



Evaluarea riscului cardiovascular în Europa: Un cadru integrat pentru depistarea precoce și prevenția bolilor cardio-reno-metabolice

Societatea Română de Cardiologie (SRC), Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice (SRDNBM), Societatea Română de Nefrologie (SRN) și Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF) salută inițiativa Comisiei Europene privind elaborarea unui cadru european armonizat pentru evaluarea riscului cardiovascular (EU Health Checks Protocol) și își exprimă sprijinul ferm pentru această abordare strategică. Considerăm că implementarea unui astfel de instrument reprezintă un pas esențial în consolidarea prevenției cardiovasculare, în optimizarea depistării precoce și în reducerea poverii bolilor cardiovasculare în statele membre ale Uniunii Europene.

Inițiativa de evaluare a riscurilor cardiovasculare (Health Checks), parte integrantă a [Planului European Safe Hearts](#) publicat de Comisia Europeană în Decembrie 2025, consolidează aplicarea principiilor medicinei bazate pe dovezi științifice (*evidence-based medicine – EBM*), asigurând totodată alinierea la recomandările și standardele consacrate la nivel european și internațional (ESC, KDIGO, OMS) (1–6). Concepută pentru a defini un set comun de principii și standarde de practică, acest tip de evaluare ar putea contribui în mod semnificativ la atingerea obiectivului asumat prin Planul UE Safe Hearts de reducere cu 25% a mortalității cardiovasculare premature la nivelul Uniunii Europene.

Considerăm că dezvoltarea și implementarea unui protocol european pentru evaluarea riscului cardiovascular trebuie să se bazeze pe principii și standarde comune, fundamentate pe dovezi științifice solide, menținând totodată flexibilitatea necesară adaptării la particularitățile epidemiologice, clinice și organizaționale ale fiecărui stat membru. Consensul profesional național, profilul de risc al populației, caracteristicile programelor de screening și modalitățile de evaluare trebuie integrate în procesul de implementare. În același timp, povara în creștere a bolilor cardio-reno-metabolice și natura lor profund interconectată evidențiază necesitatea unei abordări europene coerente și armonizate, capabile să susțină prevenția eficientă și echitabilă la nivelul întregii Uniuni Europene.

Un standard minim comun pentru evaluările de sănătate ar trebui să includă un nucleu integrat de evaluare cardio-reno-metabolică, bazat pe șase biomarkeri-cheie: glicemie plasmatică à jeun, HbA1c, profil lipidic, ALT/AST, raportul albumină urinară/creatinină (RACU) și rata estimată a filtrării glomerulare (RFG_e). Acest panel ar trebui completat de determinarea unică a lipoproteinei(a) [Lp(a)] la vârsta adultă, în vederea optimizării stratificării pe termen lung a riscului aterotrombotic și a identificării precoce a susceptibilității cardiovasculare determinate genetic. (4–12)



Complementar acestui set de evaluare, statele membre ar trebui să susțină adoptarea unor trasee clinice standardizate, fundamentate pe recomandările ghidurilor de practică și pe dovezi științifice robuste, pentru a asigura identificarea precoce, managementul integrat și reducerea riscului asociat spectrului de afecțiuni cardio-reno-metabolice.

Susținem totodată poziția formulată de principalele societăți medicale europene în [recomandările lor comune](#) și subliniem necesitatea unui cadru armonizat și standardizat la nivel european pentru evaluarea riscurilor cardiovasculare. (1,2,3,5,6,13,14)

Prima componentă a acestui model o reprezintă evaluarea sistematică și standardizată a factorilor comportamentali și a determinantilor stilului de viață, incluzând alimentația, nivelul activității fizice și sedentarismul, consumul de tutun și alcool și alte expuneri toxice relevante. (1,4,7,15) Evaluarea ar trebui să includă măsurători standardizate ale greutateii, înălțimii, indicelui de masă corporală (IMC) și markeri ai adipozității centrale, precum circumferința taliei și raportul talie/înălțime — în concordanță cu recomandările privind diagnosticul și managementul obezității. (4,16) De asemenea, evaluarea clinică ar trebui să includă o anamneză detaliată a antecedentelor personale și familiale, incluzând istoricul de boală cardiovasculară precoce, moarte cardiacă subită, boală cronică de rinichi și diabet zaharat de tip 2. În funcție de contextul clinic, se recomandă integrarea unei evaluări succinte a sănătății mintale. (4,5,7,8,10)

A DOUA COMPONENTĂ o reprezintă **evaluarea factorilor de risc**. Pe lângă măsurarea obligatorie a tensiunii arteriale și a frecvenței cardiace, nucleul integrat cardio-reno-metabolic menționat anterior ar trebui să includă în mod curent: **(1)** parametri ai metabolismului glucidic — glicemia plasmatică à jeun (FPG) și hemoglobina glicată (HbA1c) — pentru identificarea prediabetului și a diabetului zaharat de tip 2 (8); **(2)** un profil lipidic complet (colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol și trigliceride) pentru identificarea dislipidemiei aterogene (6,9,11); **(3)** ALT și AST serice, ca markeri accesibili ai afectării hepatice asociate sindromului metabolic și disfuncției metabolice (12); **(4)** raportul albumină urinară/creatinină (RACU) și rata estimată a filtrării glomerulare (RFG_e), calculată pe baza creatininei utilizând ecuații validate, în calitate de indicatori fundamentali și internațional recunoscuți ai bolii cronice de rinichi și predictorii independenți ai riscului cardiovascular (5,17,18). Determinarea unică a lipoproteinei(a) [Lp(a)] la vârsta adultă ar trebui să facă parte din evaluarea standard, având în vedere că Lp(a) reprezintă un factor de risc determinat predominant genetic, care influențează în mod semnificativ riscul aterotrombotic rezidual, inclusiv la persoanele cu un control optim al factorilor tradiționali de risc cardiovascular (9,10,11). În funcție de contextul național și de consensul profesional, panelul de investigații poate fi extins, de exemplu prin includerea peptidelor natriuretice (BNP/NT-proBNP) la persoanele cu suspiciune de insuficiență cardiacă sau cu un profil de risc cardiovascular foarte înalt (6,19,20,21).

A TREIA COMPONENTĂ constă în stratificarea structurată a riscului prin utilizarea unor modele validate de evaluare a riscului cardiovascular (de exemplu SCORE2/SCORE2-OP, diagramele OMS de risc cardiovascular și scoruri specifice diabetologiei și nefrologiei), care permit armonizarea procesului la nivel european, menținând în același timp flexibilitatea necesară pentru adaptarea la


SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CARDIOLOGIE

SNMF

 Asociația Societatea
Națională de Medicină
Familiei/Medicină Generală

caracteristicile epidemiologice și demografice locale. (5,8,22,23,24,25) Rezultatele stratificării riscului ar trebui să fundamenteze implementarea unor trasee clinice standardizate. (1,4,5,7,8,9,19)

Dovezile actuale demonstrează că identificarea precoce și tratamentul bazat pe ghiduri al factorilor de risc cardio-reno-metabolic — în special albuminuria, deteriorarea funcției renale reflectată prin scăderea RFG_e, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, dislipidemia aterogenă și valorile crescute ale Lp(a) , — au potențialul de a reduce semnificativ povara bolii, inclusiv necesitatea terapiei de substituție renală, ratele de spitalizare pentru insuficiență cardiacă și incidența evenimentelor cardiovasculare majore, reprezentând totodată intervenții eficiente din perspectiva utilizării economice a resurselor din sistemul de sănătate. (4,5,6,7,8,9,10,11,14,17,18,19,21)

România avansează reforme ale sistemului de sănătate care prioritizează prevenția și depistarea precoce, direcție reflectată în Strategia Națională pentru Combaterea Bolilor Cardiovasculare și Cerebrovasculare 2025–2030, având ca piloni centrali identificarea timpurie a riscului, stratificarea riscului cardiovascular și consolidarea rolului asistenței medicale primare.

În cadrul unei viziuni europene comune, inițiativa privind evaluările riscurilor cardiovasculare oferă o oportunitate fără precedent pentru convergența priorităților europene, naționale și internaționale și pentru accelerarea transformării sistemelor de sănătate către modele centrate pe pacient, orientate către prevenție și fundamentate pe o abordare integrată a afecțiunilor.

Semnături
Prof. Dr. Ovidiu Chioncel
Președinte, Societatea Română de Cardiologie (SRC)

DocuSigned by:

Ovidiu Chioncel

C77F02CEAE3D4AA...

Prof. Dr. Bogdan Timar
Președinte, Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice (SRDNBM)

Signed by:

BOGDAN TIMAR

654075B12E8F4E7...

Prof. Dr. Gener Ismail
Președinte, Societatea Română de Nefrologie (SRN)

DocuSigned by:

GENER ISMAIL

E54EB778B3C84A4...

Dr. Dina Mergeani
Președinte, Societatea Națională de Medicină a Familiei (SNMF)

Signed by:

Dina Mergeani

416D232DCAB14A3...



Referințe bibliografice

1. World Health Organization. *WHO package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care*. Geneva: WHO; 2020. Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care)
2. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
3. Council of the European Union. *Council conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union*. Brussels: Council of the European Union; 2024. Document ST 15315/24. Available from: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15315-2024-INIT/en/pdf>
4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227–3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117–S314.
6. Säemann M, Biesiada A, Smatana M, Liebermann N. Cardio-renal-metabolic (CRM): call for action for European Guidelines for Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. 2025;16:21501319251379732. doi:10.1177/21501319251379732. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12618817/>
7. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912–4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
8. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043–4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192.
9. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111–188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455.
10. Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, Ference BA, Arsenault BJ, Berglund L, et al. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. *Eur Heart J*. 2022;43(39):3925–3946. doi:10.1093/eurheartj/ehac361.
11. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, Tokgözoğlu L, Badimon L, Baigent C, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2025;46(42):4359–4378. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190.



12. Tacke F, Horn P, Wai-Sun Wong V, Ratzl V, Bugianesi E, Francque S, et al. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *J Hepatol.* 2024;81(3):492–542. doi:10.1016/j.jhep.2024.04.031.
13. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD009009. doi:10.1002/14651858.CD009009.pub3.
14. Oude Wolcherink MJ, Behr CM, Pouwels XGLV, et al. Health economic research assessing the value of early detection of cardiovascular disease: a systematic review. *Pharmacoeconomics.* 2023;41(10):1183–1203. doi:10.1007/s40273-023-01287-2.
15. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.* Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
16. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G, et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med.* 2024;30(9):2395–2399. doi:10.1038/s41591-024-03095-3.
17. van Mil D, Pouwels XGLV, Heerspink HJL, Gansevoort RT. Cost-effectiveness of screening for chronic kidney disease: existing evidence and knowledge gaps. *Clin Kidney J.* 2024;17(1):sfad254. doi:10.1093/ckj/sfad254.
18. Pouwels XGLV, van Mil D, Kieneker LM, et al. Cost-effectiveness of home-based screening of the general population for albuminuria to prevent progression of cardiovascular and kidney disease. *EClinicalMedicine.* 2024;68:102414. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102414.
19. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599–3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368.
20. National Institute for Health and Care Excellence. *Chronic heart failure in adults: diagnosis and management.* NICE guideline NG106. London: NICE; 2018, updated 2025. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng106>
21. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation.* 2022;145(18):e895–e1032. doi:10.1161/CIR.0000000000001063.
22. European Society of Cardiology. SCORE2 and SCORE2-OP calculators: risk assessment models to estimate the 10-year risk of cardiovascular disease in patients in Europe. Available from: <https://www.escardio.org/guidelines/practice-tools/cvd-prevention-toolbox/score-risk-charts/>
23. SCORE2 Working Group and ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 2021;42(25):2439–2454. doi:10.1093/eurheartj/ehab309.



24. SCORE2-OP Working Group and ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J.* 2021;42(25):2455–2467. doi:10.1093/eurheartj/ehab312.
25. World Health Organization CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health.* 2019;7(10):e1332–e1345. doi:10.1016/S2214-109X(19)30318-3.