

## DIMENSIUNI ETICE ÎN CONTEXTUL BOLILOR ASOCIATE STILULUI DE VIAȚĂ: CAZUL STEATOZEI HEPATICE

Ion BANARI, Iulianna LUPAȘCO, Inna VENGER

Laboratorul de gastroenterologie,  
IP USMF Nicolae Testemițanu

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2\(104\).04](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2(104).04)

### Rezumat

Schimbările sociale, industriale, tehnologice și culturale rapide din ultimele decenii și adeseori nocive ale stilului de viață au impus necesitatea unor abordări noi, interdisciplinare, cu accent pe schimbările comportamentului cu risc pentru sănătate. În ultimii 30 de ani, bolile ficatului au fost în atenția diverselor abordări clinice, dar și interdisciplinare, cea mai frecventă afecțiune fiind steatoza hepatică non-alcoolică, bine cunoscută ca boala ficatului gras non-alcoolic (BFGNA), actualmente boala ficatului steatozică, asociată cu disfuncții metabolice. Treptat, au fost acumulate date importante cu privire la factorii de risc comportamentali și genetici, la complicațiile hepatice ori extrahepatice și la strategiile de tratament adecvate. Cu toate progresele obținute, prevalența bolii se află în creștere continuă, mai mult decât atât, sunt ridicate o serie de probleme etice și provocări morale atât pentru sistemul de sănătate în general, cât și pentru clinicieni, în particular. Studiul își propune să configureze un tablou descriptiv și de sinteză al subiectelor de etică aplicată spațiului biomedical în contextul afecțiunilor asociate stilului de viață, pentru a identifica repere etice privind acordarea îngrijirilor medicale personalizate pacientului cu boala hepatică steatozică.

**Cuvinte-cheie:** boala ficatului gras non-alcoolic, steatoză hepatică, etică, stil de viață, comportament cu risc pentru sănătate

### Summary

#### **Ethical Dimensions in the Context of Lifestyle-Related Diseases: The Case of Hepatic Steatosis**

The rapid social, industrial, technological and cultural changes in recent decades and often harmful lifestyles have attracted the attention of new, interdisciplinary approaches with an emphasis on changes in health-risk behavior. In the last 30 years, liver diseases have been the focus of various clinical and interdisciplinary approaches, and the most common of these is non-alcoholic liver steatosis previously wellknown as non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD), currently fatty liver disease associated with metabolic dysfunction. Gradually, important data have been accumulated on behavioral and genetic risk factors, hepatic or extrahepatic complications and appropriate treatment strategies. Despite all the progress achieved, the prevalence of the disease is continuously increasing, and even more, a series of ethical issues and moral challenges are raised both for the health system in general and for clinicians in particular. The study aims to configure a descriptive and synthetic picture of the topics of ethics applied to the biomedical space in the context of lifestyle-related conditions in order to identify ethical benchmarks regarding the provision of personalized medical care to the patient with steatosis liver disease.

**Keywords:** non-alcoholic fatty liver disease, hepatic steatosis, ethics, lifestyle, health-risk behavior

### Резюме

#### **Этические аспекты в контексте болезней ассоциируемых с образом жизни на примере стеатоза печени**

Быстрые социальные, промышленные, технологические и культурные изменения в последние десятилетия и часто вредный образ жизни привлекли внимание новых междисциплинарных подходов с акцентом на изменениях в поведении, связанном со здоровьем. За последние 30 лет заболевания печени были в центре внимания различных клинических и междисциплинарных подходов, и наиболее распространенным из них является неалкогольный стеатоз печени, ранее хорошо известный как неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), в настоящее время стеатозная болезнь печени ассоциирована с метаболическими дисфункциями. Постепенно были накоплены важные данные о поведенческих и генетических факторах риска, печеночных или внепеченочных осложнениях и соответствующих стратегиях лечения. Несмотря на весь достигнутый прогресс, распространенность заболевания постоянно растет, более того, возникает ряд этических и моральных проблем как для системы здравоохранения в целом, так и для врачей в частности. Целью исследования является формирование описательной и обобщающей картины этических вопросов, применяемых в биомедицинском пространстве в контексте состояний, связанных с образом жизни, с целью выявления этических ориентиров в отношении предоставления персонализированной медицинской помощи пациенту со стеатозной болезнью печени.

**Ключевые слова:** неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз печени, этика, образ жизни, рискованное для здоровья поведение

### Introducere

Actualmente, printre cauzele principale ale mortalității în lume sunt bolile cronice precum afecțiunile cardiovasculare, ale ficatului, diabetul, bolile respiratorii etc. În toate aceste patologii sunt implicați factori de risc ce țin în mare măsură de stilul de viață: alimentația dezechilibrată, sedentarismul, suprasolicitarea nervoasă, consumul excesiv de alcool, fumatul etc. Concomitent, schimbările sociale, industriale, tehnologice și culturale rapide din ultimele decenii și adeseori nocive ale stilului de viață dictează abordări noi, interdisciplinare, cu accent pe schimbările comportamentului cu risc pentru sănătate. Totodată, sporirea incidenței bolilor cronice asociate stilului de viață are un impact deosebit asupra costului patologiei, atât datorită duratei tratamentului, cât și

a noilor tehnici de diagnostic și tratament. Respectiv, pentru a reduce costurile și incidența acestora se promovează politici în sănătate centrate pe prevenție, ce au drept scop schimbări comportamentale care să reducă factorii de risc pentru sănătate.

În ultimii 30 de ani, bolile ficatului au fost în atenția diverselor abordări clinice, dar și interdisciplinare, cea mai frecventă afecțiune fiind steatoza hepatică non-alcoolică, bine cunoscută ca boala ficatului gras non-alcoolic (BFGNA), care actualmente este denumită boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice. Treptat, au fost acumulate date importante cu privire la factorii de risc comportamentali și genetici, la complicațiile hepatice ori extrahepatice și la strategiile de tratament adecvat. Cu toate progresele obținute, prevalența bolii se află în creștere continuă, mai mult decât atât, sunt ridicate o serie de probleme etice și provocări morale atât pentru sistemul de sănătate în general, cât și pentru clinicieni, în particular. Astfel, în cadrul disputelor eticii aplicate spațiului biomedical privind bolile hepatice steatozice și alte afecțiuni asociate stilului de viață, intervin mai multe subiecte esențiale: cine poartă responsabilitatea pentru prevenția acestei boli și pentru schimbarea stilului de viață? Este o responsabilitate personală a pacientului sau comunitară, mai ales azi, când societatea este una centrată pe consum? Clinicienii deseori se confruntă cu sentimentul culpabilizării, trăit de pacient pentru boala sa. Cum se poate evita stigmatizarea pacientului? În plus, tratamentul de durată, dar și transplantul de ficat necesită costuri și resurse ridicate, respectiv, cum poate fi asigurată echitatea în accesul la serviciile medicale? La fel, situația în care boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice este una asociată comportamentului cu risc pentru sănătate, poate să apară percepția că este o afecțiune „autocauzată”. În acest context, apare întrebarea: este moral ca sistemul de asigurare medicală să acopere cheltuielile pentru patologii „autocauzate” și care pot fi evitate? Nu în ultimul rând, se ridică probleme în relația medic-pacient: cum comunică medicii cu pacienții despre necesitatea schimbării stilului de viață fără a leza autonomia sau demnitatea pacientului, cum se gestionează necompliancea la recomandări privind schimbarea stilului de viață?

Având în vedere provocările de sănătate majore, literatura științifică din ultimul timp acordă atenție sporită acestor dimensiuni etice. Abordările implică dezbateri privind responsabilitatea morală în sănătate publică, etica politicilor de prevenție a bolilor netransmisibile, stigmatul asociat obezității și bolilor metabolice, precum și dilemele etice din practica medicală legate de pacienții cu boli asociate stilului de viață. Studiul de față își propune să sintetizeze și să analizeze contribuțiile academice recente, cu accent special asupra contextului bolii hepatice steatozice.

**Scopul** analizei este de a configura un tablou descriptiv și de sinteză al subiectelor de etică aplicată spațiului biomedical în contextul afecțiunilor asociate stilului de viață, pentru a identifica repere etice privind acordarea îngrijirilor medicale personalizate pacientului cu boala hepatică steatozică asociată disfuncțiilor metabolice.

### **Materiale și metode**

În scopul realizării acestui studiu a fost acceptată o metodologie de sinteză a literaturii care scoate în evidență probleme etice și provocări morale atât pentru sistemul de sănătate în general, cât și pentru clinicieni în particular. Sursele bibliografice au fost identificate în bazele de date științifice precum: Research4Life, PubMed, MedLine și JSTOR, iar perioada de căutare a cuprins preponderent ultimii 10 ani. Concomitent, au fost analizate 36 de materiale academice, iar în sinteza finală au fost incluse 14 surse bibliografice. Includerea lucrărilor în sinteză este determinată de necesitatea de a înțelege particularitățile socio-medicale ale steatozei hepatice non-alcoolice [5; 11], contextul general al eticii aplicativ spațiului biomedical [1; 2; 6; 10] și specificul discursului etic cu privire la boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice [3; 4; 7; 8; 9; 12; 13; 14]. Specificul discursului etic cu privire la boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice s-a focalizat pe subiectele etice precum: responsabilitatea personală a pacientului cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice față de responsabilitatea comunitară în contextul unei societăți centrate pe consum; culpabilizarea și stigmatizarea pacientului; echitate în distribuirea și accesul la serviciile medicale; asigurarea medicală vizavi de iresponsabilitatea comportamentală; schimbarea stilului de viață între autonomia pacientului și paternalism medical; autonomia pacientului și necompliancea acestuia. Au fost aplicate metodele analitică, comparativă și hermeneutică.

### **Rezultate și discuții**

*Responsabilitatea personală a pacientului cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice față de responsabilitatea comunitară în contextul unei societăți centrate pe consum.* Bolile netransmisibile asociate stilului de viață generează dezbateri aprinse cu privire la responsabilitatea morală a persoanei față de propria conduită și pentru daunele care decurg din comportamentele cu risc pentru sănătate. Mai mult, disputele la acest subiect înglobează preocupări cu privire la rezultatul alegerilor individuale și impactul acestora asupra sănătății sau bolii, prin urmare, răspunderea revine individului. La pol opus, intervin factori sociali, economici sau genetici, care, la rândul lor, au consecințe asupra sănătății sau bolii și, la fel, angajează o responsabilitate comunitară a

societății pentru bunăstarea membrilor săi [7]. Această discuție privind responsabilitatea este importantă din punct de vedere moral, deoarece are impact asupra modului cum se formulează politicile în sănătate și reglementarea morală a relațiilor interumane în activitatea medicală.

Astfel, pe de o parte, există argumentul conform căruia persoanele care adoptă în mod repetat comportamente nocive poartă o responsabilitate morală pentru consecințele asupra propriei sănătăți. Însă, pe de altă parte, teoriile normative ale eticii consideră că individul este moralmente responsabil pentru acțiunile sau omisiunile sale dacă îndeplinește două condiții: 1) deține control (adică are capacitatea și competența de a controla acțiunea dată) și 2) deține cunoaștere (adică să înțeleagă consecințele și să acționeze în cunoștință de cauză) [7].

Aplicat la contextul bolilor de stil de viață, argumentul este următorul: mulți oameni știu că anumite comportamente le fac rău și, cel puțin teoretic, ar putea să le evite, dacă, însă, persistă în realizarea acestora, ar trebui trași la răspundere morală pentru eventualele boli care apar. De exemplu, „mulți dintre noi mâncăm prea mult, deși știm că nu ar trebui; facem prea puțină mișcare, deși conștientizăm riscurile” [7]. În astfel de cazuri, se poate susține că sunt întrunite condițiile responsabilității individuale, deci individul ar fi „de vină” pentru propria boală.

Această interpretare cu caracter individualist a fost criticată în literatura actuală [4]. O primă obiecție este legată de complexitatea multicauzală a bolilor netransmisibile, care ține și de factori genetici, de circumstanțe de mediu sau de alți determinanți, ceea ce face dificil a stabili o relație directă cauză-efect între comportamente nocive și boală [4; 7]. În plus, multe comportamente cu risc pentru sănătate se formează în copilărie sau adolescență, perioade în care capacitatea de decizie autonomă și de control este redusă. De exemplu, ascensiunea obezității și a diabetului de tip 2 la copii și tineri ridică problema că inițierea pe traiectoria unei boli asociate stilului de viață poate avea loc înainte ca persoana să devină un „agent moral” deplin responsabil. În contextul unor astfel de considerente, atribuirea simplistă de vină individuală este nedreaptă în multe cazuri. La unii autori întâlnim o abordare sceptică față de responsabilitatea morală în acest context, argumentând că centrarea pe culpabilizarea individuală a bolnavilor, cauzată de comportamentul nociv, obstrucționează dezvoltarea unor politici adecvate de sănătate [7].

Sunt cazuri când medicul intuitiv atribuie vina pe seama pacientului. Din perspectivă morală, ar fi preferabil să nu se accentueze această responsabilitate personală, ci să căutăm soluții fără judecăți moralizatoare. Mai mult, omul este educat în familie și societate, iar bolile netransmisibile nu apar din gol, ci dintr-un mediu nesănătos creat de societate, de la

publicitatea intensă pentru alimente ultraprocesate, la urbanizarea care descurajează mersul pe jos, stresul ocupațional și inegalitățile socio-economice care limitează opțiunile sănătoase. Comitetul de bioetică UNESCO, în raportul „The IBC on the Principle of Individual Responsibility as related to Health” din 2019, sublinia că responsabilitatea individuală trebuie întotdeauna exercitată împreună cu responsabilitatea societală, mai ales în chestiuni de sănătate publică, unde factorii sistemici joacă un rol major [12]. În alt sens, persoana are obligația morală să adopte comportamente sanogene și să se îngrijească de sănătatea sa, însă și comunitatea/statul are/au datoria de a crea condiții prielnice care să permită și să încurajeze alegerea unui stil sănătos de viață.

Interpretarea privind responsabilitatea personală în cazul BFGNA nu poate fi ignorată, deoarece autonomia individuală și alegerile conștiente sunt valoroase. O abordare etică echilibrată a bolilor asociate stilului de viață cere un accent sporit pe o responsabilitate partajată. Persoanei îi revin eforturile de a-și îmbunătăți stilul de viață, însă societatea are obligația juridică și morală de a educa, de a reglementa industria care face produse nocive pentru sănătate și de a oferi oportunități reale pentru un mediu și trai sănătos. Optica moralizatoare, cum ar fi „boala ta e numai vina ta” este nu doar imorală, dar și ineficientă din punctul de vedere al tactului medical, care poate genera excluziune și consecințe negative de sănătate [4; 7].

*Culpabilizarea și stigmatizarea pacientului cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice.* În percepția socială și, uneori, chiar în rândul lucrătorilor din sănătate, pacienții cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice sau cu obezitate adesea sunt etichetați drept responsabili morali pentru starea lor, considerați leneși, fără putere de voință, indiferenți etc. Stigma, adică atribuirea unei rușini sau vini persoanelor cu anumite caracteristici sau diagnostice este un fenomen social și etic dureros în cazul bolilor legate de stilul de viață [3]. Aceste stereotipuri negative formează atitudini stigmatizante și discriminare, cu consecințe morale pentru practica medicală. Autorii Carol M., Pe’rez-Guasch M., Solà E. et al., în cercetarea „Stigmatization is common in patients with nonalcoholic fatty liver disease and correlates with quality of life”, confirmă că stigmatizarea este resimțită frecvent de pacienții cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice, indiferent de stadiul bolii. Studiul constată că aproximativ 69% dintre pacienții investigați cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice au raportat un grad de stigmatizare percepută, proporție similară atât la cei cu forme incipiente, cât și la cei cu ciroză. Totodată, pacienții au indicat experiențe de stigmatizare, discriminare, jenă și izolare socială legate de boala ficatului

steatozică asociată cu disfuncții metabolice. Spre exemplu, mulți asociază orice boală de ficat cu alcoolismul; astfel, un bolnav cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice (care nu consumă alcool excesiv) poate fi totuși privit suspicios ca posibil „alcoolic” de către cei din jur. În plus, dat fiind că boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice se corelează cu obezitatea, pacienții suportă un dublu stigmat: pe de o parte, stigmatul asociat bolilor hepatice („ficatul bolnav” fiind adesea judecat moral), pe de altă parte, stigmatul greutății corporale. Psihologic, stigma erodează stima de sine și poate provoca depresie, anxietate, sentimente de vinovăție și rușine [3].

Din punct de vedere social, pacienții stigmatizați tind să se izoleze, evitând situațiile în care s-ar putea simți etichetați prin judecăți. De exemplu, aceștia evită să mănânce în public sau chiar să meargă la medic, de teamă că vor fi muștrați pentru greutatea lor. Această constatare este alarmantă, deoarece teama de stigmat îi poate face pe oameni să amâne sau să evite îngrijirea medicală, agravându-le starea și creând diverse obstacole în calea prevenției și tratamentului. Aceleași studii arată că stigma reprezintă un factor care reduce accesul la îngrijiri și șansele de recuperare ale pacienților, fiind, așadar, combaterea acestei stigmatizări) un imperativ etic aplicat spațiului biomedical și social. Totodată, în activitatea medicală sunt cazuri documentate de prezența fenomenului subliniat la persoanele cu obezitate sau boli asociate. Numeroși medici, asistente și alți profesioniști, chiar fără intenție, manifestă biasuri de greutate, au niveluri mai scăzute de respect pentru pacienții cu IMC mare și petrec mai puțin timp în consultație cu aceștia față de pacienții normoponderali [3].

Implicațiile etice cu privire la contracararea stigmatizării pacientului cu boli asociate stilului de viață sunt esențiale. Această perspectivă presupune mai multe direcții: 1) educația terapeutică a societății, care cere transmiterea mesajului că obezitatea și boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice sunt boli multifactoriale complexe, nu eșecuri morale doar personale; 2) formarea continuă medicală să întrunească subiecte interdisciplinare prin care să se contureze judecăți morale cu privire la conștientizarea propriilor atitudini preconcepute și învățarea unor abordări centrate pe pacient, asertive și fără judecăți imorale; 3) antrenarea pacienților, a asociațiilor de pacienți în elaborarea ghidurilor și campaniilor, pentru a asigura sensibilitatea privind limbajul stigmatizator, discriminator și jignitor, respectiv, susceptibilitatea reală a persoanelor cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice; 4) reglementări juridice și etice anti-discriminare și asigurarea accesului egal la îngrijiri, indiferent de cauza afecțiunii. Este de remarcat că la nivel euro-

pean, organizații precum European Liver Patients' Association (ELPA) au început să aducă în prim-plan problema stigmatizării în boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice, incluzând-o pe agenda evenimentelor științifice [3].

*Echitatea privind distribuția și accesul la serviciile medicale în cazul bolilor asociate stilului de viață.* Temeiul moral al echității constituie alocarea și distribuția corectă a sarcinilor și beneficiilor sociale. În mod special, principiul echității în activitatea medicală vizează alocarea corectă a resurselor medicale și respectarea drepturilor tuturor oamenilor la îngrijirile medicale. Mai mult, în medicină, principiul abordat presupune ca oamenii cu probleme asemănătoare să fie tratați egal sau în mod asemănător [1, p. 56-57]. În particular, boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice, echitatea în alocarea resurselor ridică un șir de întrebări, cărora este bine să le acordăm atenție: a) este corect ca un pacient cu o boală „auto-cauzată” să beneficieze de resurse costisitoare, cum ar fi: medicamente de ultimă generație, intervenții chirurgicale, transplant hepatic, în aceeași măsură ca un pacient cu o patologie fără cauză individuală, adică fără vină în sensul redat supra? b) cum echilibrăm principiul meritocrației cu cel al nevoii medicale, mai ales atunci când resursele sunt limitate? [13].

Abordarea etică cu referire la aceste subiecte este tranșantă, majoritatea ghidurilor și reglementărilor de alocare a resurselor pleacă de la premisa morală conform căreia cauza bolii nu ar trebui să influențeze deciziile medicale. Principiul fundamental al echității și al nediscriminării constată normativ că doi pacienți cu aceeași nevoie medicală și prognostic similar trebuie să fie tratați la fel, indiferent de istoricul comportamental al patologiei. În lucrarea „Early liver transplantation for patients with acute alcoholic hepatitis: public views and the effects on organ donation”, autorii Stroh G., Rosell T. Dong F. et al. susțin că echitatea privind accesul la transplant dictează a pacienților cu o anumită etiologie (ex., boală alcoolică hepatică) au rezultate post-transplant semnificativ mai proaste pot fi justificate priorități pentru aceștia în raport cu alții [14]. În alt sens, susțin cercetătorii, considerente juste care pot constitui motive diferențiale în alocarea serviciilor medicale sunt numai cele de eficacitate medicală, adică, șansele de supraviețuire și recuperare, nu considerații moralizatoare privind „vina” pentru boală, deci excluderea pacienților a priori nu ar avea suport etic sau științific [13; 14].

Pentru boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice, problema alocării resurselor se pune din ce în ce mai acut, dat fiind că această boală a devenit o cauză principală de ciroză și cancer hepatic. Pe lista de așteptare pentru transplant hepatic, proporția de pacienți cu boala ficatului ste-

atozică asociată cu disfuncții metabolice a crescut exponențial în ultimele două decenii, acum, a doua cea mai frecventă indicație de transplant hepatic la adulți în SUA și nu este exclus că va deveni prima într-un timp apropiat [8]. Aceasta presupune că un număr tot mai mare de pacienți care, pe lângă boala hepatică, au și obezitate, diabet etc., vor accesa resurse medicale costisitoare și rare cum este ficatul pentru transplant. În contextul acestei realități, unii ar putea pune întrebarea inconfortabilă: ar trebui acești pacienți tratați diferit? Dacă un pacient cu boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice are obezitate severă, chirurgia de transplant tehnic e mai dificilă și riscurile post-operatorii sunt crescute, iar prognosticul poate fi mai rezervat. În astfel de cazuri, cei responsabili de transplant pot amâna intervenția până la scădere ponderală (similar cu regula abstenenței la alcoolici), dar motivația oficială ține de șansa de succes medical (obezitatea morbidă crește mortalitatea chirurgicală), nu de percepția discriminatorie sau de o judecată morală cum s-a menționat mai sus. Aici limita e foarte subtilă, când i se cere pacientului modificarea stilului de viață înainte de a-i oferi acces la o resursă medicală, se face pentru binele acestuia (principiul non-dăunării) [2], nu ca să fie „pedepsit” moral. Respectarea principiului echității în alocarea resurselor ține și de modul în care sunt cheltuite fondurile publice între prevenție și tratament [4].

Aplicarea principiului echității în alocarea resurselor față de pacienții cu boli asociate stilului de viață înaintează obligația morală să nu fie discriminați pe criteriul presupusei culpe. Alocarea trebuie să fie bazată pe criterii clinice (nevoie, eficacitate, prognostic) și sociale (prioritizarea și protejarea celor vulnerabili), dar nu pe judecăți de valoare despre stilul de viață sau comportamente nocive. Astfel, echitatea presupune un delicat echilibru între responsabilitate și solidaritate.

*Schimbarea stilului de viață între respect pentru autonomia pacientului și paternalism medical.* Dialogul dintre medic și pacient reprezintă relația cu o mare încărcătură morală, având în vedere profunzimea și complexitatea valorilor implicate, cum ar fi: autoritatea medicului în societatea respectivă și încrederea pacientului în procesul decizional. Particularitățile întâlnirii medicului cu pacientul pot fi o sursă a multiplelor controversate, probleme, dileme, interogații [1, p. 56-57]. În cazul pacienților cu boli asociate stilului de viață (precum obezitatea, diabetul de tip 2, boala ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice), această relație prezintă câteva provocări specifice. Medicul are adesea rolul dificil de a discuta cu pacientul despre necesitatea schimbării unor obiceiuri de viață adânc înrădăcinate, care pentru pacient reprezintă un subiect sensibil,

ce poate atinge orgoliul, rușinea sau fricile pacientului. Totodată, medicul însuși poate avea prejudecăți despre pacient, iar pacientul poate veni la consult deja cu frica de a fi judecat. Aceste elemente fac ca etica dialogului și a atitudinii dintre medic și pacient să fie crucială. Provocarea cea mai răspândită din punct de vedere moral este cea a raportului dintre paternalism vizavi de respectarea autonomiei.

Medicina tradițională (inclusiv la noi) a fost desul de paternalistă, medicul indica ce e de făcut, pacientul asculta. În prezent, modelul ideal este decizia medicală partajată și respectul profund pentru autonomia pacientului, inclusiv dreptul acestuia de a alege să nu urmeze recomandările. În cazul pacienților la care boala este legată de comportament, medicul poate simți frustrarea că, oricâte sfaturi ar da, succesul tratamentului depinde în mare măsură de voința pacientului. Aici apare tentația paternalistă, medicii pot să recurgă la tonuri autoritare sau alarmiste, încercând să sperie pacientul. Deși intenția de a motiva pacientul e morală, mijlocul este discutabil din punct de vedere etic. Frica poate motiva pe termen scurt, dar pe termen lung poate eroda încrederea pacientului sau îl poate descuraja dacă schimbarea i se pare oricum imposibilă. Atitudinea asertivă și comunicarea eficientă sunt condiții etice care cer ca medicul să fie deschis cu pacientul cu privire la riscuri, dar și empatic și încurajator. Un concept-cheie, în acest sens, este cel de „ai dat pacientului puterea de a înțelege (informația, instrumentele, susținerea) și de a-și gestiona boala, nu să fie jignit de pe o poziție de superioritate. Literatura oferă o serie de exemple, în locul unei afirmații muștrătoare („Trebuie să mâncați mai puțin și să faceți sport, altfel vă veți distruge ficatul”), medicul poate adopta o abordare de mentor: „Știu că a scădea în greutate poate fi foarte dificil. Haideți să vedem împreună mici schimbări pe care le-ați putea face și care v-ar ajuta ficatul. Cu pași mărunți, se poate – și sunt aici să vă susțin”. Tonul face diferența între a culpabiliza pacientul și a-l face aliat în propriul tratament. Studiile arată că atitudinea medicului influențează adesea la recomandări. Dacă pacientul simte respect și înțelegere, va fi mai deschis să încerce schimbări, dacă se simte judecat sau nerespectat, probabil va abandona recomandările medicale [9].

Provocările etice în dialogul dintre medic și pacient în contextul bolilor determinate de comportamentele nocive se reduc la a menține un echilibru între sinceritate și empatie, între ghidare și respectarea alegerii, între insistență și acceptare. Medicul trebuie să fie conștient de valoarea unei comunicări personalizate (nu toți pacienții obezi sunt la fel, fiecare are narațiunea sa), să motiveze fără a culpabiliza și să creeze o alianță terapeutică bazată pe încredere. Astfel pacientul va simți că are alături un partener de drum și nu un judecător, crescând șansa reală a unei

schimbări pozitive a stilului de viață și respectând demnitatea umană a pacientului, valoare ce trebuie să rămână centrală în orice act medical.

## Concluzii

1. Deși responsabilitatea personală în cazul bolii ficatului steatozică asociată cu disfuncții metabolice este importantă, abordarea etică a bolilor legate de stilul de viață trebuie să se bazeze pe o responsabilitate partajată. Individul are datoria de a adopta un stil de viață sănătos, dar societatea are obligația de a educa, de a reglementa industria care promovează produse nocive și de a crea condiții reale pentru un trai sănătos. O perspectivă moralizatoare de tipul „boala ta e vina ta” este nu doar nedreaptă, ci și contraproductivă medical.

2. Combaterea stigmatizării pacienților cu boli legate de stilul de viață este o prioritate etică. Aceasta presupune: a) educarea societății privind natura complexă și multifactorială a acestor boli; b) formarea medicilor pentru a recunoaște și depăși propriile prejudecăți; c) implicarea pacienților în elaborarea ghidurilor și campaniilor de sănătate; d) reglementări anti-discriminare și acces egal la servicii medicale. Inițiative europene, precum cele ale ELPA, arată o preocupare crescândă față de acest aspect.

3. Echitatea în alocarea resurselor medicale impune tratarea tuturor pacienților în funcție de nevoile clinice și sociale, nu de presupusa vină personală. Deciziile trebuie să se bazeze pe criterii obiective – cum ar fi eficacitatea tratamentului și vulnerabilitatea socială –, nu pe judecăți morale privind stilul de viață.

4. Comunicarea etică între medic și pacient implică un echilibru între sinceritate și empatie, între îndrumare și respectarea autonomiei. Medicul trebuie să adopte o abordare personalizată, să evite culpabilizarea și să construiască o relație bazată pe încredere, în care pacientul se simte sprijinit, nu judecat. Doar astfel schimbarea reală a stilului de viață devine posibilă, cu respectarea demnității umane.

## Bibliografie

- BANARI, I. Îndrumări metodice la Bioetică. Chișinău: Print-Caro, 2022. 286p. ISBN 978-9975-164-21-4.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. Principles of biomedical ethics. Eighth Edition. New York and Oxford: Oxford University Press, 2019. 512 p. ISBN 9780190640873.
- CAROL, M., PE REZ-GUASCH, M., SOLÀ, E. et al. Stigmatization is common in patients with nonalcoholic fatty liver disease and correlates with quality of life. In: *Plos One*. 2022, vol. 17(4). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265153>.
- CYPHERS, E., KUFLIK, A. Responsibility in universal healthcare: a liberal-egalitarian solution? In: *Voices in Bioethics*. 2023, vol. 9. Doi: <https://doi.org/10.52214/vib.v9i.10608>. Disponibil: <https://journals.library.columbia.edu/index.php/bioethics/article/view/10608#> (accesat pe 13 iunie 2025).
- DUMBRAVA, V.-T., LUPAȘCO, I., VENGER, I., BER-EZOVSCAIA, E. Ficatul și hormonii: de la mecanismele esențiale până la manifestările clinice și extrahepatice. Chișinău: CEP-Medicina, 2016. 203 p. ISBN 978-9975-56-404-5.
- GRAMMA, R. Valori, Etică și Drepturi în managementul instituțiilor medicale. Chișinău: T-Par, 2024. 340 p. ISBN 978-9975-3562-3-7.
- LEVY, N. Responsibility as an Obstacle to Good Policy: The Case of Lifestyle Related Disease. In: *Journal of Bioethical Inquiry*. 2018, vol. 16, nr. 3, p. 459-468. Doi: 10.1007/s11673-018-9860-y.
- Liver transplantation in patients with non-alcoholic steatohepatitis and alcohol-related liver disease: the dust is yet to settle. In: *Translational Gastroenterology and Hepatology*. 2022 vol. 7. Doi: 10.21037/tgh-2020-13.
- The Challenging Ethical Landscape of Non-alcoholic Fatty Liver Disease. In: *European Medical Journal*. 2022. Disponibil pe: <https://www.emjreviews.com/hepatology/article/the-challenging-ethical-landscape-of-non-alcoholic-fatty-liver-disease/#:~:text=relate%20to%20the%20potential%20harms,questions%20posed%20by%20patients%20or> (accesat pe 13.06.2025).
- OJOVANU, V. Axiologia și Medicina. Dimensiuni teoretico-metodologice. Chișinău: Print-Caro, 2024. 290p. ISBN 978-5-85748-031-1.
- PELTEC, A. Boala ficatului gras nonalcoholic: de la modificarea stilului de viață până la transplantul hepatic: monografie. Chișinău: Imprint Star, 2019. 304 p.
- Report of the IBC on the Principle of Individual Responsibility as related to Health. 2019. SHS/IBC-26/19/3 REV, 33 p. Disponibil: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000367824#:~:text=,is%20exercised%20in%20the>.
- SEDKI, M., AHMED, A., GOEL, A. Ethical and allocation issues in liver transplant candidates with alcohol-related liver disease. In: *Translational Gastroenterology and Hepatology*. 2022 vol. 7. Doi: 10.21037/tgh-2020-13.
- STROH, G., ROSELL, T. DONG, F. et al. Early liver transplantation for patients with acute alcoholic hepatitis: public views and the effects on organ donation. In: *American Journal of Transplantation*. 2015, vol. 15, nr. 6, p. 1598-1604. Doi: 10.1111/ajt.13176.

Autor corespondent:

**Ion BANARI**, dr. în filos., conf. univ.

Laboratorul de cercetare Gastroenterologie,

IP USMF Nicolae Testemițanu,

tel. 069922209

e-mail: ion.banari@usmf.md