMÂNIA

1.5.2. NECESITATEA RESPONSABILIZĂRII

1.5.3. ACȚIUNI ÎN DESFĂȘURARE

**2. STRATEGIA NAȚIONALĂ PENTRU STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS:**

2.1. VIZIUNE, MISIUNE ȘI OBIECTIVE STRATEGICE ȘI GENERALE

2.2. DOMENIILE STRATEGIEI

2.2.1. DOMENIUL MEDICAL-PSIHOLOGIC CLINIC

2.2.2. DOMENIUL (PSIHO)SOCIETAL

2.3. OBIECTIVELE SPECIFICE ȘI PLANUL OPERAȚIONAL GENERAL

**3. CONCLUZII GENERALE**

## PARTEA A DOUA

## GHIDURILE STRATEGIEI (DE ELABORAT)

- Așa cum s-a spus anterior, pornind de la viziunea și principiile stabilite în *Strategie (Partea I)*, se vor elabora în etapa următoare *Ghiduri specifice*. *Ghidurile specifice* se vor elabora cu implicarea instituțiilor relevante/organizațiilor profesionale/experților interesați, urmând modele ale unor ghiduri similare din universități de prestigiu, precum Harvard și Stanford, implicând: (1) analiza Ghidurilor deja existente la nivel național/internațional (cu atenție la necesitatea actualizării informațiilor și a adoptării modelului bazat pe competențe); (2) analiza literaturii de specialitate, cu atenție la eficiență, eficacitate și analize economice, inclusiv utilizarea tehnologiei în implementare; (3) elaborarea, prin modelul competențelor, a *Ghidurilor cadru* pentru populația generală (alimentație/somn/activitate fizică/alcool/fumat/sănătate mintală-incluzând tehnologia), cu atenție la interrelaționări (de componente și de profesii) și *One-Total Health*, și adaptarea apoi a acestora la (a) domenii specifice (populație generală sănătoasă /domeniu clinic); (b) populații și situații specifice (copii și adolescenți / vârstnici / populații cu cerințe educaționale speciale / populații vulnerabile / femei gravide) și (c) teme specifice (activitate sexuală / consumul de droguri / recuperare medicală). Ghidurile vor avea componente adresate specialiștilor în sănătate și/sau beneficiarilor – autoadministrare). Aceast demers se va definitiva după consultarea cu instituțiile relevante/organizațiile profesionale/experții implicați.
    - Universitatea Harvard – ex. *Harvard Healthy Living Guide* (https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/2024/01/02/healthy-living-guide-2023-2024/) sau *Harvard Healthy Lifestyle Habits* (https://www.health.harvard.edu/healthbeat/healthy-lifestyle-habits);
    - Universitatea Stanford – ex. *Stanford Lifestyle Medicine* (https://lifestylemedicine.stanford.edu/pillars/).

ANEXA 1. Ghidul pentru stilul de viață sănătos; Trunchiul comun format din șase ghiduri, adresate populației adulte, aparent sănătoase

A.1. Ghidul pentru alimentația sănătoasă; Ghidul alimentației carpato-danubiene

A.2. Ghidul pentru activitate fizică și viață activă (antisedentară)

A.3. Ghidul pentru somnul sănătos

A.4. Ghidul pentru controlul consumului de alcool

A.5. Ghidul pentru combaterea fumatului

A.6. Ghidul pentru promovarea comportamentelor asociate sănătății mintale

A.7. Ghid pentru aplicarea metodei „5A”, completată cu cadrul specific al modificărilor cognitiv-comportamentale; Aplicabil la ghidurile A1 – A6

A.8. Ghid pentru monitorizare, evaluare și corecții (pentru ghidurile A1 – A7)

ANEXA 2. Ghidul pentru optimizarea stilului de viață în domeniul medical; Ghidul pentru medicina stilului de viață

ANEXA 3. Ghidul pentru optimizarea stilului de viață în domeniul psihologic (psihosocial). Ghidul pentru psihologia stilului de viață

ANEXA 4. Ghidul pentru stil de viață la copii și adolescenți

ANEXA 5. Ghidul pentru stil de viață la vârstnici

ANEXA 6. Ghidul pentru optimizarea stilului de viață la persoanele cu dizabilități

ANEXA 7. Ghidul pentru populația vulnerabilă (populația la risc)

ANEXA 8. Ghidul pentru stil de viață la femeile gravide

ANEXA 9. Ghidul pentru sănătatea vieții sexuale

ANEXA 10. Ghidul pentru prevenirea consumului de droguri ilegale

ANEXA 11. Ghidul pentru optimizarea stilului de viață în recuperarea medicală

ANEXA 12. Ghidul pentru campania „ȘASE PENTRU SĂNĂTATE” și „STILUL DE VIAȚĂ PENTRU SĂNĂTATEA VOASTRĂ”

ANEXA 13. Ghidul campaniei „ÎNGRIJEȘTE-TE”: autoîngrijirea pentru sănătatea fizică (nutriție, activitate fizică, somn, igienă corporală, automedicație), sănătatea mintală (atitudine, reziliență și „*time out*”), sănătatea spirituală (energizarea, conexiunile sociale, sensul vieții) *(adaptat după Ghidul Universității Harvard)*

**ABREVIERI**

ADA: American Diabetes Association

AHA: American Heart Association

Al Med: alimentația mediteraneeană

Al CD: alimentația carpato-danubiană

AUP: alimentația ultraprocesată

BCN: boli cronice netransmisibile

DZ: diabet zaharat

DoS: domeniul societal

DoMP: domeniul medical psihosocial clinic

DSS: determinanții sociali ai sănătății

FAO: Food and Agriculture Organization

FORO: Forumul Român de Obezitate

GLP: glucagon-like peptide

OMS: Organizația Mondială a Sănătății

ONU: Organizația Națiunilor Unite

POB: persoană cu obezitate

SV: stil de viață

SVS: stil de viață sănătos

SVN: stil de viață nesănătos

## REZUMAT EXTINS

**Fundamente:**

Inovația acestei *Strategii pentru Stilul de Viață Sănătos* constă într-o abordare bazată pe competențe, comprehensivă (bio-psiho-socială), multinivelară (biomedicală, psihologică și socioculturală) și multi/inter/transdisciplinară, sumarizată astfel:

- Stilul de viață (SV) definește suma comportamentelor umane, relativ stabile transsituațional, care acoperă cel puțin următoarele componente cheie: (1) alimentația, (2) activitatea fizică, (3) somnul, (4) fumatul, (5) consumul de alcool, (6) comportamente participative: aderența la autoîngrijire (inclusiv gestionarea/managementul stresului), la programele de sănătate, la viața socială, spirituală și religioasă. Dintre acestea, alimentația/nutriția este considerată adesea ca *marker și maker* al dezvoltării societății. De asemenea, aflându-ne în cadrul revoluției industriale 4.0/5.0, tehnologia (și utilizarea acesteia) apare atât ca o componentă specifică a stilului de viață, cât și ca una transversală în componentele cheie descrise mai sus.
- Raportate la asocierea cu sănătatea – o stare de bine fizic, psihic și social –, comportamentele sunt clasificate ca „sănătoase" (*healthy behaviour*) sau „nesănătoase" (*unhealthy behaviour*).
    - O clarificare cheie este ce înseamnă astăzi „starea de bine" din definiția sănătății. Deși, de cele mai multe înseamnă „valență pozitivă", aceasta trebuie corelată cu „funcționalitatea": uneori valența pozitivă nu este funcțională, iar funcționalitatea nu implică mereu valența pozitivă (ex. starea de îngrijorare în fața unui pericol poate să fie funcțională – „sănătoasă"). Așadar, atât valența, cât și funcționalitatea vor fi considerate în implementarea conceptului de sănătate în prezenta *Strategie*.
- Comportamentele sănătoase caracterizează stilul de viață sănătos (SVS) din domeniul (psiho)social (DoSoc), cu rol important în prevenirea bolilor, îngrijirea/promovarea/optimizarea sănătății (*health care/promotion*), dar și în dezvoltarea/optimizarea acesteia. De asemenea, acestea devin prescriptive în intervenții psihologice și medicale, pentru tratamentul unor condiții clinice. Adăugăm uneori termenul „psiho" – (psiho)social – pentru a accentua cauzele psihologice proximale ale comportamentelor cu relevanță socială.
- Comportamentele nesănătoase definesc stilul de viață nesănătos (SVN), caracteristic pentru domeniul medical-psihologic clinic (DoMP). Este studiat și practicat în cadrul medicinei stilului de viață (*lifestyle medicine*) și psihologiei stilului de viață (*lifestyle psychology*), ca parte a îngrijirii medicale (*medical care*) și psihologice (*psychological care*). Uneori vom include termenul „social" – psihosocial – pentru a reliefa relevanța socială a comportamentelor ca rezultate ale minții umane.
- Trebuie subliniat însă că prezența comportamentelor sănătoase și nesănătoase în SV este mixtă. Astfel, în SVS predomină comportamentele sănătoase față de cele nesănătoase care pot fi și ele prezente. În SVN predomină comportamentele nesănătoase, dar pot fi prezente și cele sănătoase. De aceea, considerăm că, pentru misiunea *Strategiei,* este mai utilă folosirea termenilor specifici/descriptivi de comportamente sănătoase sau nesănătoase. Așa cum am arătat, SV este un termen generic și îl păstram deoarece este deja statuat, dar „comportamentul"

este o entitate specifică, mai precisă. Evident, vom defini clar și entitatea (ex. alimentația sănătoasă). Folosirea alternativă și a termenului de SV o facem contextual, așa cum se vede în continuare.

- Când vorbim de comportamente sănătoase și nesănătoase, este important atât să le cunoaștem, cât și să le înțelegem cauzalitatea, astfel încât demersurile legate de un stil de viață sănătos să includă (1) atât prescripții medicale și/sau cognitiv-comportamentale (ce trebuie făcut), cât și intervenții de sănătate care să le faciliteze (cum trebuie făcut – în baza cunoașterii factorilor lor cauzali). De asemenea, demersul trebuie obligatoriu încadrat în competențele pentru un stil de viață sănătos, pentru a avea și a treia componentă, și anume componenta valoric-atitudinală (de ce este important să facem ce trebuie făcut).
- Evaluarea SV în țara noastră (bazată pe raportările existente), evidențiază frecvența crescută a comportamentelor nesănătoase, ceea ce justifică necesitatea elaborării Strategiei.

# Traiectul comportamentelor predominant nesănătoase (SV nesănătos) este asociat cu frecvența crescută a patologiei cronice (bolile cardiovasculare, cancerele, diabetul zaharat/obezitatea, bolile respiratorii cronice, alte boli cronice), a perturbării sănătății mintale, a scăderii speranței de viață și a calității vieții. Ele sunt prezente sub diferite forme la toate vârstele, la ambele sexe și în diferite medii socioeconomice.

# Acolo unde nu există date comprehensive și reprezentative statistic despre stilul de viață sănătos, în România ne raportăm la datele internaționale, coroborate cu cercetări mai punctuale și din țară.

- *Strategia națională pentru un stil de viață sănătos* (în continuare *Strategia*) reprezintă totalitatea acțiunilor de responsabilizare, reactive la traiectul/analiza SV, și proactive, raportate la proiecțiile internaționale existente și potențial valabile la noi.

**Viziunea *Strategiei*:**

# Conștientizarea populației din domeniul (psiho)societal (DoS), cu privire la importanța SV pentru generarea sănătății, cât și facilitarea practicării lui. Este parte a prevenției primordiale și primare.

# Ameliorarea spectrului clinic la persoanele din domeniul medical și psihologic (DoMP), contribuind astfel la creșterea speranței de viață, optimizarea calității vieții și scăderea morbi-mortalității. Este parte a prevenției secundare, terțiare și cuaternare.

**Misiunea *Strategiei:***

# Să proiecteze la nivel societal (DoS) generarea competențelor necesare promovării comportamentelor sănătoase și decelerării comportamentelor nesănătoase, prin raportare la cele mai avansate cunoștințe științifice și ghiduri/practici internaționale.

# Să faciliteze ameliorarea specifică (decelerarea) a comportamentelor nesănătoase din domeniul medical-psihologic (DoMP), dublată de accelerarea comportamentelor sănătoase.

**Beneficiile *Strategiei*** se interpretează în cadrul tipuri majore de prevenție/profilaxie: primordială, primară, secundară și terțiară, incluzând și prevenția quaternară.

Elaborarea acestui document s-a făcut pe baza comunicatelor oficiale ale OMS, ONU, FAO, rapoartelor Comisiilor LANCET și datelor din literatura de specialitate privind bolile cronice netransmisibile și stilul de viață, care se regăsesc în lista de referințe, inclusiv, acolo unde datele nu erau disponibile, pe experiența profesională a experților implicați. De asemenea, în demersurile ulterioare, Strategia va rămâne ancorată în cele mai avansate cunoștințe științifice și ghiduri/practici internaționale, inclusiv în angajamente naționale și internaționale relevante.

**PRIMA PARTE**

# 1. FUNDAMENTE TEORETICO-APLICATIVE ALE STILULUI DE VIAȚĂ

## 1.1. CE ESTE SĂNĂTATEA

▪ OMS definește sănătatea prin starea de bine fizic, mintal (psihic) și social, asociată cu starea de bine (*well-being*). Aceasta presupune funcționarea normală a tuturor organelor și sistemelor corpului, care permite omului o bună inserție socială. În acest sens, vorbim despre sănătate fizică, psihică și socială. Deși importantă, lipsa bolilor nu este o condiție suficientă pentru definirea sănătății [1-3].

- O clarificare cheie este ce înseamnă astăzi „starea de bine" din definiția sănătății. Deși, de cele mai multe înseamnă „valență pozitivă", aceasta trebuie corelată cu „funcționalitatea": uneori valența pozitivă nu este funcțională, iar funcționalitatea nu implică mereu valența pozitivă (ex. starea de îngrijorare în fața unui pericol poate să fie funcțională – „sănătoasă"). Așadar, atât valența, cât și funcționalitatea vor fi considerate în implementarea conceptului de sănătate în prezenta *Strategie*.

▪ Sănătatea este determinată de o constelație de factori de „sanogeneză", în care stilul personal de viață este foarte important, alături de alți factori biomedicali (ex. genetici, epigenetici) și psihosociali (ex. atribute psihocomportamentale, factori de mediu, determinanții sociali și comerciali) [4-6].

▪ Între sănătatea omului și sănătatea planetară există o certă interdependență, în ceea ce se numește *ONE-TOTAL HEALTH*. Sănătatea omului este parte din sănătatea planetară, iar omul, la rândul său, influențează sănătatea pământului. Un recent raport al Comisiei Lancet este dedicat pentru *One Health* în care se intercondiționează sănătatea omului cu complexitatea factorilor biotici și abiotici ai sănătății pământului [7].

▪ Organismele științifice și politice internaționale acordă o mare importanță sănătății. În acest an, tema Zilei mondiale a sănătății (7 aprilie) este „*Împreună cu Știința spre Sănătate*". Toate acestea conturează noua cultură a sănătății, în cadrul căreia, la efortul milenar de îngrijire a bolnavilor, se adaugă promovarea sănătății [8-10].

## 1.2. CE ESTE STILUL DE VIAȚĂ (SV)

▪ Stilul de viață (SV) este un termen generic, introdus inițial în științele psihosociale, care definește suma comportamentelor umane, relativ stabile transsituațional. Raportate la sănătate, comportamentele pot fi sănătoase sau nesănătoase [10-13].

▪ Comportamentele sănătoase caracterizează stilul de viață sănătos (SVS), cu rol de bază în promovarea și îngrijirea sănătății (*health care*) și prevenirea bolilor la nivel individual și societal (DoS). De asemenea, acestea devin prescriptive în intervenții psihologice și medicale, pentru tratamentul unor condiții clinice. Adăugăm uneori termenul „psiho" – (psiho)social – pentru a accentua cauzele psihologice proximale ale comportamentelor cu relevanță socială.

▪ Comportamentele nesănătoase definesc stilul de viață nesănătos (SVN), caracteristic pentru domeniul medical și psihologic clinic (DoMP). Sunt studiate în cadrul medicinei stilului de viață (*lifestyle medicine*) și psihologiei stilului de viață (*lifestyle psychology*), ca parte obligatorie a îngrijirii medicale (*medical care*) și psihologice (*psychological care*). În ambele situații, acțiunea definitorie este optimizarea stilului de viață prin transformarea comportamentelor nesănătoase în comportamente sănătoase.

▪ Cele două tipuri de comportamente au o distribuție mixtă în SVS și SVN. Astfel, în SVS predomină comportamentele sănătoase, dar pot fi prezente și cele nesănătoase. În SVN predomină comportamentele nesănătoase față de cele sănătoase, care pot fi și ele prezente.

▪ Considerăm că, în cadrul *Strategiei,* este mai adecvată folosirea termenilor de comportamente nesănătoase/sănătoase, față de SVN/SVS. Așa cum am arătat, SV este un termen generic și îl păstram deoarece este deja statuat, dar comportamentul este o entitate precisă specifică. Evident, ne vom îndrepta atenția asupra entității, iar folosirea alternativă a termenului de SV o vom face contextual.

▪ Când vorbim de comportamente sănătoase și nesănătoase, este important atât să le cunoaștem, cât și să le înțelegem cauzalitatea, astfel încât demersurile legate de un stil de viață sănătos să includă atât prescripții cognitiv-comportamentale și/sau medicale (ce trebuie făcut), cât și intervenții care să le faciliteze (cum trebuie făcut – în baza cunoașterii factorilor lor cauzali). De asemenea, demersul trebuie obligatoriu încadrat în competențele pentru un stil de viață sănătos, pentru a avea și a treia componentă, și anume componenta valoric-atitudinală (de ce este important să facem ce trebuie făcut).

În figura 1, SV este reflectat prin comportamente asociate domeniului sănătății în societate și domeniului medical-psihologic clinic și sunt prezentate acțiunile necesare în abordarea acestor comportamente.

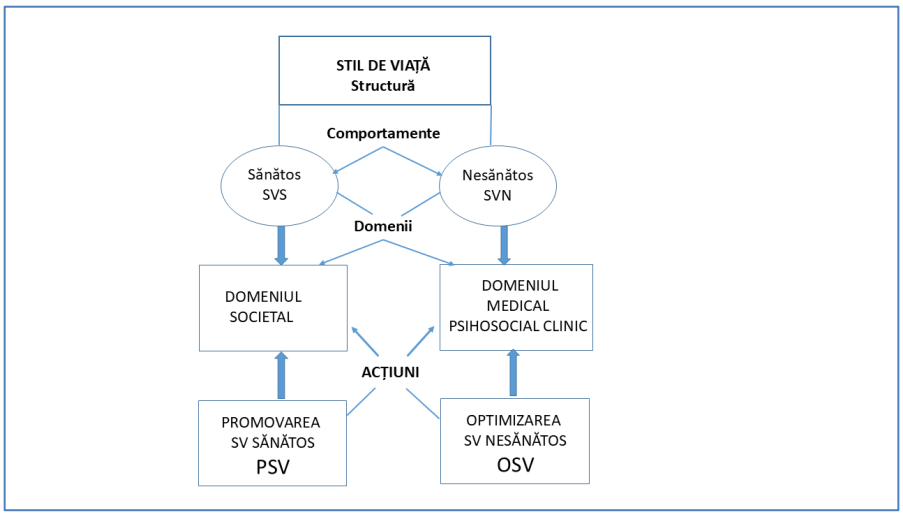



**Figura 1.** Stilul de viață: comportamente, domenii și acțiuni.

În tabelul 1, prezentăm caracteristici ale principalelor comportamente care definesc SVS. Alimentația, activitatea fizică și somnul sunt comportamente vitale, deoarece fără ele viața nu ar fi posibilă. Fumatul și consumul de alcool sunt tot parte din SV nesănătos, dar nu sunt comportamente vitale, deși sunt extrem de relevante și le influențează pe cele vitale. Toate celelalte comportamente sunt importante, amplificând sau nu, intensitatea primelor trei menționate. În acest sens, se interpretează abilitatea coabitării cu stresul psihosocial, a comportamentului sexual, a participării la autoîngrijire și la viață socială, spirituală sau religioasă. Alimentația/nutriția este considerată adesea ca *marker și maker* al dezvoltării societății. Aflându-ne în plină revoluție industrială (4.0/5.0), relația cu tehnologia devine la rândul ei o componentă importantă a stilului de viață.

**Tabelul 1.** Principalele caracteristici ale SVS (sinteză din referințele [14-16]).

| **ALIMENTAȚIA: MODELUL CARPATO-DANUBIAN**<br>**(comportament vital al SV)** |
|---|
| ▪ Adaptată caloric, raportată la vârstă, sex, profesie și la nivelul de activitate fizică. |
| ▪ Formată din toate grupurile alimentare, dar predomină cele de origine vegetală. |
| ▪ Caracteristicile alimentelor: legumele, zarzavaturile, fructele să fie proaspete, de producție locală și sezoniere. Cerealele să fie integrale, uleiurile vegetale nerafinate, carnea de calitate superioară, lactatele preferabil fermentate (iaurt, kefir), nucile/alunele nesărate și neîndulcite. Murăturile în saramură reprezintă alimente bogate în fibre, probiotice, potasiu, dar și sare. Atenționare restrictivă pentru: alimentele ultraprocesate (de producție industrială, foarte sărate, dulci + alte ingrediente), băuturile carbogazoase, fresh-urile de fructe sau legume și înghețata. |
| ▪ Pregătirea meselor (gătitul) să urmeze posibilitățile gastrotehnice moderne (ex. preparare la abur, gătire lentă), evitând tradițiile nesănătoase (ex. prăjirea). |
| ▪ Mesele se iau în decurs de 12 ore (mic dejun, prânz, cină și, eventual, două gustări). Alimentele trebuie mestecate, NU băute (fresh-uri), se mănâncă la masă, NU în pat, în picioare, pe stradă sau în mașină (ex. mic dejun în mașină). |
| ▪ Porțiile sunt raportate la aportul caloric, iar proporțiile la piramida mediteraneeană: la baza ei sunt alimentele vegetale (se consumă zilnic și de mai multe ori pe zi), la mijlocul piramidei sunt: carnea, peștele, ouăle, lactatele, nucile/alunele (consumate săptămânal, dar nu zilnic). În vârful piramidei, sunt alimentele cu consum restricționat lunar (bogate în sare, zahăr, grăsimi). |
| ▪ Alimentația se va adapta la perioada sărbătorilor religioase, precedate de posturi, la vacanțe, la primele 5 zile ale săptămânii (zile lucrătoare), față de sfârșitul ei, la evenimente și socializări. |
| ▪ Se recomandă limitarea consumului de sare (solnița să nu fie pe masă), zahăr (< 5% din totalul caloriilor), de grăsimi „trans” și de grăsimi saturate. O nouă atenționare: nu toate |

alimentele ultraprocesate sunt nesănătoase (ex. cele bogate în fibre) și nu toate cele vegetale sunt sănătoase (ex. uleiurile vegetale și cerealele rafinate, sticksurile vegetale).

▪ Se propune utilizarea „fără zgârcenie" a mirodeniilor, totuși, cu atenție la conținutul de sare.

▪ Hidratarea de bază (aproximativ 2L/zi) constă în apă, ceaiuri cu sau fără cofeină, la care se adaugă supele, lactatele, fructele cu conținut mare de apă. Atenționare restrictivă la alcool.

**ACTIVITATEA FIZICĂ**

**(comportament vital al SV)**

▪ Conform recomandărilor OMS: cel puțin 150 de minute/săptămână de activitate fizică predominant aerobă (ex. activități care cresc ritmul cardiac și respirația, precum mersul alert, alergarea, înotul sau mersul pe bicicletă).

▪ Adaptarea la vârstă, sex, profesie, posibilități economice, disponibilități de timp.

▪ Orice recomandare va fi discutată cu persoana, pacientul, beneficiarul. Se va respecta dorința lui și preferința pentru un anume tip de mișcare – în special, exercițiile de rezistență.

▪ De mare importanță este activitatea fizică ocupațională; se vor căuta posibilitățile de extindere a activității fizice în cadrul exercitării oricărei profesii.

▪ La fel de importantă este organizarea activității fizice în timpul liber, când există marele pericol al instalării treptate a „comodității" și, deci, a sedentarismului.

**SOMNUL**

**(comportament vital al SV)**

▪ Durata somnului: 7-8 ore, din care 1-2 ore să fie înainte de miezul nopții.

▪ Calitatea somnului este esențială și va fi asigurată de:

# Pregătirea culcării: ultima masă cu 2-3 ore înainte, la fel și activitatea fizică.

# Evitarea emisiunilor TV, a utilizării tefefoanelor mobile/altor „ecrane" sau a lecturilor cu mare încărcătură emoțională, cu cel puțin o oră înaintea culcatului.

# Mâncatul în pat nu face parte din igiena somnului.

# În principiu, se opresc total lumina și sunetele de orice fel (ex. muzică).

# Somnul să fie continuu, cu o singură eventuală întrerupere.

▪ Verificarea calității somnului se face prin evaluarea stării fizice și psihice de la trezire (inclusiv prin absența sforăitului, a apneei și a insomniilor de orice fel.)

**FUMATUL**

- Niciun tip de fumat nu este acceptat în SVS.

**CONSUMUL DE ALCOOL**

- Orice consum de alcool poate implica riscuri pentru sănătate, chiar și în cantități mici.
- În cazul persoanelor care nu au consumat alcool anterior, se recomandă să mențină starea de abstinență la alcool, iar cei care consumă alcool ar trebui să îl reducă treptat, până la abandon.

**ALTE COMPORTAMENTE POTENȚIAL BENEFICE PENTRU SĂNĂTATE**

- Comportamentele asociate sănătății mintale, mai ales cele legate de autoreglare psihologică (emoțională/cognitivă/comportamentală) și combaterea stresului psihosocial. De asemenea, calitatea conexiunilor sociale și prieteniile, precum și evitarea însingurării, sunt foarte utile pentru sănătatea mintală; de asemenea, sunt benefice activitățile care stimulează și mențin mintea activă – „participare mintală" (de exemplu, cititul, învățarea, jocurile de logică sau activitățile creative).
- Participarea la autoîngrijire prin aderența la programele de sănătate, și viața sexuală echilibrată. Cea mai bună armă împotriva stresului este SVS.
- Implicarea în acțiuni de ameliorare a mediului (ex. limitarea risipei alimentare sau a reducerii expunerii la mediul poluat).
- Participarea la viața spirituală sau religioasă este tot mai mult asociată cu sănătatea.

Așa cum afirmam, în plină revoluție industrială 4.0/5.0, care stimulează o integrare între om și tehnologie, utilizarea tehnologiei devine parte din stilul de viață sănătos, mai ales în legătură cu sănătatea mintală (dependențe), dar și ca mijloc de implementare practică a unui stilul de viață sănătos (utilizat de către indivizi și de către organizații/instituții de sănătate). Spre exemplu, concluziile recente arată că o utilizare moderată a tehnologiei poate îmbunătăți funcționarea personală, în timp ce ignorarea acesteia poate duce la pierderea unor avantaje competitive, iar utilizarea excesivă poate cauza diverse boli fizice/psihice (vezi la https://www.oecd.org/en/publications/impacts-of-technology-use-on-children_8296464e-en.html). Inclusiv Raportul PISA 2025 susține o astfel de perspectivă cu referire la performanța educațională a copiilor (pentru detalii și nuanțe, vezi aici: https://www.oecd.org/en/publications/2026/09/pisa-2025-results-volume-i_5265bfb1.html).

▪ În figura 2, prezentăm „mozaicul” principalelor comportamente ale stilului de viață. Alimentația, activitatea fizică, somnul și managementul stresului pot influența sănătatea în sens favorabil (comportamente sănătoase, notate cu +) sau nefavorabil (comportamente nesănătoase, notate cu -). Fumatul și consumul de alcool sunt întotdeauna încadrate în categoria comportamentelor nesănătoase (notate cu -). Comportamentele sănătoase generează sănătatea fizică, mintală și socială, contribuind la sănătatea planetară. Comportamentele nesănătoase contribuie la apariția bolilor cronice și la afectarea sănătății mintale și pot avea, în timp, un impact negativ și asupra mediului și ecosistemelor.

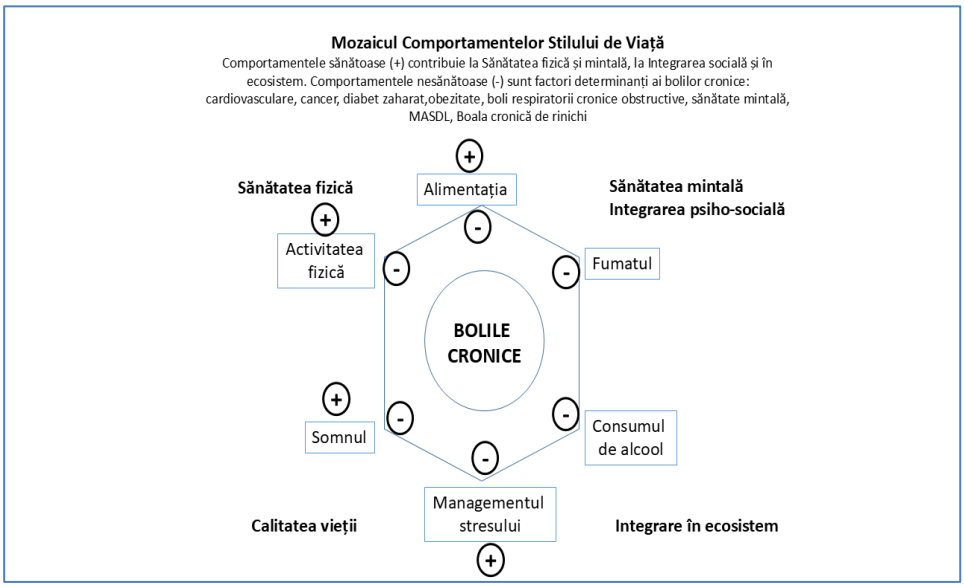



**Figura 2.** Mozaicul comportamentelor stilului de viață (explicații în text).

▪ Comportamentele stilului de viață se manifestă în toate perioadele vieții, evident cu diferențe de intensitate și timp. Se asociază cu determinanții sociali și comerciali ai sănătății care, la rândul lor, au diferite efecte asupra sănătății, în corelație cu ecosistemul. În acest sens, vom prezenta rolul stilului de viață în cele două domenii menționate.

## 1.3. STILUL DE VIAȚĂ ÎN DOMENIUL (Psiho)SOCIETAL (DoS)

### 1.3.1. CARACTERISTICI

▪ Domeniul (psiho)societal se referă la nivelul întregii societăți. Introducem uneori termenul „psiho” – (psiho)social – pentru a accentua ideea de cauze proximale și în cazul comportamentelor relevante social.

▪ Prezența comportamentelor sănătoase în societate este importantă, promovarea lor fiind parte din misiunea *Strategiei*.

▪ Analiza SV în domeniul societal din țara noastră relevă existența comportamentelor nesănătoase la populația adultă, așa cum sunt prezentate în tabelul 2. Se remarcă frecvența crescută a alimentației nesănătoase, a sedentarismului, a consumului de alcool și fumatului, probabil agregate sub forma unor clustere agresive pentru sănătate.

▪ În același sens, de o importanță deosebită este raportul ESPAD 2024 (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) publicat în 21 octombrie 2025 [17].

Concluziile sunt edificatoare cu privire la rata crescută a comportamentelor menționate, în rândul elevilor de 15-16 ani în 37 de țări. Ministerul Educației și Cercetării (MEC) analizează astfel rezultatele pentru țara noastră [18]:

> # Pentru adolescenții din România, concluzia este că, în timp ce consumul de droguri este în creștere, acesta rămâne totuși sub media europeană, dar băieții sunt peste media europeană la jocurile de noroc și la consumul de alcool, iar fetele sunt peste media europeană la fumat și la dependența de internet. Așadar, provocările sunt legate de nivelul ridicat al consumului de alcool și fumat la vârste fragede, existând riscul să se permanetizeze la adulți. Se adaugă creșterea participării la jocuri de noroc online și expunerea la riscuri digitale. În acest sens, MEC s-a angajat să continue dezvoltarea în școli a educației pentru sănătate, a promovării unui stil de viață echilibrat și va elabora politici în domeniul sănătății publice bazate pe dovezi.

### 1.3.2. SV ȘI DETERMINANȚII SOCIETALI AI SĂNĂTĂȚII: SOCIALI, COMERCIALI ȘI DIGITALI

**Determinanții sociali** ai sănătății (DSS) definesc toate condițiile de mediu natural sau construit în care o persoană sau populația s-a născut, a trăit și a muncit. Acestea sunt grupate în următoarele 5 domenii [19, 20, 21, 22]:

# Stabilitatea economică;

# Mediul natural sau construit;

# Accesul la educație și nivelul de educație;

# Contextul social și comunitar;

# Accesul și nivelul îngrijirii pentru sănătate.

▪ Fiecare domeniu are structuri și funcții proprii, aflate în interacțiune cu celelalte domenii care influențează stilul de viață, calitatea vieții, nivelul și calitatea sănătății. Influența poate fi pozitivă sau negativă, diferit distribuită în populație, generând inegalități raportate la morbi-mortalitate [3].

▪ Identificarea DSS devine foarte importantă la o persoană sau grup populațional, având în vedere influența exercitată asupra nivelului diferitelor comportamente: alimentația (securitatea alimentară și nutrițională), activitatea fizică (urbanismul și sedentarismul), fumatul și consumul de alcool (influența mediului nociv asupra abandonului consumului), tulburările de somn (mediul construit neadecvat), dificultățile accesării sistemului de sănătate în mediul rural și/sau defavorizat socioeconomic.

**Determinanții comerciali** ai sănătății sunt definiți ca strategii și practici ale companiilor private care, prin interacțiunea lor cu piața și consumatorii, influențează sănătatea indivizilor și a populației în ansamblu, adesea cu scopul de a genera profit [19, 20].

Câteva exemple de determinanți comerciali negativi:

- Industria tutunului: marketing agresiv, creșterea dependenței;
- Industria băuturilor alcoolice: promovarea consumului care poate deveni excesiv;

- Industria alimentară (alimentație ultraprocesată, zahăr, *fast-food*): marketing de produse nesănătoase;
- Marketingul agresiv: publicitate direcționată către tineri și grupuri vulnerabile;
- *Lobby*-ul politic: încercarea de a influența legile în favoarea profitului, nu a sănătății publice;
- Lanțuri de aprovizionare: impactul asupra mediului (defrișări) și condițiilor de muncă.

**Determinanții digitali ai sănătății** sunt factorii lumii digitale – precum accesul la internet, disponibilitatea dispozitivelor, alfabetizarea digitală, *bias*-urile algoritmilor și designul platformelor – care influențează capacitatea persoanelor de a accesa îngrijire, informații și servicii, afectând astfel rezultatele în materie de sănătate și bunăstare, inclusiv competențele de evaluare critică a informațiilor despre sănătate, la fel ca și determinanții sociali tradiționali (ex. venit, educație), dar influențați de rolul tot mai mare al tehnologiei în viața de zi cu zi [23, 24].

### 1.3.3. PROVOCĂRI

▪ Promovarea comportamentelor sănătoase (SVS) la toate vârstele și în toate mediile sociale este parte integrantă a misiunii *Strategiei.*

▪ Este necesară depistarea/screeningul comportamentelor nesănătoase în populația adultă, cu deosebire în mediul rural și în grupurile profesionale expuse riscurilor cauzate de sedentarism, alimentație nesănătoasă, consum de alcool, fumat și consum de substanțe interzise.

▪ În rândul elevilor este necesară intensificarea promovării preventive a comportamentelor sănătoase și a unui stil de viață echilibrat, ceea ce este una dintre misiunile *Strategiei*. Este importantă depistarea obezității/supraponderii în cadrul unei acțiuni structurate la nivel național la grupul populațional de vârstă școlară, urmată de măsuri individuale de îngrijire.

▪ Folosirea inteligenței artificiale (AI: artificial intelligence) este o mare promisiune în nutriție și obezitate. Aplicarea în practică necesită standardizări, ghiduri, protocoale, pentru a amplifica corectitudinea și a diminua erorile posibile [25-27].

## 1.4. STILUL DE VIAȚĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL-PSIHOLOGIC CLINIC (DoMP)

### 1.4.1. CARACTERISTICI

▪ Așa cum s-a arătat, în viziunea OMS, sănătatea este tridimensională – fizică, mintală, socială – și conectată cu sănătatea planetară. Modelul biomedical-psihosocial interpretează la nivel conceptual această definiție. În acest sens, considerăm domeniul medical și cel psihologic clinic ca un tot unitar, sub forma „Domeniului medical-psihologic clinic” [28-29]. Uneori vom include termenul „social” – psihosocial – pentru a reliefa relevanța socială a comportamentelor ca rezultate ale minții umane.

▪ În acest domeniu, SV este prezent sub forma comportamentelor predominant nesănătoase la persoane cu afecțiuni cronice și diferite fenotipuri ale sănătății psihologice. Se definește astfel stilul de viață nesănătos. Importanța comportamentelor nesănătoase – în special a alimentației – este cel mai bine înțeleasă în cadrul conceptelor „bolile cronice netransmisibile – obezitatea”, „alimentația – sistemul alimentar” și „alimente – alimentația ultraprocesata”.

## 1.4.2. BOLILE CRONICE NETRANSMISIBILE ȘI OBEZITATEA

▪ Bolile cronice netransmisibile (BCN) sunt descrise ca atare de către OMS și ONU [30-35] cu referire la:

# Bolile cardiovasculare/cerebrovasculare, cancerele, diabetul zaharat, bolile bronhopulmonare;

# Afectarea sănătății mintale și a celei sociale (*well-being*).

▪ Conform datelor anunțate în septembrie 2025, BCN provoacă 37 de milioane de decese anual, cele mai multe fiind de cauză cardiovasculară. Hipertensiunea arterială este prezentă la 1,3 miliarde de persoane, din care doar 1/5 sunt controlate. Aproximativ 800 de milioane de persoane au diabet zaharat. În cursul vieții, o persoană din 5 dezvoltă o formă de cancer. Un număr de 674 de milioane de oameni au boli renale cronice (încă nemenționate în cadrul BCN). Un miliard de persoane sunt afectate de modificarea sănătății mintale (anxietate, depresie, psihoze), aflată în interacțiune cu cele patru BCN [35].

▪ Factorii de risc modificabili asociați cu BCN sunt: fumatul, consumul de alcool, alimentația nesănătoasă, nivelul redus de activitate fizică, poluarea aeriană. Frecvența acestora în lume este alarmantă: 1,3 miliarde de fumători, acest consum cauzând mai mult de 7 milioane de decese anual, inclusiv 1,6 milioane prin expunere pasivă. Consumul de alcool este asociat cu 2,6 milioane de decese anual [31]. Expunerea la poluare este semnificativă și provoacă 7 milioane de decese pe an [35].

▪ În țările UE, 90% dintre decese sunt cauzate de BCN, concomitent cu un număr foarte mare de zile de incapacitate. Consecințele economice sunt de ordinul miliardelor de euro anual [32].

▪ De maximă importanță este constatarea că prin optimizarea stilului de viață se previn multe dintre decesele premature cauzate de BCN [19, 20, 32].

▪ OBEZITATEA nu a fost oficial inclusă până în prezent în categoria BCN (cu excepția unui document al OMS și a unor poziții ale Parlamentului UE), dar este asociată constant cu acestea, fiind considerată poarta de intrare pentru bolile cronice netransmisibile [36].

Faptul are o deosebită importanță deoarece s-a demonstrat că prin tratamentul eficient al obezității se ameliorează spectrul clinic și chiar frecvența BCN [37], iar „dacă vrem să abordăm bolile cronice, trebuie să abordăm obezitatea” se menționează în recentul ghid american de management al obezității [38]. Optimizarea stilului de viață este condiția *sine qua non* în îngrijirea persoanelor cu obezitate, fiind menționată cu insistență în Recomandările Forumului Român de Obezitate – FORO încă de la prima ediție (2022) și apoi repetat anual (2023 și 2025), chiar și atunci când medicația modernă (agoniștii receptorilor GLP-1) a devenit disponibilă în România [39, 40].

Faptul că stilul de viață este atât de important în managementul obezității, care la rândul ei se constituie într-o prezență constantă și tratabilă a patologiei cronice, *transformă optimizarea stilului de viață în metodă fundamentală a medicinii preventive.*

▪ Componentele nesănătoase ale SV – alimentația, fumatul, consumul excesiv de alcool, sedentarismul, somnul nesănătos, gestionarea deficitară a stresului psihosocial – sunt factori

importanți în relația cu obezitatea. Aceștia sunt factori etiopatogenetici, controlul lor participă la prevenirea bolii, iar *optimizarea stilului de viață este o metodă obligatorie în toate etapele îngrijirii persoanelor cu boli cronice* [39].

▪ Importanța acestor date se amplifică prin constatarea că:

# obezitatea a devenit o boală cronică pandemică [41, 42];

# frecvența ei la copii este alarmant de crescută [43];

# comportamentele nesănătoase, obezogene se constată frecvent în rândul școlarilor, controlul lor fiind îngreunat de negativismul părinților [43];

# abordarea ineficientă a SVN în rândul copiilor/elevilor prelungește obezitatea în perioada adolescenței și la adulți când, de regulă, se însoțește de comorbidități metabolice (diabet zaharat, dislipidemii, sindrom metabolic, hipertensiune arterială) și apoi organopatii cronice (boli cardiovasculare, hepatopatii metabolice – steatoza și steatohepatita asociate disfuncțiilor metabolice – și nefropatii cronice)[43];

# optimizarea stilului de viață obezogen la copii a devenit o problemă majoră și prioritară a medicinei preventive;

▪ SV are un rol important și în alte entități clinice cronice, cum ar fi: hepatopatiile metabolice, nefropatiile, osteoartropatiile. Un exemplu ar fi noua sistematizare propusă de cardiologii americani – „sindromul cardio-reno-metabolic" [44]. Pe aceeași direcție se înscrie și propunerea *European Atherosclerosis Society* referitoare la *systemic metabolic disorders* [45]. În ambele propuneri, deja operante în practică, SV este considerat atât factor de risc, cât și țintă terapeutică.

▪ Importanța SV rezultă și din relația cu componenta psihosocială [46-48]. Astfel, se cunoaște influența comportamentelor sănătoase asupra fenotipului psihologic (ex. relația între activitatea fizică și depresie) și invers. În acest sens, ar fi util ca în practica medicală și psihologică să se recomande „*screeningul încrucișat*", adică medicul să depisteze factorii psihosociali, iar psihologul să identifice fenotipul clinic.

…….....

*Ar fi ideal ca, în fiecare medic, să vedem deschiderea spre psihologie și, în fiecare psiholog, să întrezărim deschiderea spre medicină.*

…….....

Impactul BCN asupra stării de sănătate în România, precum și frecvența unor comportamente nesănătoase sunt sintetizate în tabelul 2.

**Tabelul 2.** Situația BCN și a unor componente ale stilului de viață din România (sinteză din NCD Data Portal 2021 – https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/ROU#risk-factor3 și Synthesis Report 2025 Health Policy Reform Trends in the EU – https://eurohealthobservatory.who.int/publications/country-health-profiles/soheu2025/synthesis-report-2025).

**Date de mortalitate**

| **Indicator** | **Total** |
|---|---|
| Populație | 19 248 000 |
| Probabilitatea de mortalitate precoce prin BCN | 22% |
| Mortalitate cauzată de BCN din mortalitatea totală | 73% |
| • cauze cardiovasculare | 44% |
| • cancere | 16% |
| • boli pulmonare cronice | 3% |
| • diabet zaharat | 1% |
| • alte BCN | 9% |
| • alte cauze – transmisibile, materne, fetale, nutriționale | 23% |
| Procent de mortalitate prin BCN la vârstă <70 ani | 31% |
| Total decese prin BCN | 238 770 |
| Rata de mortalitate standardizată cu vârsta | 572/100 000 locuitori |

**Factori de risc**

| | |
|---|---|
| Consum de alcool/capita | 11,6-39 l/an |
| Consum de tutun, adulți 15+ ani | 30%/66,7% |
| Consum mediu de sare, adulți 25+ ani | 13 g/zi |
| Inactivitate fizică, adulți 18+ ani | 36%-80,6% |
| Inactivitate fizică, adolescenți 11-17 ani | 80% |
| Tensiune arterială crescută, adulți 30-79 ani | 34% |
| Hipertensiune arterială, adulți 30-79 ani | 48% |
| Obezitate, adulți 18+ ani | 10,1%-34% |
| Obezitate, adolescenți 11-17 ani | 7% |
| Diabet zaharat, adulți 18+ ani | 13% |
| Valori medii de colesterol seric, adulți 18+ ani | 189,5 mg/dl |
| % care nu consumă zilnic fructe | 62,9 |
| % care nu consumă zilnic legume | 23,5 |

**Măsuri de răspuns la nivel național**

| | |
|---|---|
| Ținte stabilite pentru BCN la nivel național | Neîndeplinit |
| Colectarea de date de mortalitate | Îndeplinit |
| Colectarea de date asupra factorilor de risc | Parțial îndeplinit |
| Politici/strategii/planuri de acțiuni integrate pentru BCN | Îndeplinit |
| Măsuri pentru descurajarea consumului de tutun | |
| *Taxe, accize, creșteri de prețuri la tutun* | Parțial îndeplinit |

| | |
|---|---|
| *Politici antifumat* | Îndeplinit |
| *Avertizări grafice legate de riscuri pe ambalajele produselor cu tutun* | Îndeplinit |
| *Interzicerea reclamelor, promovării, sponsorizărilor* | Parțial îndeplinit |
| *Campanii mass-media antitutun* | Neîndeplinit |
| Măsuri pentru descurajarea consumului de alcool în cantități excesive | |
| *Restricții ale spațiilor în care se comercializează alcool* | Parțial îndeplinit |
| *Interzicerea/restricții la reclamele pentru produsele alcoolice* | Parțial îndeplinit |
| *Accize și taxe pe alcool* | Parțial îndeplinit |
| Măsuri pentru descurajarea alimentației nesănătoase | |
| *Politici pentru reducerea sodiului/sării* | Parțial îndeplinit |
| *Politici pentru reducerea acizilor grași saturați și trans* | Îndeplinit |
| *Restricții la reclamele adresate copiilor* | Neîndeplinit |
| *Restricții la reclamele la formule de lapte care înlocuiesc alimentația la sân* | Parțial îndeplinit |
| Educația populației și campanii pentru încurajarea activității fizice | Îndeplinit |
| Ghiduri pentru managementul cancerelor, bolilor cardiovasculare, diabetului și bolilor pulmonare cronice | Îndeplinit |
| Terapie medicamentoasă și consiliere pentru prevenirea infarctului miocardic și accidentului vascular cerebral | Neîndeplinit |

### 1.4.3. ALIMENTAȚIA, SISTEMUL ALIMENTAR (SAL) ȘI ALIMENTELE ULTRAPROCESATE (AUP)

▪ Alimentele, alimentația și nutriția sunt vitale pentru sănătatea omului. Ele acționează pe toată durata vieții, în diferite structuri sociale, niveluri economice și sisteme politice. Se consideră că alimentația este un comportament de o importanță excepțională, care participă la „siguranța alimentară și cea nutrițională" [49]. Ambele sunt motorul dezvoltării societății, bazate pe un sistem alimentar funcțional și sustenabil [50-52].

▪ SAL este format din patru sectoare (acronimul P.A.C.E) – (figura 3):

# Producția, (P) procesarea și stocarea alimentelor;

# Ambientul alimentar (A), adică mediul format din oferta de alimente;

# Consumul alimentar (C) sau comportamentul alimentar;

# Ecosistemul (E) echilibrat.

▪ Fiecare sector este format din structuri și funcții proprii – umane, animale, vegetale, mediu natural/construit – aflate într-o interconectare complexă și sub influența unor multipli factori economici, sociali, politici, culturali. Când aceste elemente funcționează normal, se generează un SAL FUNCȚIONAL asociat cu sănătatea omului și a planetei. (*One Health*). SAL DISFUNCȚIONAL rezultă din funcționarea anormală a sistemului, care este asociată cu creșterea frecvenței bolilor cronice, a mortalității, cu perturbarea ecosistemului, nesiguranță (insecuritate) alimentară și nutrițională, cu un impact financiar imens în toate economiile lumii. ALIMENTAȚIA ULTRAPROCESATĂ (AUP) este una dintre consecințele cele mai periculoase ale SAL disfuncțional [50].

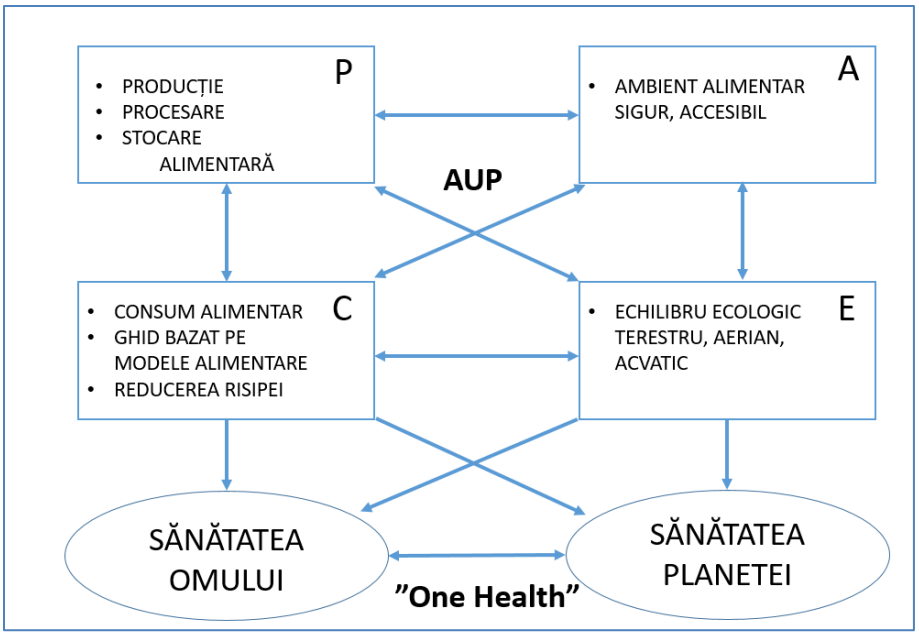



**Figura 3.** Schema generală a sistemului alimentar (SAL), cu cele patru sectoare: producția alimentară, ambientul alimentar, consumul alimentar și ecosistemul (acronim P.A.C.E.): este redată interdependența lor bidirecțională și consecința asupra sănătății omului și planetei (pe baza datelor 50). AUP: alimente și alimentație ultraprocesată.

▪ O sinteză a efectelor SAL disfuncțional este prezentată în tabelul 3. Ea are la bază cele mai recente date referitoare la sistemul alimentar, al 2-lea raport al comisiei EAT-Lancet [53] și *One Health* [7]. Se remarcă contribuția majoră a alimentației, situată pe cea mai importantă poziție în complexul comportamentelor care alcătuiesc SV.

**Tabelul 3.** Rolul principal al alimentației „în sănătatea omului și a pământului", conform concluziilor rapoartelor Comisiilor Lancet din august și octombrie 2025, referitoare la „Sistemul alimentar" și *One Health* (sinteză din referințele [7, 53]). Mesajele-cheie sunt prezentate sinoptic.

▪ SAL este baza sănătății omului, a securității alimentare și nutriționale, a sustenabilității mediului, climei, a echității sociale și a rezilienței națiunilor. Transformarea SAL este fundamentală pentru rezolvarea cunoscutelor crize legate de climă, biodiversitate, sănătate și echitate. În această acțiune, SAL are rol integrator între domeniile economice, politice și guvernanță. Fără transformarea SAL, rezolvarea crizei nu este posibilă. Aceasta presupune: 1. promovarea „Alimentației Planetare Sănătoase" (modelul APS); 2. optimizarea producției de legume, fructe și scăderea celei de carne; 3. reducerea pierderilor și risipei alimentare, care 4. va influența favorabil presiunea pe climă, biodiversitate, apă și poluare. Prin aplicarea acestora se pot reduce emisiile agricole de carbon cu 53% (față de anul 2020).

▪ APS este modelul cu efecte optime asupra sănătății globale. Exemplul specific de APS este alimentația mediteraneeană, bazată pe plante, sustenabilă, gustoasă, preferată de consumator, cu prețuri convenabile și moderată cantitativ, dar adaptată caloric. Este asociată cu reducerea frecvenței BCN, a depresiei, anxietății și distresului. Practicarea ei constantă scade decesele anuale cu 20 de milioane, reduce rezistența la antibiotice, ameliorează perturbările climatice, poluarea aeriană și biodiversitatea solului. S-a calculat că prin APS se reduce folosirea biocidelor (pesticide, insecticide etc.), scade contactul cronic cu ele, amplificându-se beneficiile pe sănătate, în special riscul de BCN.

▪ Importanța SAL trebuie înțeleasă și prin prisma relației cu sănătatea animalelor, a plantelor și a altor elemente biotice sau abiotice, în cadrul conceptului *One Health*.

▪ În prezent, toate națiunile lumii se abat substanțial de la APS, cu consecințe asupra stării de sănătate, dar și asupra ecosistemului. Iată doar câteva exemple: 26% din emisiile de gaze cu efect de seră provin de la alimente, 50% din habitat este folosit în agricultura care produce 78% din poluarea (acidifierea) oceanelor și a apei proaspete.

▪ Transformarea alimentară spre APS este vitală pentru viitorul omenirii, stând la baza sustenabilității sănătății omului și a planetei. Complexitatea acțiunii este enormă, iar responsabilizările de până acum sunt timide și nicidecum globale.

▪ Obiectivul specific al *Strategiei* este de a promova și a facilita consumul de alimente din cadrul APS și de a limita folosirea alimentelor „non-APS".

▪ Obiectivul global/misiunea *Strategiei* este de a iniția transformarea SAL prin activarea tuturor sectoarelor participante la (dis)funcționalitatea lui.

Alimentația ultraprocesată (AUP) (detalii în tabelul 4) este cauza principală a pandemiei de „boli cronice corelate cu alimentația" (diet-related chronic disease): obezitatea, diabetul zaharat tip 2, bolile cardiovasculare, adică exact BCN. Cauza apariției și a dezvoltării explozive a AUP este creșterea puterii economice a actorilor corporatiști implicați în SAL, care produc, pe scară industrială, alimente foarte atractive din punct de vedere gustativ și comercial, dar profund nesănătoase. Provocarea AUP este majoră, deoarece frecvența și trendul ei a crescut amenințător, în special la copii. O analiză comprehensivă este publicată recent [50-51].

**Tabelul 4.** Alimentația ultraprocesată (AUP), stilul de viață nesănătos și BCN. Prezentare sinoptică bazată pe rapoartele Comisiei Lancet (sinteză din referințele [50-51]).

- AUP este în atenția lumii științifice, publice și politice, deoarece creșterea consumului a demonstrat că reprezintă o foarte serioasă amenințare pentru sănătatea omului și a planetei. Vom prezenta sinoptic aspecte din recentele rapoarte ale Comisiei Lancet care aduc o contribuție substanțială la elucidarea adevărurilor despre acest aspect major al stilului de viață nesănătos.
- În funcție de nivelul de procesare, sistemul NOVA clasifică alimentele în:
    1. neprocesate/minim procesate (grupul 1), care se consumă în stare naturală.
    2. procesate culinar (grupul 2), adică cele care provin din primul grup, pregătite/gătite acasă sau în restaurante și consumate sub forma mâncărurilor/preparatelor proaspete.
    3. procesate (grupul 3), provenite (non-industrial) din primele două grupuri, dar cu mult adaos de sare, zahăr, grăsimi nesănătoase. Structura alimentelor de bază este păstrată (ex. conservele din primele două grupuri de alimente).
    4. ultraprocesate industrial (grupul 4), în producerea cărora se folosesc cantități foarte mici din primele două grupuri, dar mult modificate structural/matricial/textural și cu un foarte mare conținut de aditivi. În felul acesta li se amplifică proprietățile gustative/palatabilitatea, devenind atractive și foarte accesibile economic. Perioada lor de valabilitate este foarte lungă, ceea ce facilitează contactul prelungit cu vasele/materialele plastice în care sunt păstrate; devin astfel o sursă majoră de poluare cu micro- și nanoplastice.
- Analiza consumurilor alimentare în diferite populații a demonstrat creșterea explozivă a AUP, care furnizează aproximativ 60 % din caloriile adulților americani, procentul crescând la 70% în rândul copiilor. Deci, alimentele ultraproceste stau la baza alimentației ultraprocesate.
- Consecința este creșterea frecvenței „multiplelor boli cronice corelate cu alimentația (diet-related)", regăsite în întregul spectru al BCN: obezitatea, diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, renale, gastrointestinale, patologia mintală. Crește și mortalitatea generală, iar bugetele de sănătate sunt sever afectate peste tot în lume. Se subliniază totuși efectul protector al alimentației mediteraneene.

▪ Motorul „cheie” al creșterii globale a AUP este dezvoltarea extraordinară a puterii economice și politice a „industriei ultraprocesate”, care generează un adevărat „sistem ultraprocesat” pe cale de a disloca SAL funcțional.

▪ Dezvoltarea unor „acțiuni anti-AUP” reprezintă o urgență majoră globală. Rezolvarea ei este de o enormă dificultate, având în vedere rezistența anticipată a industriei și inerția politică „reactivă”. Rolul *Strategiei* ca răspuns la acest „call to action” este de a promova, prin ghiduri și alte metode educaționale, limitarea expunerii la AUP, precum și diminuarea consumului lor, la toate vârstele și în toate mediile sociale.

▪ *Strategia* își propune ca OBIECTIV DE CERCETARE-DEZVOLTARE inițierea colaborării multisectoriale (ministere, universități, instituții de cercetare, entități non-guvernamentale), în vederea elaborării unui **Plan național de transformare a sistemului alimentar**, în cadrul căruia se vor genera acțiuni ferme anti-AUP. Planul național va fi conectat la acțiunile globale – europene, transatlantice – care au același obiectiv. Conectarea internațională este condiția *sine qua non* a succesului.

### 1.4.4. PROVOCĂRI

▪ În domeniul medical-psihologic clinic, predomină persoanele cu comportamente nesănătoase, prezente atât în entitățile medicale, cât și în cele psihologice, ceea ce impune abordarea lor simultană, ca parte integrantă a îngrijirii medicale și psihologice.

▪ Importanța SV este cu deosebire relevantă în bolile cronice și în psihologia clinică, unde rolul lor este de risc patogenetic și de țintă terapeutică.

▪ Frecvența comportamentelor nesănătoase este alarmantă, dar există dovezi care demonstrează că prin controlul lor, spectrul epidemiologic și clinic al BCN se ameliorează semnificativ. Tratarea obezității are un rol major în prevenirea și îngrijirea persoanelor cu BCN.

▪ Abordarea SV se face prin depistarea, evaluarea și optimizarea comportamentelor nesănătoase (OCN), ca o condiție obligatorie a îngrijirii persoanelor cu patologie cronică medicală sau psihologică.

▪ OCN presupune existența *competențelor adecvate,* care la rândul lor se pot obține prin învățământ medical bazat pe competențe, aflat în prima linie a îngrijirii pacientului [54]. Aceasta este, de fapt, parte din viziunea *Strategiei.*

▪ Se va pune un accent deosebit pe alimentație în ceea ce privește BCN, SAL disfuncțional și provocările majore cauzate de AUP. Acestea vor fi țintele majore ale abordării SV din domeniul medical-psihosocial.

▪ Optimizarea sistemului alimentar, adică transformarea SAL disfuncțional în SAL funcțional, este extrem de complexă, cu responsabilizarea multiplilor factori profesionali, multidisciplinari, politici, economici naționali/transnaționali și culturali. *Strategia* poate contribui la aceasta prin elaborarea și promovarea ghidurilor nutriționale BAZATE PE ALIMENTE. Integrarea activității acestor factori se face printr-o colaborare multidimensională, inclusiv la nivel internațional.

## 1.5. DE CE O STRATEGIE NAȚIONALĂ PENTRU UN STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS?

### 1.5.1. STILUL DE VIAȚĂ ÎN ROMÂNIA

În țara noastră, stilul de viață se prezintă prin comportamente predominant nesănătoase. Nu avem o analiză științifică comprehensivă și reprezentativă statistic a SV nici la populația sănătoasă, nici în domeniul medical-psihologic clinic. Totuși, pe baza datelor statistice existente, a raportărilor oficiale emise de organismele UE (vezi tabelul 2), dar și unor studii punctuale (vezi studiul ESPAD - [17]) și a observațiilor clinice curente, se poate afirma că:

- Alimentația este predominant nesănătoasă la toate vârstele. Alimentația ultraprocesată a pătruns în mod insidios, dar transversal în societatea noastră, cu deosebire la copii.
- Fumatul este frecvent întâlnit, în special la tineri.
- Consumul crescut de alcool este caracteristic țărilor din comunitatea europeană, din care facem parte.
- Nivelul scăzut al activității fizice și sedentarismul au devenit epidemice, constatarea fiind frecventă în special la copii și adolescenți, unde activitatea fizică a fost înlocuită de expunerea prelungită, zilnică la „ecrane" (tablete, computer, TV, telefoane mobile) și de jocuri electronice.
- Somnul este departe de a avea o calitate sănătoasă.
- Nivelul educațional societal vizând sănătatea este precar, în timp ce avansul pseudoștiinței este îngrijorător, afectând cu predilecție alimentația, fumatul, consumul de alcool și de energizante.
- Prezența „influencerilor" fără profesii (competențe) în domeniul sănătății este adesea nefastă asupra SV, dar frecventă în social media.
- Participarea la acțiunile preventive din sănătate este sub așteptări, reticența/opoziția față de vaccinare fiind cel mai elocvent exemplu.
- Promovarea structurată a SVS, bazată pe dovezi științifice, coordonată de forurile de specialitate, este întâlnită doar în grupuri medicale avansate, fiind aproape inexistentă în populația generală urbană, iar în mediul rural este chiar absentă.
- Implicarea mass-mediei în promovarea științifică a SVS este dificilă, deoarece acolo factorul comercial poate interfera cu un astfel de demers.
- Competențele medicilor și ale psihologilor clinicieni în practica SVS sunt insuficiente.
- Cadrul legislativ privind promovarea unui SVS nu există, deoarece „legea prevenției" încă nu este operantă la nivelul cerut de practicile moderne. Oricum, prevederile legale privind importanța și locul SV nu acoperă în mod comprehensiv aspectele privind practica.
- Cercetarea în domeniul SV este limitată din punctul de vedere al unor studii reprezentative la nivel național.

### 1.5.2. NECESITATEA RESPONSABILIZĂRII

În fața acestei situații amenințătoare, dovedită științific de către forurile științifice internaționale, și potențial critică pentru România, responsabilizarea noastră este o consecință firească, deoarece:

PRIN PROMOVAREA STRUCTURATĂ A SV SĂNĂTOS ȘI OPTIMIZAREA CELUI NESĂNĂTOS, LA TOATE VÂRSTELE, SE OBȚIN BENEFICII SEMNIFICATIVE ASUPRA:

# calității vieții și a speranței de viață;

# prevenției primordiale/primare în majoritatea bolilor cronice, consecința fiind scăderea frecvenței lor;

# îngrijirii psihosociale;

# ameliorării evidente a spectrului clinic al bolilor cronice;

# efectelor financiare, determinând reducerea cheltuielilor enorme asociate cu bolile cronice.

### 1.5.3 ACȚIUNI ÎN DESFĂȘURARE

România a avut și are activități importante relaționate cu stilul de viață sănătos. Dar, așa cum spuneam în Sinopsis, unele sunt fragmentate și/sau reducționiste, incomplete și/sau neangajate strategic în modelul competențelor. Sperăm ca acest cadru general să le pună în valoare printr-o mai bună integrarea bio-psiho-socială și actualizare în modelul competențelor, pe baza ultimelor cercetări existente.

De-a lungul timpului, Institutul Național de Sănătate Publică și organizațiile medicilor de familie au fost mai strategic și direct implicate în elaborarea unor ghiduri relevante și relaționate și cu stilul de viață sănătos, în cadrul mai general al medicinei preventive (ex. /https://cnsmf.ro/ghidpreventie/GhidPreventie_Vol2.pdf; vezi pentru mai multe detalii la https://ghidurimedicale.ro/medici/).

Menționăm în continuare, ca exemplu, unele dintre cele mai recente și cu mai mare vizibilitate națională (deși demersuri mai specifice există în multe specializări medicale – ex. cardiovascular – și demersuri de sănătate publică și psihologia sănătății):

- O acțiune de responsabilizare a fost marcată în noiembrie 2023, prin înființarea Centrului Național de Competențe în Stilul de Viață Sănătos, prin colaborarea Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca (UBB) cu Academia Română [55]. Scopul lui este de a facilita globalizarea stilului de viață sănătos, în baza unei noi paradigme bazată pe competențe. Activitățile sunt focalizate pe cercetare-inovare-dezvoltare (CDI), pe educație continuă avansată și servicii inovative/consultanță către societate, bazate pe rezultatele cercetării [55].

- Ministrul educației și cercetării, prof. univ. dr. Daniel David, a inclus în 2025, în noul curriculum pentru învățământul liceal, un curs opțional pentru „*Stil de viață sănătos*”.

- Pe plan educațional, este de remarcat primul curs deschis organizat de UBBMed, asupra „Stilului de viață” (noiembrie 2023 – ianuarie 2024) – cu sute de participanți (specialiști

în psihologice, medicină și profesii conexe sănătății) –, dar și asupra „Medicinei stilului de viață” (cu zeci de participanți, specialiști în medicină). Altele sunt în desfășurare, prin Facultatea de Științe Medicale și ale Sănătății – UBBMed, fiind adresate medicilor, psihologilor și altor profesii conexe sănătății. Imediat după Revoluția din 1989, primele cursuri/programe academice formale dedicate stilului de viață sănătos au fost introduse în țară, prin structurile de psihologie din Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca, inclusiv prin primul programul de master de Consiliere genetică introdus în țară. De asemenea, în domeniul cercetării, Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca este partener în proiectul european *YEAH!*, finanțat prin programul *Horizon Europe*, care urmărește promovarea unui stil de viață sănătos în rândul copiilor și adolescenților, prin abordarea integrată a alimentației, a activității fizice, a somnului și a comportamentelor sedentare. Proiectul vizează dezvoltarea și implementarea unor intervenții bazate pe dovezi științifice și adaptate nevoilor acestei populații.

▪ La UMF „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca, se derulează, începând cu anul universitar 2025-2026, un masterat de „Medicina stilului de viață” care oferă o abordare integrată și bazată pe dovezi științifice a aspectelor complexe ce definesc stilul de viață. Acest masterat se adaugă preocupărilor mai vechi de formare în acest domeniu încă din ciclul de licență al Facultății de Medicină, unde oferta educațională cuprinde, de peste 10 ani, deja în primii ani de studiu, un curs opțional „Stilul de viață în prevenția și controlul bolilor cronice netransmisibile”.

▪ UMF „Carol Davila” din București organizează, începând cu anul 2021, campania de prevenție „Asumă-ți să fii sănătos!”, derulată în stațiunile de pe litoral în sezonul estival, campanie în care se oferă consultații gratuite ce includ screening pentru sindromul metabolic la adulți și evaluări ale stării de nutriție la copii. (https://umfcd.ro/general/comunicat-de-presa-campania-de-preventie-a-umfcd-asuma-ti-sa-fii-sanatos-litoral-10-15-august-2026-screening-oferit-de-46-de-medici-dermatologi-endocrinologi-pediatri-si-pneumologi/)

▪ Inspectoratul Școlar al Municipiului București (ISMB) și UMF „Carol Davila” au încheiat, în luna septembrie 2025, un acord de parteneriat cu scopul de a promova educația pentru sănătate, elevii și profesorii beneficiind în cadrul programului de informații despre prevenție și stil de viață sănătos. (https://umfcd.ro/general/comunicat-de-presa-parteneriat-pentru-educatie-si-sanatate-intre-inspectoratul-scolar-al-municipiului-bucuresti-si-universitatea-de-medicina-si-farmacie-carol-davila/)

▪ UMF „Victor Babeș” din Timișoara lansează, începând cu anul universitar 2026-2027, primul program de master din Europa Centrală și de Est dedicat prevenirii și managementului obezității – „Prevenția și managementul integrat al obezității”. (https://www.umft.ro/wp-content/uploads/2026/06/Preventia-si-managementul-integrat-al-obezitatii_admitere-master-2026_.pdf)

▪ La București, este în curs de desfășurare programul „Sănătos de mic” adresat părinților și cadrelor didactice din învățământul preșcolar [57].

▪ Pe plan clinic, este foarte valoroasă inițiativa „medicina stilului de viață”, cu un departament la Medlife și cu o rețea națională deja dezvoltată [56].

▪ În domeniul cercetării, a fost inițiat „Studiul CARPO” (realizat de UBBMed), iar rezultatele preliminare vor fi comunicate în primăvara anului 2027.

▪ Prima ediție din programul educațional societal „Ghidul UBBMed pentru Sănătate” va debuta din luna noiembrie 2026.

▪ La TVR Cluj, s-a desfășurat timp de 14 ani emisiunea „Stilul de viață – sănătate și boală”, numărând peste 300 de ediții. Organizator a fost FRDNBM, cu o largă colaborare multidisciplinară și multiprofesională. Se va explora continuarea acestei serii de emisiuni.

COROLARUL RESPONSABILIZĂRII AR FI ELABORAREA ȘI FUNCȚIONAREA TRANSVERSALĂ-LONGITUDINALĂ A STRATEGIEI NAȚIONALE PENTRU STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS.

## 2. STRATEGIA NAȚIONALĂ PENTRU STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

### 2.1. VIZIUNE, MISIUNE ȘI OBIECTIVE STRATEGICE

**Viziunea Strategiei:**

# Conștientizarea populației din domeniul (psiho)societal (DoS), cu privire la importanța SV pentru generarea sănătății, cât și facilitarea practicării lui. Este parte a prevenției primordiale și primare.

# Ameliorarea spectrului clinic la persoanele din domeniul medical și psihologic (DoMP), contribuind astfel la creșterea speranței de viață, optimizarea calității vieții și scăderea morbi-mortalității. Este parte a prevenției secundare, terțiare și cuaternare.

**Misiunea Strategiei:**

# Să proiecteze generarea competențelor necesare promovării comportamentelor sănătoase și ameliorării comportamentelor nesănătoase la nivel societal (DoS), prin ancorare în cele mai avansate cunoștințe științifice și ghiduri/practici internaționale.

# Să faciliteze ameliorarea specifică (decelerarea) a comportamentelor nesănătoase din domeniul medical-psihologic (DoMP), dublată de accelerarea comportamentelor sănătoase.

**Obiectivele strategice** – Strategia națională este un cadru conceptual și operațional național care are două OBIECTIVE strategice:

# Promovarea SVS și ameliorarea celui nesănătos (SVN), în domeniul psihosocial (DoS) și medical-psihologic clinic (DoMP);

# Formarea competențelor în SVS în cadrul echipelor de experți și al beneficiarilor (populație sănătoasă și clinică).

▪ În DoS, scopurile asociate sunt: 1. promovarea comportamentelor sănătoase ale stilului de viață; 2. depistarea comportamentelor nesănătoase și ameliorarea lor (decelerarea lor).

▪ În DoMP, scopurile asociate sunt: 1. facilitarea ameliorării (decelerării) componentelor nesănătoase ale stilului de viață; 2. integrarea comportamentelor sănătoase în îngrijirea bolnavilor cronici prin colaborarea medicală și psihologică. 3. ameliorarea spectrului clinic, creșterea calității vieții și a speranței de viață la bolnavii cu boli cronice, în special BCN și 4. reducerea costurilor tratamentelor.

▪ Ambele demersuri – DoS și DoMP – trebuie să se facă într-un cadru conceptual al competențelor. Acest demers este tot mai puternic în ultimii ani în domeniul sănătății și stilului de viață sănătos (vezi modelul PAHCO pentru activitatea fizică - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32633213/). Dar argumentul nostru nu este doar pentru tipurile de competențe necesare unui stil de viață sănătos – ex. în cazul PAHCO: microcompetențe de mișcare/control/autoreglare -, ci și pentru o structură psihocomportamentală triadică, care include (1) cunoștințe declarative (ce știm să spunem), (2) cunoștințe procedurale (ce știm să facem) și (3) valori-atitudini (de ce este important să știm aceste lucruri). Deși această înțelegere a competenței este larg acceptată teoretic, implementarea se poate face greșit. Altfel spus, în diverse demersuri educaționale și/sau clinice, în loc să formăm triada simultan, ca întreg – ex. în același context, în relație cu stilul de viață sănătos, o persoană să înțeleagă ce trebuie să facă/cum trebuie să facă/de ce este important acest lucru –, adesea formăm componente ale triadei în contexte diferite, ceea ce îngreunează apoi codarea triadei ca întreg în mintea oamenilor și exprimarea acesteia apoi eficient psiho-comportamental. În toate ghidurile propuse, competența ca triadă psihocomportamentală va fi unitatea de bază.

▪ În ambele demersuri – DoS și DoMp –, componenta de cercetare-dezvoltare-inovare este fundamentală. Aici scopul este organizarea studiilor ale căror rezultate vor contribui la dezvoltarea și inovația în domeniul stilului de viață în România.

## 2.2. DOMENIILE STRATEGIEI

Strategia națională este operantă în cele două domenii deja menționate: domeniul medical-psihologic clinic și cel (psiho)societal.

### 2.2.1. Domeniul medical-psihologic clinic (DoMP)

Domeniul medical-psihologic clinic cuprinde toate spațiile funcționale (reale sau virtuale) unde se desfășoară activități de îngrijire medicală și/sau psihologică. Aici promovarea stilului de viață sănătos sau ameliorarea celui nesănătos sunt condiții obligatorii prevăzute în statutul medicului și psihologului clinician/psihoterapeutului/consilierului psihologic. Demersurile trebuie (1) să se bazeze pe date – eficiență (cum funcționează în condiții bine controlate) și eficacitate (cum funcționează în condiții obișnuite de viață) –; (2) să fie mediate psihocultural (ex. sub aspectul acceptabilității) și (3) să fie sustenabile sub aspectul costurilor economice.

### 2.2.2. Domeniul (psiho)societal (DoS)

Domeniul (psiho)societal se referă la promovarea stilului de viață sănătos și ameliorarea celui nesănătos, la nivelul întregii societăți. Aceasta ar viza populația generală, aparent sănătoasă, precum și persoanele aflate la risc crescut pentru dezvoltarea patologiei cronice, prin faptul că au un stil de viață nesănătos (recunoscut sau depistat activ), de regulă pe un fond profesional, ambiental sau social aflat și el în zona riscului. Și aici, demersurile trebuie (1) să se bazeze pe date – eficiență (cum funcționează în condiții bine controlate) și eficacitate (cum funcționează în condiții obișnuite de viață) –; (2) să fie mediate psihocultural (ex. sub aspectul acceptabilității) și (3) să fie sustenabile sub aspectul costurilor economice.

## 2.3. OBIECTIVELE SPECIFICE ȘI PLAN OPERAȚIONAL GENERAL

Obiectivele specifice (OS) ale strategiei cuprind mai multe aspecte, desfășurate eșalonat, atât în domeniul DoS, cât și în domeniul DoMP:

- Formarea competențelor prin elaborarea mesajelor educaționale și a ghidurilor pentru SVS (OS1 -DoS);
- Formarea mesagerilor/educatorilor și identificarea receptorilor/țintelor (OS2 - DoS);
- Promovarea mesajelor educaționale în domeniul societal prin campaniile „Șase pentru sănătate", „Îngrijește-te" și „Stilul de viață pentru sănătatea voastră" (OS3 - DoS);
- Consilierea pentru optimizarea stilului de viață (OS4 - DoMP) (ca parte din domeniul medical-psihologic – DoMP);
- Monitorizarea acțiunilor, a efectelor și a barierelor (OS5);
- Evaluări obligatorii și corecții necesare (OS6);
- Obținerea cadrului legislativ (OS7).

### 2.3.1. OS1 (DoS) – FORMAREA COMPETENȚELOR: ELABORAREA MESAJELOR EDUCAȚIONALE ȘI A GHIDURILOR STRATEGIEI

Aceasta este o etapă foarte complexă care cuprinde:

▪ Elaborarea trunchiului comun al Ghidului cadru-general (GG) pentru stil de viață sănătos la populația adultă aparent sănătoasă elaborarea, gândită paradigma competențelor, urmând modele ale unor ghiduri similare din universități de prestigiu, precum Harvard și Stanford. Acesta se va referi la alimentație/somn/activitate fizică/alcool/fumat/*sănătate mintală*-incluzând tehnologia, cu atenție la interrelaționări (de componente și de profesii) și *One-Total Health*. Se va porni de la (1) ghidurile de referință deja existente la nivel național/internațional (cu atenție la necesitatea actualizării informațiilor și a adoptării modelului bazat pe competențe) și (2) analiza literaturii de specialitate, cu atenție la eficiență, eficacitate și analize economice, inclusiv utilizarea tehnologiei. Responsabilitatea revine unei echipe coordonate de către Centrul Național de Competențe în Stilul de Viață Sănătos (CNCSVS).

▪. Ghidurile specifice-adaptate (GA) se vor elabora cu implicarea instituțiilor relevante/organizațiilor profesionale/experților interesați, urmând din nou paradigma competențelor și modele ale unor ghiduri similare din universități de prestigiu, precum Harvard și Stanford, implicând: (1) analiza ghidurilor deja existente la nivel național/internațional (cu

atenție la necesitatea actualizării informațiilor și a adoptării modelului bazat pe competențe); (2) analiza literaturii de specialitate, cu atenție la eficiență, eficacitate și analize economice, inclusiv la utilizarea tehnologiei, și adaptarea acestora la (a) populații și situații specifice (copii și adolescenți / vârstnici / populații cu cerințe educaționale speciale / populații vulnerabile / femei gravide) și (c) teme specifice (ex. activitate sexuală). Ghidurile vor avea componente adresate specialiștilor în sănătate și/sau beneficiarilor – autoadministrare). Acest demers se va definitiva după consultarea cu instituțiile relevante/organizațiile profesionale/experții implicați.

- Toate ghidurile vor fi elaborate în multiple forme – pliante, broșuri, eventual monografii, suport electronic. Digitalizarea ghidurilor va fi inițiată treptat/în paralel (în funcție de situație). Această diversificare este obligatorie, deoarece populația-țintă este variată, necesitând diferite metode de abordare.

- În baza acestui demers, CNCSVS poate deveni un „*Hub*" educațional și de consultanță pentru industrie și mediul socio-economic.

### 2.3.2. OS2 (DoS) – FORMAREA GRUPULUI DE MESAGERI/EDUCATORI ȘI IDENTIFICAREA POPULAȚIEI (RECEPTORILOR) „ȚINTĂ"

Această etapă se referă la instruirea viitorilor educatori, având ca instrument educațional ghidurile strategiei pentru populația generală adultă și pentru mediul școlar:

**→Educatorii pentru populația generală adultă, de la cea tânără până la vârstnici, pot fi:**

# Medicii de familie, în funcție de disponibilitatea asumată;

# Psihologii clinicieni (dar și de alte specialități), în funcție de particularitățile clientului;

# Medicii din toate cabinetele de specialitate: pediatrie, diabet-nutriție, medicină internă, endocrinologie, alte specialități medico-chirurgicale, cu ocazia fiecărei vizite în cabinet, în funcție de disponibilitatea asumată;

# Medicii și asistentele medicale din specialitatea medicina muncii pot fi implicați în educație cu ocazia fiecărui control periodic. Acest demers devine operant în special în marile companii sau instituții de stat sau private;

# Asistentele medicale, asistenții sociali și alte profesii relevante pentru sănătate, pregătiți în acest sens, pot participa în funcție de disponibilități;

# Alte ocupații acreditate și conexe domeniului sănătății (ex. coach/mentori).

**→Educatorii pentru gravide sunt deja reprezentați de către:**

# Medicii din specialitatea obstetrică și ginecologie;

# Asistentele medicale din aceeași specialitate.

**→Educatorii pentru școlarii de diferite vârste pot fi:**

# Învățătorii și profesorii/diriginții care vor accepta acest demers;

# Medicii specialiști (în stil de viață sau pediatri) și psihologii care lucrează și/sau sunt invitați în școli;

# Părinții „experți" (cei instruiți în acest sens) și doritori să participe;

# Alte ocupații acreditate și conexe domeniului sănătății (ex. coach/mentori);

# Ghidurile ar trebuie să fie utilizate în cadrul disciplinei obligatorii care se referă la „consiliere și orientare”, dar și alte discipline relevante din curriculum, de către cadrele didactice/specialiștii care susțin această disciplină.

Metodele de instruire a educatorilor depind de educatori, de populația-țintă, de posibilitățile economice și organizatorice. Instruirea se va desfășura pe baza ghidurilor strategiei care, la rândul lor, vor fi bazate pe standardele educaționale, specifice domeniului [54, 58]. Asumarea responsabilității de către viitorii educatori este esențială. Acest demers trebuie corelat cu disciplinele de specialitate existente în curriculumul preuniversitar, inclusiv prin contribuțiile la aceste programe școlare.

Identificarea receptorilor/țintelor este o acțiune care trebuie desfășurată cu mare atenție. Teoretic, întreaga populație a României ar trebui instruită în vederea aplicării/respectării stilului de viață sănătos sau a optimizării stilului de viață. Din punct de vedere practic, acest lucru se realizează considerând cele două domenii existente:

# Domeniul clinic (DoMP), format din populația aflată în îngrijirea medicală și/sau psihologică;

# Domeniul societal (DoS), care cuprinde în primul rând populația aparent sănătoasă, dar și cea aflată la risc de dezvoltare a bolilor cronice sau chiar persoanele care au deja boli cronice controlate (ex. hipertensiunea arterială, dislipidemiile, supraponderea/obezitatea).

### 2.3.3. OS3 (DoS) – CAMPANILE „ȘASE PENTRU SĂNĂTATE”, „ÎNGRIJEȘTE-TE”, „STILUL DE VIAȚĂ PENTRU SĂNĂTATEA VOASTRĂ (SV 4 SV)”. PARTE FUNDAMENTALĂ DIN STRATEGIA ÎN DOMENIUL SOCIETAL

*SCOP ȘI OBIECTIV*

În domeniul societal, unde țintele sunt foarte diversificate, promovarea trebuie să aibă conținut și metode adaptate.

Scopul este de a conștientiza populația cu privire la importanța stilului de viață pentru sănătate. În felul acesta, se facilitează practicarea comportamentelor sănătoase.

Obiectivul este promovarea sănătății. Spre deosebire de domeniul medical-psihosocial clinic, unde obiectivul *Strategiei* este terapeutic/curativ, în domeniul societal, obiectivul este profilactic.

*„ȚINTA”*

„Ținta” este formată din toate mediile non-medicale și non-psihologice ale societății, cu persoane aparent sănătoase sau expuse unui risc potențial de apariție a bolilor cronice. Acestea ar fi:

- persoanele aparent sănătoase sau cele cu risc pentru boli cronice;
- copiii de toate vârstele, în special școlarii;
- adolescenții și adulții tineri, în special studenții;
- persoanele vârstnice, active și „sănătoase”;

- persoanele din mari instituții sau companii de stat sau private;
- militarii de toate categoriile;
- persoanele care trăiesc efectiv în mediul rural;
- persoanele instituționalizate.

*MESAJELE*

Mesajele educaționale sunt adaptate „țintelor" și vor fi integrate în GHIDURILE ADAPTATE (GA), care se vor prezenta în diferite forme: pliante, broșuri, suport electronic, ghidul tipărit. Folosirea lor se face în funcție de metoda de promovare utilizată.

*METODELE*

Strategia prevede multiple metode de conștientizare/promovare, care se vor aplica în cadrul campaniilor „Șase pentru sănătate", „Îngrijește-te" și „Stilul de Viață pentru Sănătatea Voastră (SV4SV)". Acestea sunt:

- Prezentări orale organizate, adresate direct unui grup populațional invitat;
- Mesaje „mass-media" – presă scrisă, audio sau vizuală, inclusiv cea comunicată prin platforme electronice accesibile pe telefonul mobil. Conținutul acestora ar trebui să corespundă ghidurilor adaptate (GA).
- Distribuirea pliantelor referitoare la cele trei campanii ale strategiei, în toate locurile publice de stat sau private (ex. săli de așteptare, malluri, magazine, intrarea în cinematografe etc.), precum și în căsuțele poștale.

Cu aspect particular/parțial inovativ, propunem următoarele:

- Folosirea controalelor efectuate în cadrul medicinei muncii pentru promovarea comportamentelor sănătoase sau pentru ameliorarea celor nesănătoase;
- Extinderea conținutului mesajelor educaționale prin adăugarea educației pentru sănătate și a atitudinii antidrog, în special când „ținta" este mediul școlar;
- În cadrul marilor companii sau instituții de stat sau private, ar fi utilă organizarea și desfășurarea unor programe structurate „Șase pentru sănătate", „Îngrijește-te", „Stilul de Viață pentru Sănătatea Voastră (SV4SV)", ceea ce presupune o colaborare cu medici/alți profesioniști care au expertiză în promovarea științifică a stilului de viață sănătos;
- Pentru populația care trăiește efectiv în mediul rural, sugerăm un demers special care se referă la colaborarea cu biserica/cultele religioase. Preoții implicați în promovarea unui stil de viață sănătos pot transmite mesajele educaționale convenite prin întâlniri prealabile cu specialiștii.

*ORGANIZAREA*

Promovarea strategiei în domeniul societal presupune următoarele activități/măsuri organizatorice:

- Planificarea atentă a activităților, astfel încât niciun grup populațional să nu fie neglijat;

- Stabilirea colaborării cu mass-media, sub toate aspectele ei;
- Dezvoltarea unei rețele (*network*) de suport, interprofesional, multifuncțional, structurat și continuu, care să prevadă și o finanțare realistă;
- Stabilirea criteriilor de monitorizare ale celor două campanii, în termeni de evaluare a funcționalității, eficienței, barierelor și corecțiilor.

În linii mari:

- Promovarea Strategiei naționale în domeniul societal este complexă și necesară sănătății.
- Valoarea ei profilactică este susținută științific.
- Pentru a fi eficiente, cele trei campanii pentru sănătate trebuie să se desfășoare într-o formă continuă, transversală și adaptată comunităților-țintă. Cât mai multe persoane trebuie să devină competente în respectarea stilului de viață sănătos.
- Mesajele campaniei trebuie să fie clar direcționate și pentru combaterea pseudoștiinței, având în vedere că aceasta (pseudoștiința) este foarte activă în comercializarea comportamentelor stilului de viață.

### 2.3.3. OS4 (DoMP) – CONSILIEREA PENTRU OPTIMIZAREA STILULUI DE VIAȚĂ. PARTE FUNDAMENTALĂ DIN STRATEGIA ÎN DOMENIUL MEDICAL-PSIHOLOGIC (DoMP)

*CADRU GENERAL*

În domeniul clinic (DoMP), unde se desfășoară activități de îngrijire medicală sau psihologică, majoritatea persoanelor au și mecanisme biopsihosociale patogenetice specifice bolilor respective.

Scopul consilierii pentru optimizarea stilului de viață, în continuare *consilierea,* este conceptualizarea clinică biopsihosocială și, în baza ei, transformarea comportamentelor nesănătoase în comportamente sănătoase („însănătoșirea comportamentelor nesănătoase"), prin *Ghiduri specifice-adaptate* domeniul medical și psihologic, care să favorizeze intervenții de specialitate mai eficiente și intervenții în echipe multidisciplinare. Obiectivul final este personalizarea îngrijirii medicale și psihosociale complexe.

- Abordarea inițială va fi transdiagnostică DAR Pot fi explorate și abordări pentru patologie specifică/probleme specifice. Acolo unde va exista justificare științifică și interes, *Ghidurile specifice-adaptate* pot ajunge până la tipuri de condiții medicale / psihologice.

În sens mai larg, *consilierea* este considerată parte a educației terapeutice, pentru facilitarea învățării autoîngrijirii de către pacienții/persoanele cu boli cronice.

Persoanele cu boli cronice care, deși se recunosc ca atare, NU interacționează cu sistemul medical sau psihologic vor fi informați despre SVS prin campaniile de promovare. Pacienții cu boli cronice care urmează un program de îngrijire medicală sau psihologică vor fi informați despre SVS ca parte a tratamentului medical și/sau psihologic.

…….....

*Consilierea este parte integrantă a îngrijirii medicale și psihologice la toate persoanele cu boli cronice.*

…….....

*Consilierea* se practică la nivel individual, conform următoarelor etape [5, 6, 7]:

→ Identificarea comportamentelor nesănătoase, cu relevanță practică, prin screeninguri ușor de aplicat. Acestea sunt:

# Alimentația nesănătoasă, asociată cu obezitatea/supraponderea;

# Activitatea fizică insuficientă și sedentarismul;

# Somnul nesănătos;

# Fumatul sub orice formă;

# Consumul de alcool de la zero, la consumul excesiv;

# Abilități deficitare antistres, aderența scăzută la autoîngrijire și la conectarea socială.

→ Evaluarea determinanților (psiho)sociali, comerciali și digitali ai sănătății, precum și identificarea celor care influențează comportamentele afectate la persoana abordată.

→ Evaluarea barierelor și a necesarului/suportului non-medical; se vor identifica acelea care la persoana/pacientul respectiv pot fi ameliorate.

Instrumentele specifice standardizate pentru evaluarea și identificarea comportamentelor nesănătoase vor fi elaborate în etapa de dezvoltare a Ghidurilor din Anexe.

Schimbarea comportamentelor nesănătoase se face prin integrarea și asamblarea datelor obținute din screening cu ghidurile pentru OSV. Se va folosi metoda celor 5A: Analiză, Avizare, Agreare, Ajutor, Aranjare [19, 20]:

# Analiza comportamentelor, a determinanților, a barierelor și a necesarului;

# Avizarea recomandărilor;

# Agrearea obiectivelor de tip S.M.A.R.T. (simple, măsurabile, accesibile, realiste, în timp util) [19, 20];

# Ajutorul în identificarea soluțiilor;

# Aranjarea/planificarea activităților, colaborărilor și a obținerii suportului non-medical.

Metoda „5A”se va aplica pentru optimizarea fiecărui comportament afectat, obținându-se integrarea comportamentelor cu determinanții socio-comerciali și suportul psihosocial (comportament, determinanți, suport psihosocial), necesară pentru o consiliere personalizată în optimizarea stilului de viață.

Metoda „5A” trebuie integrată cu competențe mai avansate de psihologie (modificări cognitiv-comportamentale), pentru a înțelege cauzalitatea biomedicală și psihosocială complexă, facilitând astfel intervențiile de specialitate biomedicale și psihosociale și stimulând colaborările multidisciplinare între specialiștii din domeniul sănătății Mai precis, specialiștii în

sănătate, care doresc să angajeze acest tip de consiliere vor trebuie să dobândească următoarele competențe (și prin mecanismul sumativ al microcompetențelor)

- Evaluarea situației clinice în modelul bio-psiho-social.
    - Evaluarea va include și o analiză a stadiului schimbării:
        - Clientul nu conștientizează ce este stilul de viață sănătos.
        - Clientul conștientizează ce este stilul de viață sănătos, dar nu conștientizează la ce îi folosește.
        - Clientul conștientizează la ce îi folosește stilul de viață sănătos, dar nu are intenția să-l asume.
        - Clientul are intenția să asume un stil de viață sănătos, dar nu îl implementează psihocomportamental.
        - Clientul implementează psihocomportamental stilul de viață sănătos (care poate fi însă optimizat sub aspect de conținut).
    - De asemenea, este importantă aici analiza relației dintre responsabilitatea individuală în a adopta un stil de viață sănătos și oportunitățile de viață (socio-economice).
    - Atunci când acest lucru depășește competențele profesiei (ex. este nevoie de examene psihologie sau medicale complexe) se va apela la consult și din partea specialiștilor relevanți.
- Conceptualizarea situației clinice în modelul bio-psiho-social.
    - Trebuie să fie acceptată de către pacient/client.
    - Trebuie să ofere o înțelegere coerentă a condiției clinice.
    - Trebuie să anticipeze intervențiile.
    - Atunci când acest lucru depășește competențele profesiei, se va apela la consult și din partea specialiștilor relevanți.
- Construirea unei relații clinice care facilitează întregul demers al consilierii, bazată pe:
    - Empatie – a vedea și reflecta lucrurile din perspectiva psihoemoțională a clientului.
    - Acceptare necondiționată – a accepta necondiționat persoana, dar a avea un parteneriat pentru schimbarea răspunsurilor psihocomportamentale problematice.
    - Congruență – în exprimarea psihologică a consilierului: emoțional-cognitiv-comportamental.
    - Colaborare – în a stabili de comun acord scopurile (bazate pe conceptualizare) și modalitățile de atingere a lor.
- Intervenția prin metoda 5A - în componenta Aranjarea/planificarea activităților, colaborărilor și a obținerii suportului non-medical – poate implica educațional direct sau intervențional, prin colaborare cu psihologii clinicieni, modelele ABC cognitiv și ABC comportamental (https://psychotherapy.psiedu.ubbcluj.ro/multimodal-integrative-cbt/).

- De asemenea, intervențiile trebuie să implice colaborarea în echipe multidisciplinare a unor specialiști din domeniul sănătății sau din domenii conexe, atunci când această colaborare poate facilita procesul de consiliere.

*PRIORITĂȚILE CONSILIERII ŞI DISPONIBILITATEA TEMPORALĂ*

În cadrul consultului medical și psihologic, se vor identifica comportamentele afectate, care de obicei sunt numeroase. Toate sunt importante, dar nu în egală măsură. Având în vedere că optimizarea lor se va face *succesiv,* nu simultan, este necesar:

▪ Să stratificăm severitatea riscului comportamentelor afectate;

▪ Să ierarhizăm/prioritizăm succesiunea optimizării lor, în funcție nu doar de severitate, ci și de beneficiile potențiale, dovedite științific [32];

Structura consilierii și modul de aplicare depind de timpul disponibil/alocat de către educator (medic, psiholog). În acest sens, OMS Europa a elaborat un manual (*draft*) de consiliere pentru optimizarea comportamentală în cadrul prevenirii BCN. Manualul este adresat medicilor de familie, dar și altor specialități. Recomandările, care vor fi adaptate pentru mai multe tipuri de specialiști, sunt următoarele [4]:

▪ Dacă educatorul nu are timp alocat pentru consiliere, aceasta va fi limitată doar la o conversație rapidă de 1-2 minute în care se semnalează riscul comportamentului afectat, urmată de oferirea unui pliant explicativ, pregătit pentru astfel de situații.

▪ Într-un timp alocat de 3-5 minute: se va discuta despre riscul comportamentului nesănătos, alături de recomandări sumare; se vor oferi pliante și, eventual, se vor explica câteva recomandări.

▪ În eventualitatea unui timp alocat de 5-10 minute, acesta este suficient pentru o discuție mai amplă asupra importanței optimizării comportamentului afectat, precum și asupra beneficiilor optimizării lui. Se vor oferi sfaturi concrete și se vor planifica controalele periodice pentru a urmări evoluția comportamentului afectat. Se vor oferi broșuri, pliante, eventual un suport electronic. Metoda „5A” se aplică parțial.

▪ Într-un timp alocat generos, mai mult de 10 minute, se asigură posibilitatea consilierii standard, cu aplicarea integrală a metodei „5A” sau a optimizării structurate și personalizate a stilului de viață. Aceasta ar fi forma ideală a OSV, ca parte a intervențiilor de sănătate personalizate.

Stratificarea timpului disponibil de alocat este foarte pragmatică și realistă, simulând exact ceea ce se întâlnește în cabinetele de specialitate, unde gestionarea timpului este o mare problemă. În cazul bolnavilor internați, timpul alocat ar trebui să fie nelimitat. Perioada din spital se poate converti într-o reală „școală” de educație pentru optimizarea comportamentelor.

*INTEGRAREA CONSILIERII PENTRU OPTIMIZAREA STILULUI DE VIAȚĂ*

Consilierea pentru optimizarea stilului de viață depinde și de patologia existentă, adică „*cine este bolnavul*”, „*care sunt afecțiunile*” și „*ce tratamente sunt aplicate*”.

În figura 4, este redată complexitatea funcțională a triadei „*optimizarea stilului de viață (OSV) – farmacoterapie – îngrijire psihosocială*”. Integrarea OSV în îngrijirea personalizată este obligatorie pentru eficientizarea terapiei.

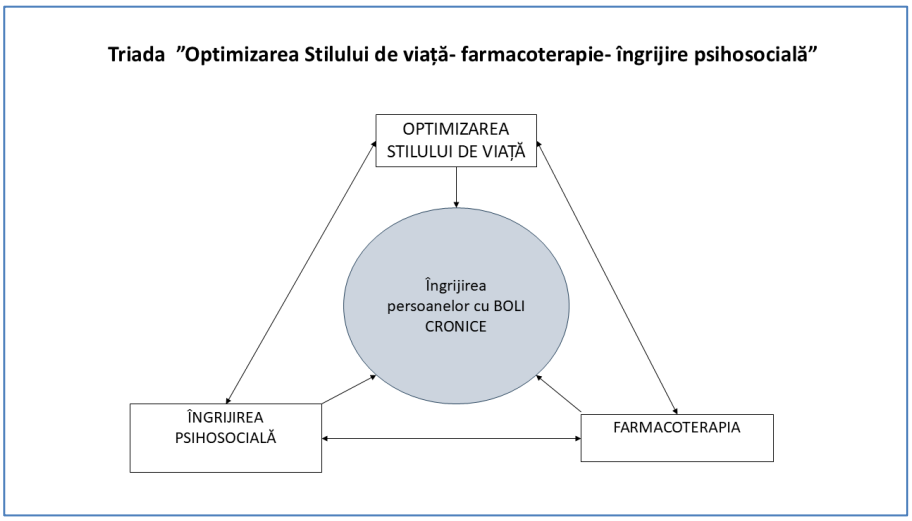



**Figura 4**: Triada „Optimizarea Stilului de viață – Farmacoterapie – Îngrijire psihosocială”.

Vom oferi ca exemplu îngrijirea persoanelor cu obezitate, unde operează OSV, îngrijirea psihosocială și farmacoterapia modernă bazată pe agoniștii receptorilor de GLP-1, la care se adaugă chirurgia bariatrică. Toate trei sunt importante, dar trebuie avut în vedere că scăderea accentuată în greutate reduce nu doar adipozitatea, ci și masa musculară, ceea ce poate fi prevenit prin creșterea aportului proteic și exerciții de forță. Concomitent, medicația influențează comportamentul alimentar, iar prin îngrijirea psihosocială, se crește aderența la farmacoterapie și OSV [39].

În esență:

- Optimizarea comportamentelor afectate ar trebui să fie o condiție *sine qua non*, în activitățile de îngrijire ale bolnavilor cronici.
- În acest sens, consilierea pentru optimizarea comportamentală va fi sistematic integrată în activitățile de îngrijire medicală și psihosocială, alături de farmacoterapie și intervențiile chirurgicale, în toate suferințele umane de durată.
- Se recomandă ca fiecare acțiune de consiliere să fie monitorizată, urmărindu-se efectele, barierele și posibilitățile de corectare (în anexe vor fi incluse criteriile de evaluare și monitorizare).

### 2.3.5. IMPLEMENTAREA ȘI SUSTENABILITATEA STRATEGIEI

**OS 5. PLANIFICAREA ȘI MONITORIZAREA ACȚIUNILOR ȘI ANALIZA EFECTELOR ȘI A BARIERELOR**

- Responsabil: Centrul Național de Competențe în Stilul de Viață Sănătos

**OS 6. ADAPTĂRI ȘI CORECȚII NECESARE**

- Responsabil: Centrul Național de Competențe în Stilul de Viață Sănătos

## I. PLANIFICAREA ȘI RESPONSABILIZAREA ACTIVITĂȚILOR STRATEGIEI

Fiecare activitate a *Strategiei* se va planifica în funcție de:

- Priorități;
- Oportunități, posibilități;
- Identificarea barierelor și a posibilităților de control;
- Asigurarea suportului organizatoric și financiar, inclusiv asumarea responsabilităților;

În proiectarea activităților și în evaluarea rezultatelor, echitatea va fi un principiu director, ținând cont și de faptul că persoanele/grupurile țintă pornesc și de la resurse diferite.

***PLAN PENTRU DESFĂȘURAREA ETAPELOR STRATEGIEI***

Lansarea Strategiei – toamna 2026 (CNCSVS);

Pregătirea ghidurilor și continuarea cercetărilor inițiate: toamna 2026 – iarna 2027 (CNCSVS);

Formarea echipelor de mesageri educaționali: toamna 2026 – iarna 2027 (CNCSVS);

Analiza situației legislative și a responsabilităților: toamna 2026 – primăvara 2027 (UBB);

Startul promovării SVS și OSV: primăvara 2028;

Monitorizarea acțiunilor.

## II. INTERCONEXIUNI ȘI INTERFERENȚE

Pentru a fi cu adevărat operațională la nivel național, *Strategia* are nevoie de o extensiune transversală și longitudinală, asigurând sustenabilitatea fără de care nu ar fi funcțională. Acestea presupun condiționarea de mai multe activități și domenii integrative

***ETICA***

Adesea, în medicina metabolică, există riscul ca eșecul terapeutic să fie perceput ca un eșec de caracter al pacientului. Dar etica ne cere să demontăm acest mit. Iată una dintre căile de a avea o privire mai cuprinzătoare asupra acestor chestiuni. Adevărata provocare nu este doar una biochimică, ci și una umană:

**Trei piloni etici în abordarea clinică**

Iată trei perspective etice în relația cu pacientul metabolic:

**1. Etica limbajului și stigmatizarea**

Obezitatea, tulburările de spectru sau alte condiții neuro-divergente sunt încă, din păcate, pentru destul de mulți oameni, boli cronice sau sindroame despre care este încă acceptabil social să faci glume. Etica medicală ne obligă să combatem aceste stereotipuri.

Un stil de viață „nesănătos” nu este întotdeauna o alegere hedonistă; adesea este un mecanism de coping pentru traume, sărăcie sau stres cronic.

*Datoria noastră etică este să transformăm cabinetul dintr-o sală de judecată într-un spațiu de siguranță. Să nu mai acuzăm: „pacientul nu ascultă”, ci să empatizăm: „pacientul se luptă”.*

**2. Etica recomandărilor realiste (contextul social)**

Este etic să prescriem o dietă mediteraneeană unui pacient care trăiește la limita subzistenței? Este etic să recomandăm 10 000 de pași unui pacient cu polineuropatie sau artroză severă?

Etica stilului de viață în diabet înseamnă **personalizare radicală**. Înseamnă să înțelegem determinanții sociali ai sănătății. A prescrie un stil de viață imposibil de urmat este, în esență, un act de neglijență, pentru că setează pacientul pentru eșec și vinovăție.

**3. Parteneriatul, nu paternalismul**

În era terapiilor moderne – a analogilor GLP-1 și a chirurgiei metabolice – stilul de viață rămâne fundația. Dar etica modernă ne cere să nu folosim stilul de viață ca pe o condiționare pentru accesul la tratament medicamentos (*„Slăbește întâi și apoi vedem”*).

Stilul de viață și farmacoterapia nu sunt inamici, sunt aliați. Etica ne cere să folosim toate uneltele pentru a ușura povara pacientului, nu pentru a-i testa voința.

**Empatia ca instrument clinic**

Cunoaștem cu toții fiziopatologia diabetului. Știm despre rezistența la insulină și despre celula beta pancreatică. Dar etica ne cere să înțelegem și **„rezistența la viață”** a pacienților noștri.

Un pacient care se simte judecat nu se va întoarce la control. Un pacient care se simte înțeles va face tot posibilul să coopereze.

Așadar, *stilul de viață* al medicului – modul în care alege să comunice, să asculte și să empatizeze – influențează direct *stilul de viață* al pacientului.

**Concluzie: o nouă definiție a succesului**

În încheiere, adresăm invitația de a redefini succesul terapeutic.

Scăderea HbA1c este crucială. Scăderea IMC-ului este importantă. Dar, din punct de vedere etic, adevăratul succes este atunci când pacientul pleacă din cabinetul nostru simțind că are *puterea* de a face o schimbare, nu *povara* de a fi greșit până acum.

Să fim nu doar gardienii glicemiei lor, ci și aliații demnității lor.

***PSIHOLOGIA SOCIALĂ/CULTURALĂ/INTERCULTURALĂ***

Analizele la nivel de grupuri mari (națiuni) pot identifica factori psihoculturali care descriu, explică și mențin paternuri comportamentale relevante pentru stilul de viață sănătos. Psihologia românilor (David, 2015) [28] și alte lucrări și date relevante de acest gen vor fi integrate în campaniile și ghidurile elaborate.

***COMPONENTA SOCIO-ECONOMICĂ***

Orice intervenție în relație cu sănătatea trebuie să fie testată sub aspectul eficienței (cum funcționează în condiții controlate) și eficacității (cum funcționează în condiții obișnuite de viață). Apoi, trebuie studiată sub aspectul acceptabilității psiho-socio-culturale. Nu în ultimul rând, trebuie o analiză a sustenabilității economice, deoarece multe intervenții validate și acceptate de sănătate nu sunt accesibile, ca urmare a limitărilor economice (la nivel de sistem și/sau individ).

***TEHNOLOGIA***

Societatea se află într-o nouă revoluție industrială (4.0/5.0). Tehnologia în sine nu este bună sau rea, dar poate deveni astfel în funcție de cum este utilizată. Dacă este utilizată adecvat, ca parte dintr-un stil de viață sănătos, evităm probleme specifice legate de tehnologie (ex. dependențe/afectări cognitive/alte tipuri de îmbolnăviri) și o putem utiliza ca instrument de facilitate a unui stil de viață sănătos (ex. prin acces imediat la informație credibilă; prin măsurători în timp real ale unor indicatori biomedicali/psihosociali relevanți pentru stilul de viață sănătos; prin agenți artificiali cu rol de *iHealth Coach* creați de specialiști în sănătate).

***PERSPECTIVE PROFILACTICE ȘI RECUPERATORII INTEGRATIVE***

Una dintre implicațiile cele mai importante ale SVS este participarea la toate tipurile de prevenție cunoscute. Le vom enumera succint conform unei sistematizări folosite în mod convențional.

*PREVENȚIA PRIMORDIALĂ*

▪ Prevenția primordială se adresează originii bazale/primordiale a bolilor cronice, care adesea reprezintă cauzele comportamentelor nesănătoase ale stilului de viață. De exemplu, dacă fumatul este cauzal legat de cancer și bolile cardiovasculare, cauzele fumatului formează obiectul prevenției primordiale.

▪ Toate comportamentele nesănătoase ale stilului de viață sunt asociate, nu întotdeauna cauzal, cu un factor care ar putea fi controlat în cadrul prevenției primordiale. Se menționează creșterea calității vieții la persoanele care au urmat constant alimentația mediteraneeană [60].

▪ Dovezile științifice deocamdată lipsesc, dar ipoteza care își are originea în cardiologie este atrăgătoare.

▪ În acest sens, campaniile „Șase pentru sănătate", „Îngrijește-te" și „Stilul de viață pentru sănătatea voastră – SV 4 SV", adresate populației generale aparent sănătoase, ar putea fi considerate acțiuni de prevenție primordială.

*PREVENȚIA PRIMARĂ*

▪ Prevenția primară se referă la prevenirea debutului bolilor cronice, prin optimizarea comportamentelor nesănătoase ale stilului de viață nesănătos.

▪ Un exemplu elocvent în acest sens este studiul PREDIMED care a demonstrat beneficii cardiovasculare prin aplicarea alimentației mediteraneene la persoane care, la includerea în studiu, nu aveau boli cardiovasculare [61].

*PREVENȚIA SECUNDARĂ*

▪ Prevenția secundară cuprinde detectarea timpurie (early) a bolilor cronice și prevenirea complicațiilor lor prin tratament adecvat. În cadrul lui, se cunoaște rolul controlului comportamentelor nesănătoase ale stilului de viață.

▪ Alimentația mediteraneeană a redus semnificativ frecvența evenimentelor cardiovasculare la persoanele care aveau deja diagnosticul de boală cardiovasculară [62, 60].

▪ Exemple similare se regăsesc în majoritatea bolilor cronice netransmisibile [9-12].

*PREVENȚIA TERȚIARĂ ȘI RECUPERAREA*

▪ Prevenția terțiară se referă la tratamentul bolilor cronice pentru prevenirea apariției și și agravării complicațiilor, precum și a reabilitării. De exemplu, dacă un pacient a suferit un infarct miocardic, este posibil să se prevină al doilea infarct sau apariția insuficienței cardiace.

▪ Rolul optimizării comportamentelor stilului de viață în prevenția terțiară este important, dar nu cel mai important. Farmacoterapia are aici meritul esențial, dar aderența la tratament poate fi amplificată în cadrul OSV [60- 64]. Nu există studii de prevenție terțiară care să demonstreze beneficii de tip „evidențe" doar prin optimizarea stilului de viață, dar observațiile clinice confirmă importanța lor.

▪ În toate programele de prevenție terțiară și de reabilitare, este inclusă optimizarea stilului de viață, aceasta contribuind în mod cert la succesul programului [64].

*PREVENȚIA CUATERNARĂ*

▪ Este un aspect mai recent al prevenției și se referă la protejarea pacienților prin limitarea sau renunțarea la unele proceduri terapeutice sau la dezintensificarea tratamentului. [65].

▪ Un exemplu în acest sens este scăderea dozelor și a numărului de medicamente antihipertensive, prin alimentația hiposodată și creșterea regimului de activitate fizică [39, 66, 67].

▪ Prevenția cuaternară are aspecte etice de mare importanță, la care se adaugă cele potențial economice (reducerea costului farmacoterapiei).

ÎN SINTEZĂ:

▪ Campaniile pentru promovarea comportamentelor sănătoase ale stilului de viață – „Șase pentru sănătate", „Îngrijește-te" și „Stil de viață pentru sănătatea voastră – SV4SV" sunt metode recomandate pentru prevenția primordială a BCN.

▪ Optimizarea comportamentelor nesănătoase este o parte importantă și uneori singulară în prevenția primară a BCN. Împreună cu farmacoterapia și îngrijirea psihosocială, optimizarea stilului de viață (OSV) contribuie și la prevenția lor secundară, la cea terțiară, cât și la reabilitare.

▪ Prin OSV se obțin rezultate remarcabile în recuperarea cuaternară, dovedite prin observații clinice de foarte bună calitate

***ALTE COLABORĂRI MULTIPLE***

Complexitatea *Strategiei* obligă la colaborări multiple:

- Colaborări multidisciplinare necesare în domeniul medical;
- Colaborarea cu psihologii de diverse specialități;
- Colaborarea cu specialiști/experți din diverse profesii conexe sănătății;
- Colaborarea cu factorii operaționali ai sistemului alimentar, respectiv cu producătorii/distribuitorii de alimente care participă la „construirea" ambientului alimentar;
- Colaborarea cu mediul academic-universitar;
- Colaborarea: MEC-MS și Ministerul Sportului (eventual cu alte ministere și instituții de cercetare);
- Colaborarea cu Biserica/cultele religioase;
- Colaborarea cu media;
- Colaborarea cu mediul *Tech*.

### 2.3.6. OS7 – CADRUL LEGISLATIV AL STRATEGIEI

Obținerea cadrului legislativ al *Strategiei* este condiția *sine qua non* pentru funcționalitatea ei. Strategia va rămâne ancorată în cele mai avansate cunoștințe științifice și ghiduri/practici internaționale.

## 3. CONCLUZII

STRATEGIA PENTRU STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS este:

* Un model conceptual cu recomandări operaționale,
* pentru formarea competențelor în SVS și în ameliorarea celui nesănătos (SVN),
* cu aplicarea lor în domeniul (psiho)societal și cel medico-psihosocial,
* în asociere cu un program de cercetare-dezvoltare-inovare (CDI),
* conform obiectivelor CNCSVS,
* prin raportare la cele noi date științifice și ghiduri/practici internaționale.

STRATEGIA ESTE IMPORTANTĂ ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

* Prin diseminarea SVS în domeniul societal (DoS) – prevenția primordială și primară.

STRATEGIA ESTE O CONDIȚIE *SINE QUA NON* ÎN RECÂȘTIGAREA SĂNĂTĂȚII

* Prin actualizarea continuă și intensificată a OSV structurat în domeniul medical-psihologic (DoMP) și, prin aceasta, contribuind la îngrijirea medicală și psihosocială a bolnavilor cronici, precum și la prevenția secundară, terțiară și cuaternară.

BENEFICIILE POTENȚIALE ALE IMPLEMENTĂRII STRATEGIEI AR FI:

* Promovarea sănătății și a stării de bine la nivel de individ și societate.

* Optimizarea acțiunilor preventive și curative în sănătate;

* Reducerea costurilor farmacoterapiilor și a altor tratamente biomedicale.

**BIBLIOGRAFIE**


1. WHO. Constitution of the World Health Organisation. Geneva: World Health Organization; 1946. Available from: https://www.who.int/about/governance/constitution. Accessed May 15, 2026.
2. WHO. Social determinants of health. WHO Fact Sheets. May 5, 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health
3. WHO. Commercial determinants of health. WHO Fact Sheets. March 21, 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health
4. WHO. One health. WHO Fact Sheets. October 23, 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health
5. WHO. Ambient (outdoor) air pollution. WHO Fact Sheets. October 24, 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health
6. Mechanick JI. Driver-based chronic disease: a novel paradigm for lifestyle medicine targeting. In: Mechanick JI, Kushner RF, eds. Lifestyle Medicine. Springer; 2025:chap. 1. doi: 10.1007/978-3-031-82888-1_1
7. Winkler AS, Brux CM, Carabin H, et al. The Lancet One Health Commission: harnessing our interconnectedness for equitable, sustainable, and healthy socioecological systems. Lancet. 2025;406(10502):501-570.
8. World Health Organization. World Health Day 2023: Health for All. WHO; 7 April 2023. Available from: https://www.who.int/campaigns/75-years-of-improving-public-health
9. Mason KA, Willen SS, Holmes SM, et al. How do you build a "culture of health"? Popul Health Manag. 2020;23(6):476-481.
10. Rippe J. Nutrition and cardiovascular disease. In: Rippe J, ed. Lifestyle Medicine. 4th ed. CRC Press; 2024:100-113.
11. Sidossis LS, Kales SN. Lifestyle choices and human health. In: Sidossis LS, Kales SN, eds. Textbook of Lifestyle Medicine. Wiley Blackwell; 2022:3-352.
12. Ellery J, Edington D. Introduction to health promotion and lifestyle medicine. In: Rippe JM, ed. Lifestyle Medicine. 4th ed. CRC Press; 2024:1245-1247.
13. Rippe JI. Lifestyle strategies for risk factor reduction and treatment of cardiovascular disease. In: Rippe JI, ed. Lifestyle Medicine. 4th ed. CRC Press; 2024:23-43.
14. Bala C, Hâncu N. Stilul de Viață la Persoanele cu Obezitate. NovoNordisk Farma SRL; 2023.
15. Casas R, Ruiz-León AM, Argente J, et al. A new Mediterranean lifestyle pyramid for children and youth: a critical lifestyle tool for preventing obesity and associated cardiometabolic diseases in a sustainable context. Adv Nutr. 2025;16(1).
16. Mozaffarian D. The 2025-2030 Dietary Guidelines for Americans. JAMA. 2026;335(7):575-577. doi: 10.1001/jama.2026.0283
17. ESPAD Group. ESPAD Report 2024: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. ESPAD; 2024.
18. Ministerul Educației și Cercetării prioritizează măsurile de răspuns la datele din Raportul ESPAD privind consumul de alcool și alte droguri. Comunicat de Presă. Octombrie 2025. Available from: https://www.edu.ro/press_rel_174_2025

19. European Commission. Healthier Together: EU Non-Communicable Diseases Initiative. European Commission; June 2022. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/eu-ncd-initiative_publication_en_0.pdf
20. WHO. Urban health. WHO Fact Sheets. March 19, 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/urban-health
21. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, et al. Life's Essential 8: updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation. 2022;146(5):e18-e43. doi: 10.1161/CIR.0000000000001078
22. Mozaffarian D, Aspry KE, Garfield K, et al. "Food Is Medicine" strategies for nutrition security and cardiometabolic health equity: JACC state-of-the-art review. J Am Coll Cardiol. 2024;83(8):843-864. doi: 10.1016/j.jacc.2023.12.023
23. Chown S, et al. Hybrid health promotion: patient-centric digital tools to support healthier lifestyles. In: Rippe JM, ed. Lifestyle Medicine. CRC Press; 2024:1251-1255.
24. Chidambaram S, Jain B, Jain U, et al. An introduction to digital determinants of health. PLOS Digit Health. 2024;3(1):e0000346. doi: 10.1371/journal.pdig.0000346
25. Wang MH. Artificial intelligence across the obesity continuum: from mechanistic insights to global precision prevention and therapy. Obesity. 2026;34(2):294-316. doi: 10.1002/oby.70095
26. Arslan S. Artificial intelligence in food safety and nutrition practices: opportunities. J Acad Nutr Diet. 2025;2:1-11.
27. Chan KHK, Liu S. The role of artificial intelligence in advancing lifestyle medicine research. In: Mechanick JI, Kushner RF, eds. Lifestyle Medicine. Springer; 2025:chap. 17. doi: 10.1007/978-3-031-82888-1_17
28. David D. Psihologia poporului român. Iași: Editura Polirom; 2015.
29. Dumitru M. Umanismul ca vocație. Iași: Editura Polirom; 2026 (în curs de apariție)
30. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
31. WHO. Noncommunicable diseases. WHO Fact Sheets. September 25, 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
32. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Després JP, et al. Strategies for promotion of a healthy lifestyle in clinical settings: pillars of ideal cardiovascular health: a science advisory from the American Heart Association. Circulation. 2021;144(24):e495-e514. doi: 10.1161/CIR.0000000000001018
33. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual. BRIEF project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
34. Government of Malta. Non-Communicable Disease Prevention Framework. Government of Malta; June 2024. Available from: https://www.gov.mt/en/publicconsultation/Pages/2024/NL-0018-2024.aspx
35. United Nations. Political Declaration of the Fourth High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of NCDs and the Promotion of Mental Health and Well-Being. United Nations; October 2025. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-fourth-high-level-meeting-of-the-general-assembly-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-and-the-promotion-of-mental-health-and-well-being

36. Sattar N, McMurray JJV, McInnes IB, et al. Treating chronic diseases without tackling excess adiposity promotes multimorbidity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2023;11(1):58-62.
37. WHO Department of Nutrition and Food Safety. WHO Accelerating Action to Stop Obesity. WHO; June 2023. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634
38. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. Pharmacologic treatment of obesity in adults: standards of care in overweight and obesity. BMJ Open Diabetes Res Care. 2026;13(suppl 1).
39. Hâncu N, Poiana C, Roman G, Bala C. Recomandările Forumului Român pentru Obezitate (FORO) pentru Îngrijirea Persoanelor cu Obezitate. Ediția a 3-a. 2026.
40. Celletti F, Farrar J, De Regil L. World Health Organization guideline on the use and indications of glucagon-like peptide-1 therapies for the treatment of obesity in adults. JAMA. 2026;335(5):434-438. doi: 10.1001/jama.2025.24288
41. Bifulco M, Pagano C, Di Zazzo E. Obesity legally recognized as a chronic disease in Italy. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13. Published online December 2025.
42. Hildebrand S, Pfeifer A. The obesity pandemic and its impact on NCD burden. Eur J Physiol. Published online February 10, 2025.
43. Editorial. Childhood obesity—a global health crisis. Lancet. 2025;406(10456). Published September 20, 2025.
44. Writing Committee Members, Ndumele CE, Rodriguez F, et al. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2026;154(4):e50-e158. doi:10.1161/CIR.0000000000001453
45. Romeo S, Vidal-Puig A, Husain M, et al. Clinical staging to guide management of metabolic disorders and their sequelae: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J. 2025;46(38):3685-3713. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf314
46. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2016;39(12):2126-2140. doi: 10.2337/dc16-2053
47. Bueno H, Deaton C, Farrero M, et al. 2025 ESC clinical consensus statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. Eur Heart J. 2025;46(41):4156-4225. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf191
48. European Association for the Study of Diabetes. Guidelines on the assessment and management of diabetes distress among adults with type 1 diabetes and type 2 diabetes. EASD; 2026 [in press].
49. Gallegos D. Effects of food and nutrition insecurity on global health. N Engl J Med. 2025;392(7):687-697.
50. Monteiro CA, Louzada ML, Steele-Martinez E, et al. Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence. Lancet. 2025;406(10520):2667-2684. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01565-X
51. Scrinis G, Popkin BM, Corvalan C, et al. Policies to halt and reverse the rise in ultra-processed food production, marketing, and consumption. Lancet. 2025;406(10520):2685-2702. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01566-1
52. Baker LD, Espeland MA, Whitmer RA, et al. Structured vs self-guided multidomain lifestyle interventions for global cognitive function: the US POINTER randomized clinical trial. JAMA. 2025;334(8):681-691. doi: 10.1001/jama.2025.12923

53. Rockström J, Thilsted SH, Willett WC, et al. The EAT-Lancet Commission on healthy, sustainable, and just food systems. Lancet. 2025;406(10512):1625-1700. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01201-2
54. Cooper D, Holmboe ES. Competency-based medical education at the front lines of patient care. N Engl J Med. 2025;393(4):376-388.
55. UBB Med și Academia Română. Centrul Național de Competențe în Stilul de Viață Sănătos. Cluj-Napoca; November 7, 2023.
56. Hâncu A. The lifestyle medicine center. In: Mechanick JI, Kushner RF, eds. Lifestyle Medicine. Springer; 2025:719-730.
57. Sănătos de Mic. Ghid pentru Părinți. 2018. Available from: www.sanatosdemic.ro
58. Arkadianos I, Mechanick JI, Hâncu A, et al. Accreditation programs in lifestyle medicine: new survey data and a proposed European model. In: Mechanick JI, Kushner RF, eds. Lifestyle Medicine. Springer; 2025:chap. 22. doi: 10.1007/978-3-031-82888-1_22
59. Su QJ, Ashenhurst JR, Xu W, et al. Genetic predictors of GLP-1 receptor agonist weight loss and side effects. Nature. 2026. doi: 10.1038/s41586-026-10330-z
60. Godos J, Guglielmetti M, Ferraris C, et al. Mediterranean diet and quality of life in adults: a systematic review. Nutrients. 2025;17(3):577. doi: 10.3390/nu17030577
61. Guasch-Ferré M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. J Intern Med. 2021;290(3):549-566. doi: 10.1111/joim.13333
62. Mlynarska E, Kurcinska J, Kurcinski S, et al. The Mediterranean diet in primary and secondary prevention of coronary heart disease: evidence and mechanisms. Nutrients. 2025;17(22):3617. doi: 10.3390/nu17223617
63. Nguyen XT, Li Y, Czernichow S, et al. Combined associations of GLP-1 receptor agonists and a healthy lifestyle with cardiovascular outcomes among individuals with type 2 diabetes: a prospective cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2026;14(4):317-326. doi: 10.1016/S2213-8587(25)00395-X
64. Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, et al. Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: a joint advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. Obesity (Silver Spring). 2025;33(8):1475-1503. doi: 10.1002/oby.24336
65. Mechanick JI. Pharmacotherapy de-escalation as a critical component of lifestyle medicine. In: Mechanick JI, Kushner RF, eds. Lifestyle Medicine. Springer; 2025:chap. 30. doi: 10.1007/978-3-031-82888-1_30
66. Hâncu N, Crăciun A. Stilul de Viață la Persoanele cu Diabet Zaharat Tip 2. Ediția a doua. Novo Nordisk Farma; 2022.
67. Nguyen XT, Li Y, Wang DD, et al. Impact of 8 lifestyle factors on mortality and life expectancy among United States veterans: the Million Veteran Program. Am J Clin Nutr. 2024;119(1):127-135. doi: 10.1016/j.ajcnut.2023.10.032