

Część II

**OBSZARY PROFILAKTYKI
ZDROWOTNEJ
NA LATA 2013 – 2015**

I. Obszary realizacji programów zdrowotnych - wstęp.

Działania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia spełniają rolę pomocniczą w stosunku do oferowanych profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych przez płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia). Realizacja Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia ma przyczynić się do osiągnięcia celu strategicznego, czyli poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności poprzez zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej. Zalecane przez Światową Organizację Zdrowia nowoczesne podejście do polityki zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zachorowań oraz monitorowania czynników wpływających na stan zdrowia społeczności lokalnych wymaga uwzględnienia tych zagadnień w lokalnych strategiach jako działania uzupełniające względem świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez organy do tego powołane, czyli Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Miasto Kraków corocznie podejmuje działania zmierzające do przygotowania najbardziej optymalnych programów profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do potrzeb mieszkańców. Jednym z podstawowych założeń, jest to, aby programy realizowały jednostki ochrony zdrowia, które swoim potencjałem ludzkim i materialnym, a także doświadczeniem oraz ofertą usług medycznych spełniały wymogi i kryteria do udzielania świadczeń zdrowotnych. W latach 2000-2003 oferta programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia przygotowywana była w ramach opracowywanego corocznie Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”, a od 2004 r. w formie programu trzyletniego. Programy miejskie są przygotowywane jako oferta uzupełniająca względem świadczeń zdrowotnych i programów profilaktycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wskazanie najistotniejszych obszarów realizacji programów zdrowotnych oraz opracowanie kryteriów ich realizacji odbywa się przy pomocy Zespołu Konsultacyjnego ds. ochrony zdrowia, powołanego przez Prezydenta Miasta Krakowa, złożonego w przeważającej części z konsultantów województwa małopolskiego z poszczególnych dziedzin medycyny, przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicieli Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowiskowej Rady Miasta Krakowa.

Najważniejsze obszary programów zdrowotnych dla mieszkańców Krakowa obejmują zagadnienia zdrowotne w oparciu o analizy epidemiologiczne stanu zdrowia populacji, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne i najczęściej występujące problemy zdrowotne. Dopuszcza się możliwość realizacji innych programów istotnych ze względu na uwarunkowania epidemiologiczne, po podjęciu stosownych uchwał w tym zakresie przez Radę Miasta Krakowa.

Na podstawie dotychczasowych analiz i doświadczeń konieczne jest w uzupełnieniu do działań Narodowego Funduszu Zdrowia podejmowanie następujących inicjatyw:

1. Działania zdrowotne (eliminację czynników ryzyka), zmiany w stylu życia ludności, edukację zdrowotną, kształtowanie środowisk życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu. Realizacja (w tym w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa) zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych.
2. Rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców poprzez m. in. analizę danych epidemiologicznych oraz ocenę efektów programów zdrowotnych.

3. Podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Krakowa.
4. Zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz informacji o działających w mieście placówkach systemu ochrony zdrowia poprzez m. in. telefon informacji medycznej, współpraca z mediami, imprezy zdrowotne.
5. Inicjowanie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej poprzez pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia.
6. Wspomaganie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajomienia mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz jego skutkami.

W trakcie opracowywania i realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia stosowane są m.in. następujące zasady: skuteczność działań, systemowość, współdziałanie, wzmacnianie środowisk wspierających zdrowie, uczestnictwo społeczności lokalnej, innowacyjności, podejmowanie spójnych decyzji .

1. Skuteczność działań – zadania opisane w programie dotyczą konkretnych przedsięwzięć, w których sprecyzowane są cele, adresaci działań oraz oczekiwane rezultaty. W zakresie profilaktyki i promocji zdrowia efekty działań nie stają się szybko widoczne, szczególnie w obszarze zachowań i postaw ludzkich np. dotyczących stylu życia.
2. Stosowanie zasady współdziałania wynika, ze współpracy różnych podmiotów i instytucji działających w obszarze zdrowia.
3. Wśród działań na rzecz wzmacniania środowisk wspierających zdrowie należy zwrócić uwagę na stworzenie warunków społeczeństwu lokalnemu do działań na rzecz zdrowia, a w szczególności na popieranie prozdrowotnych postaw, również poprzez rozwijanie wiedzy i umiejętności. Aby promować zdrowie należy odejść od traktowania mieszkańców jako biernych odbiorców programów, a wręcz angażować i uznać ich za aktywnych udziałowców w procesie kształtowania zdrowia społeczeństwa lokalnego. Uczestnictwo społeczności lokalnej w sprawach zdrowia odbywa się m.in. poprzez dokonywanie wyboru stylu życia, korzystanie z dostępnych świadczeń zdrowotnych.
4. Zasada innowacyjności wynika z faktu, iż promocja zdrowia wymaga stałych poszukiwań, nowych pomysłów i metod działania.
5. Stosowanie zasady systemowości oznacza, że program dąży do objęcia swoim działaniem wszystkich obszarów mających związek ze zdrowiem, jego celem jest stworzenie systemu a nie zbioru działań jednorazowych i rozproszonych.
6. Podejmowanie spójnych decyzji politycznych pozwala na budowanie zdrowotnej polityki społecznej co wymaga stworzenia pozytywnego klimatu w administracji miejskiej wokół zdrowia. Decyzje polityczne, działania międzysektorowe, procesy innowacyjne działając równolegle określają zdrowotną politykę miasta.

W odniesieniu do efektów i skuteczności wszelkich programów zdrowia publicznego, a takim programem jest Miejski Program Ochrony Zdrowia, pozytywne zmiany wskaźników w zakresie zdrowia populacji mogą być widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasowej. Dlatego w realizacji 3-letniego Programu ważna jest konsekwencja w osiągnięciu założeń programowych, wzmacnianie tendencji pozytywnych i eliminowanie tendencji negatywnych, pojawiających się w toku przeprowadzanego procesu monitorowania.

II. Obszary realizacji programów zdrowotnych.

Ustanawia się następujące obszary programów zdrowotnych:

1. Obszar profilaktyki chorób kardiologicznych i cywilizacyjnych.

- 1.1 Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy (*program posiada pozytywną opinię AOTM*)
- 1.2 Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego (*program posiada pozytywną opinię AOTM*).

2. Obszar profilaktyki zdrowia matki i dziecka, w tym obszar działań medycyny szkolnej:

- 2.1 Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej (*program posiada pozytywną opinię AOTM*);
- 2.2 Program profilaktyki wad postawy (*program posiada pozytywną opinię AOTM*);
- 2.3 Program profilaktyki próchnicy u dzieci (*program oczekuje na opinię AOTM*);
- 2.4 Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa (*program oczekuje na opinię AOTM*);
- 2.5 Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych (*program posiada pozytywną opinię AOTM*)
- 2.6 Program wyrównywania szans rozwojowych dzieci urodzonych przedwcześnie w mieście Krakowie (*program posiada pozytywną opinię AOTM*).

3. Obszar profilaktyki chorób zakaźnych:

- 3.1 Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia (*program oczekuje na opinię AOTM*);
- 3.2 Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych i meningokokowych (*program oczekuje na opinię AOTM*);
- .

4. Obszar programów dotyczących poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych dla dzieci niepełnosprawnych:

- 4.1 Szczepienia ochronne przeciw grypie (*program oczekuje na opinię AOTM*);
- 4.2 Profilaktyka próchnicy (*program oczekuje na opinię AOTM*);
- 4.3 Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem (*program oczekuje na opinię AOTM*);

5. Inne obszary:

- 5.1 Problem alergii pyłkowej na tle monitoringu stężenia pyłku w powietrzu w centrum Krakowa (*program posiada pozytywną opinię AOTM*)
- 5.2 Program profilaktyki chorób nerek: „Chorujące nerki nie bolą” (*program posiada pozytywną opinię AOTM*).
- .

Obszar profilaktyki chorób kardiologicznych i cywilizacyjnych:

(Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy; Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego). Częstość cukrzycy typu 2 rośnie gwałtownie na całym świecie, a równolegle do niej wzrastają pośrednie i bezpośrednie koszty jej leczenia. Liczbę chorych WHO szacuje na świecie na 150 milionów – w Polsce ponad 2 miliony, z czego ok. 50 % to tzw. cukrzyca nieznana. Leczenie cukrzycy i jej powikłań pochłania corocznie od 7 do

14% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Europie i USA. Koszty leczenia cukrzycy będą nadal rosły, ponieważ choroba ta ujawnia się w coraz młodszych wiekach, czego bezpośrednią konsekwencją będzie wydłużenie czasu życia z cukrzycą, a co za tym idzie zwiększone ryzyko rozwoju powikłań cukrzycowych. Od 1992 r. umieralność z powodu chorób układu krążenia (późnych powikłań miażdżycy) w Polsce systematycznie obniża się, jednakże ciągle nasz kraj uważany jest za obszar o dużym ryzyku zgonu z powodu choroby sercowo-naczyniowej w okresie 10 lat od wykrycia choroby. Podobne czynniki ryzyka uzasadniają podejmowanie działań profilaktycznych w zakresie miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych.

Obszar profilaktyki zdrowia matki i dziecka, w tym obszar działań medycyny szkolnej:

(Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej). Szybki wzrost częstości alergii obserwowany we współczesnym świecie w istotny sposób wiąże się ze skażeniem środowiska i chemizacją życia. Udział w nim mają także czynniki dziedziczne, co uwidacznia się m.in. w obniżaniu wieku ujawniania objawów alergii w populacji. Ujawnienie alergicznej choroby jest zwykle początkiem rozwoju alergizacji ustroju chorego i ma charakter rozwojowy. Z czasem trwania choroby wzrasta liczba uczulających substancji i nasilają się objawy. Temu naturalnemu rozwojowi alergii, które pociąga za sobą nie tylko cierpienie, obniżenie jakości życia, towarzyszą coraz to większe wydatki na leczenie a także niesprawność. W ramach programu, który ma za cel opracowanie najskuteczniejszych zasad prawidłowego nadzoru medycznego nad młodzieżą szkolną z chorobami alergicznymi – dotychczas stwierdzono, że: znaczna część młodzieży z alergią nie jest leczona, nie ma ustalonej przyczyny choroby i korzysta jedynie z doraźnej pomocy lekarskiej, nie istnieje żaden system poradnictwa przed zawodowego, który może być przyczyną wczesnego rozwoju alergii zawodowej u uczniów już w chwili nauki zawodu. Celem realizowanego Programu jest wypracowanie wzoru prawidłowego nadzoru medycznego młodzieży szkolnej w zakresie chorób alergicznych. W grupie uczniów starszych skłonnych do alergii dodatkowym problemem jest brak doradztwa zawodowego i podstawowych wiadomości pomocnych w zapobieganiu rozwojowi alergii.

(Program profilaktyki wad postawy). Skoliozy stanowią duży problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny, gdyż występują u około 2-5% populacji, w tym w Polsce nawet do 15%, a około 90% wszystkich skrzywień kręgosłupa stanowią skoliozy idiopatyczne. Skoliozy zdefiniować można jako wady postawy polegające na wielopłaszczyznowym zniekształceniu kręgosłupa i związanymi z nim zniekształceniami klatki piersiowej i narządów wewnętrznych. Skolioza jest deformacją pojawiającą się wyłącznie u człowieka. W postępowaniu korekcyjnym w przypadku bocznego skrzywienia kręgosłupa głównym celem jest zapobieganie tworzenia się nawyku nieprawidłowej postawy, kształtowaniu nawyku prawidłowego na podstawie przywróconych, prawidłowych warunków anatomicznych. Podstawę postępowania terapeutycznego w bocznych skrzywieniach kręgosłupa stanowi prawidłowa i precyzyjna diagnoza. Postęp techniczny umożliwił zastosowanie komputerów w diagnostyce i terapii skrzywień kręgosłupa. Dzięki odpowiednim urządzeniom i programowi komputerowemu możliwe jest dokonanie właściwej analizy kręgosłupa.

(Program profilaktyki próchnicy u dzieci).

Próchnica jest chorobą zębów spowodowaną głównie działaniem kwasów, wytwarzanych przez bakterie obecne w płycie bakteryjnej. Wpływ na rozwój choroby ma podatność tkanek zęba, uwarunkowana niedostateczną jego mineralizacją, rodzaj spożywanych pokarmów oraz nawyki higieniczne. Nieleczona próchnica może być przyczyną chorób miazgi, ozębnej oraz kości czaszki. Próchnica atakuje zarówno uzębienie stałe, jak i mleczne. W tym ostatnim pojawia się już w pierwszym roku życia. Polskie dane epidemiologiczne, dotyczące występowania choroby u dzieci,

są wyraźnie niekorzystne. W 6 roku życia zaledwie 13% dzieci posiada uzębienie wolne od tej choroby. Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter działań kompleksowych, obejmujących edukację rodziców, przestrzeganie zasad racjonalnego żywienia oraz dbałości o higienę jamy ustnej, profilaktyczne stosowanie związków fluoru oraz regularna kontrola i sanacja uzębienia. Szczególna znaczenie profilaktyki próchnicy ma w grupie dzieci niepełnosprawnych.

(Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa)

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania realizowana w ramach świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób jest finansowana w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Szczegółowo reguluje to ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (t.j. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Natomiast „Program poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa” ma na celu uzupełnienie godzin pracy pielęgniarek i higienistek szkolnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak, aby pomoc zdrowotna świadczona była 5 dni w tygodniu. Brak zabezpieczenia opieki zdrowotnej w szkołach przez pięć dni w tygodniu wynika z zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm), które określają normy dotyczące zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę szkolną, traktowanej dla poszczególnych typów szkół jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego. Program przyczyni się do zwiększenia dostępności do profilaktycznej opieki zdrowotnych dla uczniów krakowskich szkół specjalnych i integracyjnych. Główną przesłanką do wyboru szkół, do których uczęszczają dzieci i młodzież niepełnosprawna jest to, że jest to grupa dzieci wymagająca szczególnej opieki, dlatego opieka zdrowotna w tych szkołach powinna być zapewniona przez 5 dni w tygodniu.

(Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych)

Dysplazja (niedorozwój) stawów biodrowych jest w populacji polskiej najczęstszą wrodzoną wadą narządu ruchu (dotyczy 4 - 6 % niemowląt). Zwichnięcie biodra, będące skrajną postacią dysplazji występuje w populacji polskiej z częstością 0,65%. Niedorozwój bioder może nie dawać żadnych objawów klinicznych. Im większy stopień niedorozwoju, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości, jednak nawet bardzo niedojrzałe biodra mogą czasem nie dawać żadnych objawów patologicznych w badaniu klinicznym. Co więcej objawy kliniczne imitujące dysplazję bioder mogą występować także w całkiem zdrowych biodrach, co prowadzi wielokrotnie do nieuzasadnionego leczenia. Nie rozpoznana dysplazja powoduje przedwczesny rozwój zmian zwyrodnieniowych. Konsekwencją jest konieczność wczesnego leczenia operacyjnego - endoprotezoplastyki stawu biodrowego (w 3 – 5 dekadzie życia). Opieranie, więc decyzji o rozpoczęciu leczenia tylko na podstawie badania klinicznego jest niewiarygodne. Obowiązującym standardem we wczesnej diagnostyce dysplazji stawów biodrowych jest badanie USG. Można przy jego pomocy uwidocznąć także chrzęstne części stawu biodrowego niemowlęcia, jest również nieszkodliwe dla organizmu. Obecnie badanie USG stawów biodrowych metodą Grafa jest podstawą do ich oceny u niemowląt i na jego podstawie (w łączności z badaniem klinicznym) ustala się kryteria do podjęcia leczenia. Pozwala ono także (wykonywane w kilkutygodniowych odstępach czasu) oceniać postęp i skuteczność leczenia, modyfikować terapię i podjąć decyzje o zakończeniu leczenia po uzyskaniu pełnej dojrzałości bioder.

(Program wyrównywania szans rozwojowych dzieci urodzonych przedwcześnie w mieście Krakowie).

Według definicji WHO za noworodka przedwcześnie urodzonego uważa się dziecko urodzone po ukończeniu 22 a przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży. W Unii Europejskiej każdego roku przychodzi na świat ponad 500 000 wcześniaków. Odsetek porodów przedwczesnych w Europie wynosi średnio 7,1% i waha się pomiędzy 5,5% (Irlandia) a 11,4% (Austria). Z danych publikowanych corocznie przez Instytut Matki i Dziecka, a także przez GUS wynika, iż odsetek przedwczesnych urodzeń wynosi w Polsce ok. 6,5%. W roku 2010 w Polsce spośród 413 tysięcy wszystkich żywych urodzeń, ponad 27 tysięcy stanowiły noworodki urodzone przed 37 tygodniem.

W Krakowie co roku przychodzi na świat około 7900 noworodków, czyli około 1,9% populacji dzieci urodzonych w Polsce. Na podstawie odsetka wcześniactwa w Polsce oraz rocznej liczby urodzeń żywych w Krakowie można przyjąć, że co roku w mieście tym rodzi się około 514 wcześniaków. Noworodki urodzone przedwcześnie charakteryzują się znacznie gorszym stanem pourodzeniowym niż niemowlęta urodzone o czasie, a co za tym idzie zwiększoną śmiertelnością w okresie niemowlęcym. Około 30% dzieci urodzonych przed terminem obarczonych jest dodatkowymi problemami zdrowotnymi. Przedwczesne narodziny wiążą się niejednokrotnie z 4-5 miesięcznym pobytem na oddziale noworodkowym. Znaczna część przypadków dzieci urodzonych przedwcześnie wymaga intensywnej, często długotrwałej opieki medycznej oraz różnorodnych interwencji specjalistycznych, np. leczenia na oddziałach intensywnej terapii, gdzie są umieszczane w inkubatorach, poddawane terapii oddechowej, często w wymuszonych pozycjach ciała. Przedwczesne urodzenie i niska urodzeniowa masa ciała wiąże się także z ryzykiem nieprawidłowego rozwoju w przyszłości.

Obszar profilaktyki chorób zakaźnych:

(Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia).

Głównym celem szczepień ochronnych przeciwko grypie jest zapobieganie zachorowaniom na grypę, a tym samym zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wystąpienia powikłań i redukcja związanej z tym śmiertelności. We wszystkich rekomendacjach dotyczących ww. szczepień, grupa osób po 65 roku życia jest wskazywana na pierwszym miejscu, ostatnio pojawiają się jednak dane wskazujące na potrzebę immunizacji u osób po 50 roku życia. Ponadto szczepieniami ochronnymi przeciw grypie powinni zostać objęci mieszkańcy całodobowych ośrodków dla osób przewlekle chorych wraz z ich opiekunami. Podsumowując należy stwierdzić, że szczepienia ochronne przeciwko grypie nie tylko zapobiegają wystąpieniu tej bardzo zaraźliwej i groźnej dla ludzi choroby, szczególnie dla osób starszych, ale także są najtańszym sposobem ograniczenia związanych z tym kosztów medycznych, społecznych i ekonomicznych.

(Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych i meningokokowych).

Szczepienia przeciwko zakażeniom bakteriami otoczkowymi (pneumokokom i meningokokom) należą do grupy szczepień zalecanych, finansowanych poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Z uwagi na koszty szczepionek tylko niewielki odsetek polskich dzieci otrzymuje te szczepienia. Szczepienia poza ochroną indywidualną zapewniają (w przypadku ich masowej realizacji) także ochronę populacyjną, która skutkuje poprawą sytuacji epidemiologicznej poprzez obniżenie liczby zachorowań w skali całego społeczeństwa. W Polsce na inwazyjną chorobę meningokokową zapadło w 2006 roku 234 osób, a w 2007 roku 394 osób. W ostatnim okresie zachorowania utrzymują się na tym samym poziomie przy występowaniu w różnych rejonach kraju ognisk epidemiologicznych – wiosną 2009 r. epidemia w województwie zachodnio-pomorskim. Jedyną drogą do zahamowania tej tendencji jest maksymalnie szeroka profilaktyka, która daje szansę na pełne zabezpieczenie populacji.

Obszar programów dotyczących poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych dla dzieci niepełnosprawnych:

(Szczepienia ochronne przeciw grypie).

Celem Programu jest ograniczenie liczby zachorowań na grypę w populacji dzieci niepełnosprawnych, a także liczby wtórnych powikłań grypy, zmniejszenie ryzyka związanych z grypą hospitalizacji i zgonów, w tym osób chorujących przewlekle (choroby układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, metaboliczne, jak cukrzyca, z leczeniem immunosupresyjnym, z nabytym lub wrodzonym defektem odporności).

(Profilaktyka próchnicy).

Celem Programu jest podnoszenie świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz ich rodziców, zwiększanie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębieniem oraz zwrócenie uwagi na możliwości leczenia wad zgryzu.

(Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem).

Celem Programu jest zwiększenie dostępności wczesnej diagnozy dzieci z autyzmem i całościowymi zaburzeniami rozwoju, zapewnienie im odpowiedniej wielospecjalistycznej terapii oraz zapewnienie rodzinom edukacji i fachowego wsparcia. Program ukierunkowany w szczególności na wczesną diagnozę i terapię zaburzeń rozwojowych. Program powinien objąć dzieci i młodzieży z podejrzeniem lub rozpoznaniem całościowych zaburzeń rozwoju, zwłaszcza dzieci z autyzmem i „zespołem Aspergera”, a w szczególności: dzieci do 3 roku życia zagrożone autyzmem dziecięcym oraz dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnym wieku szkolnym oraz młodzież z objawami „zespołu Aspergera”.

Inne obszary:

(Problem alergii pyłkowej na tle monitoringu stężenia pyłku w powietrzu w centrum Krakowa). Choroby alergiczne obejmujące górne drogi oddechowe to najczęściej, obok chorób alergicznych skóry występujące alergie Polsce i Europie. Do głównych jednostek chorobowych należą: alergiczny nieżyt nosa, zapalenie spojówek, astma oskrzelowa. Badania prowadzone w ramach programu ogólnopolskiego „Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce” (ECAP) w latach 2006-2009 wskazują, że objawy alergii inhalacyjnej są wywoływane przede wszystkim przez alergen roztoczy kurzu domowego, a w kolejności przez alergen powietrzno pochodne środowiska zewnętrznego, czyli pyłek roślin i zarodniki grzybów.

W sezonie pylenia roślin (pylenie drzew III-IV, traw V-VII, chwastów VIII-IX notowane są wysokie stężenia ziaren pyłku w powietrzu, które mogą dłużej przebywać w obszarze zabudowanym opadając swobodnie na poziom gruntu. W ciągu całego roku obserwowane są w powietrzu spory grzybowe, najwyższe stężenia spor notuje się w okresie pylenia traw (V-VII) (Ryc. 1). Wzrost ich stężenia w m³ powietrza, zwłaszcza w przestrzeni ograniczonej zabudową może być duży i może powodować podrażnienia i odczyny alergiczne dróg oddechowych, skóry i spojówek. Udokumentowany jest także wpływ zanieczyszczenia powietrza (pył zawieszony, spaliny) na wygląd ziaren pyłku i na ich skład białkowy, w konsekwencji prowadzący do wzrostu alergogenności pyłku. To jedna z przyczyn wzrostu zachorowalności na alergie inhalacyjne w dużych miastach. Stały biologiczny monitoring powietrza pozwala na ocenę wpływu cząstek biologicznych na zachorowalność mieszkańców tego rejonu m.in. na choroby alergiczne, a zwłaszcza na alergię pyłkową, alergiczną astmę oskrzelową, wypryski powietrzno pochodne. Może być też istotny dla turystów cierpiących zwłaszcza na alergię pyłkową, ostrzegając ich przed nasileniem pylenia i tym samym ujawnianiem objawów choroby.

(Program profilaktyki chorób nerek: „Chorujące nerki nie bolą”).

Choroby nerek są ważnym problemem zdrowotnym. Obecnie za przyczynę blisko 50% śmiertelności w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek uważa się schorzenia sercowo naczyniowe. Nie leczona przewlekła choroba nerek prowadzi do schyłkowej ich niewydolności, zatrucia organizmu toksynami i śmierci chorego. Choroba ta najczęściej rozwija się skrycie, co oznacza, że większość ludzi nie odczuwa żadnych objawów, aż do chwili kiedy ich nerki są już bardzo zniszczone. Jedynym ratunkiem są wówczas dializy lub przeszczep nerki.

III. Niezależnie od przyjętych do realizacji w latach 2013-2015 programów profilaktycznych kontynuowane będą prace mające na celu uzupełnienie zadania pn. Programy profilaktyki zdrowotnej z uwzględnieniem następujących kryteriów - wpływu na poprawę zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, znaczenia dla zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych, skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia. W przypadku dokonania powyższego uzupełnienia realizacja dodatkowych programów wymagać będzie podjęcia odrębnej uchwały przez Radę Miasta Krakowa.