

L'applicazione del modello “nurse-led clinic” nell'esperienza del centro multidisciplinare per la salute sessuale di Torino

**Paola Florio¹, Johnny Acquaro², Anna Lucchini¹, Riccardo Casciaro², Sonia Failla¹,
Massimiliano Sciretti², Ivano Dal Conte¹**

¹Centro Multidisciplinare per la Salute Sessuale, ASL Città di Torino, TORINO Italia

²Infermiere, Asl Città di Torino, Torino, Italia

Corrispondenza: ivano.dalconte.sanita@gmail.com

INQUADRAMENTO GENERALE

Le infezioni sessualmente trasmissibili e la Salute Sessuale

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un ampio gruppo di malattie causate da più di trenta differenti agenti patogeni che si trasmettono prevalentemente, ma non esclusivamente, con i contatti sessuali e in alcuni casi per via verticale (WHO 2023). Ogni anno più di 4,5 milioni di persone vengono infettate dal virus HIV o virus epatitici che provocano epatopatie croniche (epatiti B e C), e ogni giorno in tutto il mondo si registrano circa un milione di nuovi casi di IST curabili (di natura batterica e protozoaria come gonorrea, infezioni da *Chlamydia spp*, sifilide e tricomoniassi). Oltre a questo, vanno ricordate le epatiti acute che si concentrano principalmente in sottogruppi di popolazione (epatite A ed E) a causa della possibile trasmissione attraverso specifiche attività sessuali. Vanno annoverati anche un considerevole numero di casi di infezione da Papilloma virus, responsabili dei condilomi anogenitali (in assoluto l'infezione più comune al mondo) e che, attraverso le loro varianti oncogene, provocano oltre 600.000 casi di carcinomi cervicali e un numero sempre maggiore di carcinomi anali e faringei. La lista delle infezioni virali prosegue con oltre 500 milioni di casi di infezione erpetiche genitali, caratterizzate da un andamento cronico e che costituiscono un severo ostacolo alla salute sessuale nonché una minaccia per i neonati (WHO 2022). Se si osserva lo scenario italiano, secondo il Sistema di sorveglianza delle IST, l'aumento del numero totale di IST registrato dal 2020 al 2021 è del 18% e, se si considerano gli ultimi 30 anni (1991-2021), sono 151.384 i nuovi casi segnalati (Salfa et al. 2023).

Le IST rappresentano quindi un importante problema di salute pubblica e costituiscono solo uno degli aspetti medici che minacciano la salute sessuale (SS), che viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *“...uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale in relazione alla sessualità; non è semplicemente l'assenza di malattia, disfunzione o infermità. La salute sessuale richiede un atteggiamento positivo e un approccio rispettoso alla sessualità e ai rapporti sessuali, nonché alla possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza. Per raggiungere e mantenere la salute sessuale, i diritti sessuali di tutte le persone devono essere rispettati, protetti e realizzati”* (WHO 2006). La salute sessuale è fondamentale per la salute e il benessere generale degli individui, delle coppie e delle famiglie, nonché per contribuire allo sviluppo sociale ed economico delle comunità e dei Paesi. La salute sessuale (Figura1) dipende dall'accesso a informazioni complete e di buona qualità su sesso e sessualità, dalla conoscenza dei rischi da affrontare, della vulnerabilità e delle conseguenze negative di un'attività sessuale non protetta, dalla capacità e possibilità di accedere all'assistenza sanitaria adeguata a questi scopi e dal vivere in un ambiente che affermi e promuova la salute sessuale.



Figura 1 – Quadro di riferimento dell'OMS per la salute sessuale (Fonte: Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

I problemi legati alla salute sessuale sono di ampia portata e comprendono l'orientamento sessuale e l'identità di genere, l'espressione sessuale, le relazioni e il piacere. Non vanno dimenticati gli aspetti legati alle disfunzioni sessuali, alla violenza sessuale e ad alcune pratiche dannose, come la mutilazione genitale femminile (WHO 2022). Di notevole importanza sono le infezioni da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), le altre IST o le infezioni del tratto riproduttivo (RTI) e loro esiti avversi (come cancro e infertilità). Se non trattate le IST possono portare a numerose complicazioni, come il dolore pelvico cronico, le gravidanze ectopiche, tumori, infertilità, morte neonatale, anomalie congenite; infine possono favorire in misura variabile l'acquisizione dell'HIV. Queste infezioni trascinano dietro di sé intensi risvolti emotivi e relazionali, come la vergogna e lo stigma sociale, che possono avere effetti importanti sul benessere e sulla qualità della vita delle persone (WHO 2022, Jayes et al. 2022). L'impatto che le IST hanno sulla morbilità, sulla mortalità e sui costi sanitari è rilevante (Jayes et al. 2022). In linea generale, nonostante i progressi fatti, la maggior parte degli obiettivi sanitari globali in quest'ambito non sono stati raggiunti e le cause sono diverse. Gli aspetti maggiormente rilevanti sono l'utilizzo parziale delle tecnologie sanitarie, i gruppi di popolazione considerati minoritari (e di fatto emarginati) che sono esclusi da programmi assistenziali e la persistenza di barriere strutturali, sistemiche e finanziarie. A questo si aggiunge il rallentamento generale che la pandemia da COVID-19 ha generato (WHO 2022). Per gestire tutte queste circostanze, che spaziano dalla prevenzione al trattamento senza tralasciare il problema del contenimento dei costi, il modello organizzativo assistenziale *nurse-led* può rappresentare un sistema efficace. Con questo termine, letteralmente traducibile in "a guida infermieristica", si designa un modello assistenziale che caratterizza strutture sanitarie nate principalmente con gli obiettivi di contenimento dei costi e delle carenze di personale; tuttavia, sono oggi riconosciute come un'alternativa ai tradizionali modelli di assistenza *physician-led* per coniugare efficacia ed efficienza nell'assistere le persone garantendo continuità assistenziale di alta qualità a gestione infermieristica.

In un recente lavoro di Connolly e Cotter (2023) sono state prese in considerazione 9 revisioni sistematiche con un focus su esiti clinici, soddisfazione dei pazienti e frequenza all'accesso ai servizi, e di queste solo quattro revisioni riportavano dati a questo riguardo. Gli Autori concludono che, nonostante le prove in merito all'efficacia complessiva di questo modello non siano sufficienti, i servizi gestiti dagli infermieri forniscono cure comparabili se non superiori ai servizi di assistenza tradizionali come, ad esempio, viene riportato in termini di livello di soddisfazione da parte dei pazienti. In effetti il modello è già da tempo implementato in vari settori clinici, principalmente nell'ambito del diabete (Carey e Courtenay, 2007; Wang, Shen, Chen, & Li 2019), delle malattie cardiovascolari (Page et al., 2005) e delle nefropatie (Xu, Mou e Cai, 2017) e sono diverse le esperienze anche nel panorama delle IST (Ingram e Salmon 2007; O'Byrne et al. 2021).

CONTESTUALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA

Nel contesto italiano non esiste ancora un quadro normativo per la gestione multidisciplinare e multiprofessionale della salute sessuale, nonostante sia in corso un dibattito a livello politico e sociale. Esistono tuttavia strumenti di controllo epidemiologico come la Rete Nazionale di Sorveglianza IST (che è un organismo istituzionale su base volontaria, in capo all'Istituto Superiore di Sanità e costituito da un ridotto numero di centri regionali). Sono disponibili documenti legislativi o linee di indirizzo orientati al tema della protezione della SS che normano l'assistenza alla famiglia e alla maternità nel contesto dei Consultori Familiari e il controllo e il trattamento dell'infezione da HIV (Legge 5 giugno 1990, n. 135).

A partire dall'anno 2000, la Regione Piemonte ha implementato, sulla scorta dei dati della rete nazionale disponibili, una propria rete di sorveglianza regionale delle IST allo scopo di analizzare e studiare in modo più puntuale aspetti utili alla conoscenza del fenomeno, onde gettare le basi valide per interventi locali di prevenzione cura e riabilitazione delle IST secondo la più ampia visione della SS proposta dall'OMS. Da una analisi dei dati raccolti nei Centri piemontesi accreditati allo scopo nei primi quindici anni di attività, è emerso che l'87% della casistica regionale era concentrata nell'area metropolitana della città di Torino (Pasqualini 2018). Pertanto, la Regione Piemonte con delibera del 15 maggio 2017 (Riorganizzazione della rete dei Centri MST DGR 40 – 1754 del 18.12.2000 nella città di Torino), ha incaricato l'ASL Città di Torino di ridefinire l'organizzazione della rete dei Centri per le malattie sessualmente trasmesse (MST) esistenti in città elaborando un modello di unificazione dei tre ambulatori ospedalieri al tempo attivi. Il nuovo assetto ha previsto l'implementazione di funzioni che garantissero una risposta esaustiva non solo in termini di diagnosi e trattamento delle IST, ma anche di presa in carico della salute sessuale nel suo complesso. Per ottemperare alla richiesta regionale, è stata modificata ed incrementata la collaborazione tra l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, il Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SEREMI) e l'ASL Città di Torino, al fine di istituire un Centro unico metropolitano multidisciplinare per la salute sessuale in accordo con le indicazioni contenute nel "Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021."

Con Delibera Regionale (DGR 87-8996) sono stati pertanto chiusi 3 centri MST accreditati in Torino (collocati rispettivamente presso l'Ospedale Dermatologico S. Lazzaro, Ospedale Ostetrico-Ginecologico S. Anna ed Ospedale Infettivologico Amedeo di Savoia) per aprire un unico Servizio per la salute sessuale che comprendesse le diverse realtà e competenze razionalizzando le risorse. Dovendo mantenere un elevato standard qualitativo assistenziale a carattere multidisciplinare è stato necessario attivare convenzioni, protocolli, gruppi di lavoro e collaborazioni con diverse Strutture aziendali ed extraaziendali del SSR. Il Centro Multidisciplinare per la Salute Sessuale (CeMuSS) è stato infine allocato strutturalmente nel Dipartimento di Prevenzione sovra zonale in modo da superare la precedente visione centralistica ospedaliera e ripartendo dal territorio. Al Centro competono le seguenti funzioni:

1. Promozione della salute sessuale.
2. Prevenzione primaria delle IST.
3. Diagnosi e cura multi-specialistica delle IST.
4. Ottimizzazione e integrazione con strutture aziendali ed extra aziendali a vario titolo coinvolte in attività di prevenzione e tutela della salute pubblica.

L'utenza che afferisce al CeMuSS usufruisce di prestazioni che sono a titolo gratuito, ad eccezione del ticket dovuto per gli interventi di dermo-chirurgia, di psicoterapia ed esami ematochimici di valutazione non prettamente microbiologici.

Al suo interno operano medici specialisti infettivologi, dermatologi, ginecologi e chirurghi, ostetriche, psicologi, mediatrici culturali e impiegati amministrativi, ma soprattutto una équipe di infermieri formati per assicurare un percorso assistenziale che si snoda attraverso fasi in cui la professione infermieristica svolge un ruolo centrale sul piano clinico e organizzativo. Il servizio si caratterizza per la multidisciplinarietà e per il modello organizzativo che trova i suoi riferimenti nel modello nurse-led, ed è anche sede di stage per gli studenti del terzo anno del corso di Laurea di Infermieristica dell'ASL Città di Torino, per gli studenti medici delle Scuole di Specializzazione in Dermatologia, Malattie Infettive e per il Corso di Medici di Medicina Generale.

L'APPLICAZIONE DEL MODELLO NURSE-LED CLINIC: I RISULTATI

L'utenza afferisce al CeMuSS previa prenotazione telefonica, pertanto la presa in carico avviene prevalentemente attraverso triage telefonico infermieristico e solo in casi considerati urgenti in accesso diretto. Le fasi fondamentali che caratterizzano il percorso sanitario sono: accettazione (triage telefonico o accesso diretto con valutazione priorità assistenziale), visita infermieristica e colloquio pre-test strutturato secondo le competenze di base del counselling, eventuale visita medica, controllo esami e restituzione referti con colloquio post-test in caso di positività, terapie eventuali con programmazione ed effettuazione di controlli post terapia medica (TOC), follow up (FU), colloqui di prevenzione per il sesso più sicuro strutturati secondo le competenze di base del counselling, valutazione della necessità di vaccinazioni e eventuale appoggio a consulenti/servizi interni/esterni, dimissione.

Triage telefonico

Il servizio di triage telefonico è operativo quattro giorni feriali alla settimana dalle 8.30 alle 11.30 e dalle 12.30 alle 15.30 il mercoledì.

Il triage telefonico è un'attività esclusiva del personale infermieristico formato ed è attuato secondo un modello operativo comunicativo-relazionale che focalizza l'attenzione sui problemi legati alla SS della persona. Il momento del triage svolge un ruolo preminente come fase di "aggancio" e il colloquio dura in media cinque-otto minuti. In questo lasso di tempo l'operatore deve affrontare il riferito problema sessuale entrando in una sfera privata e di estrema delicatezza utilizzando una modalità relazionale bidirezionale caratterizzata da empatia e ascolto attivo. Per questo è richiesta l'abilità di seguire, afferrare e comprendere il più pienamente e rapidamente possibile l'esperienza delle persone evitando atteggiamenti giudicanti, direttivi, paternalistici, interpretativi o persuasivi. Circa il contenuto dell'operato, l'infermiere valuta i problemi elaborando interventi personalizzati, attribuendo di conseguenza il livello di priorità assistenziale (alta, media o bassa) per la prenotazione ed inserimento del paziente nel successivo percorso assistenziale basandosi sulla storia clinica complessiva associata alla valutazione dei rischi di esposizione sessuale codificati. Va ricordato che, se da una parte non tutti i bisogni espressi nella richiesta di accesso sono riconducibili oggettivamente alla sessualità ma alla percezione soggettiva del rischio e dei sintomi, dall'altra l'operatore deve essere abile nel riconoscere alcune situazioni, spesso taciute consapevolmente o inconsciamente dall'utente che devono essere considerate in realtà urgenze assistenziali come descritto più avanti.

Percorso e processi decisionali

I processi decisionali e il percorso del paziente si sviluppano come sopra detto sulla base della valutazione infermieristica. Tutto il percorso assistenziale differenziato e personalizzato è supportato dall'uso di una cartella clinica informatizzata. Il percorso assistenziale è gestito interamente dal personale infermieristico, compresa la programmazione dei FU per tutti i pazienti, in particolare per quelli ad alto rischio di esposizione per IST quando:

- Siano asintomatici e la cui diagnosi finale risulti negativa per la presenza di IST.
- Presentino segni o sintomi che all'esame obiettivo non sono riconducibili ad una IST la cui diagnosi finale risulti negativa per la presenza di infezioni e/o altra eventuale patologia che sia stata medicalmente esclusa.
- Abbiano avuto contatti con IST la cui diagnosi finale risulti negativa per la presenza di IST e che per loro volontà non abbiano assunto la terapia epidemiologica proposta.

Per tutti i pazienti sintomatici il personale infermieristico è totalmente responsabile del percorso dall'accettazione fino alla visita medica o specialistica. Successivamente è responsabile della somministrazione della terapia medica, monitoraggio degli esami e della programmazione dei FU o dei TOC.

Per quanto riguarda la prescrizione della PrEP (Profilassi pre-esposizione), altre profilassi o per tutte le attività chirurgiche, l'attività infermieristica si caratterizza solo per gli aspetti di natura funzionale. I percorsi assistenziali sono qui di seguito descritti:

- *Urgenze*: sono considerate urgenze la avvenuta o sospetta violenza sessuale, il rapporto sessuale vaginale od anale non protetto con partner HIV positivo certo, le reazioni allergiche o effetti collaterali a farmaci somministrati presso l'ambulatorio. In questi casi la visita avviene in giornata.
- *Persona sintomatica*: (Figura 2): la visita è prenotata in genere entro tre giorni lavorativi in presenza dei seguenti sintomi: perdite uretrali (con disuria e pollachiuria) o vaginali, ulcere, sintomi cutanei di recente insorgenza (lesioni vescicolari o bollose, lesioni eritematose), tumefazioni testicolari, dolore al basso ventre nella donna; sospetta IST in gravidanza, sintomi generali acuti (febbre che accompagna sintomi sopra descritti o ittero).

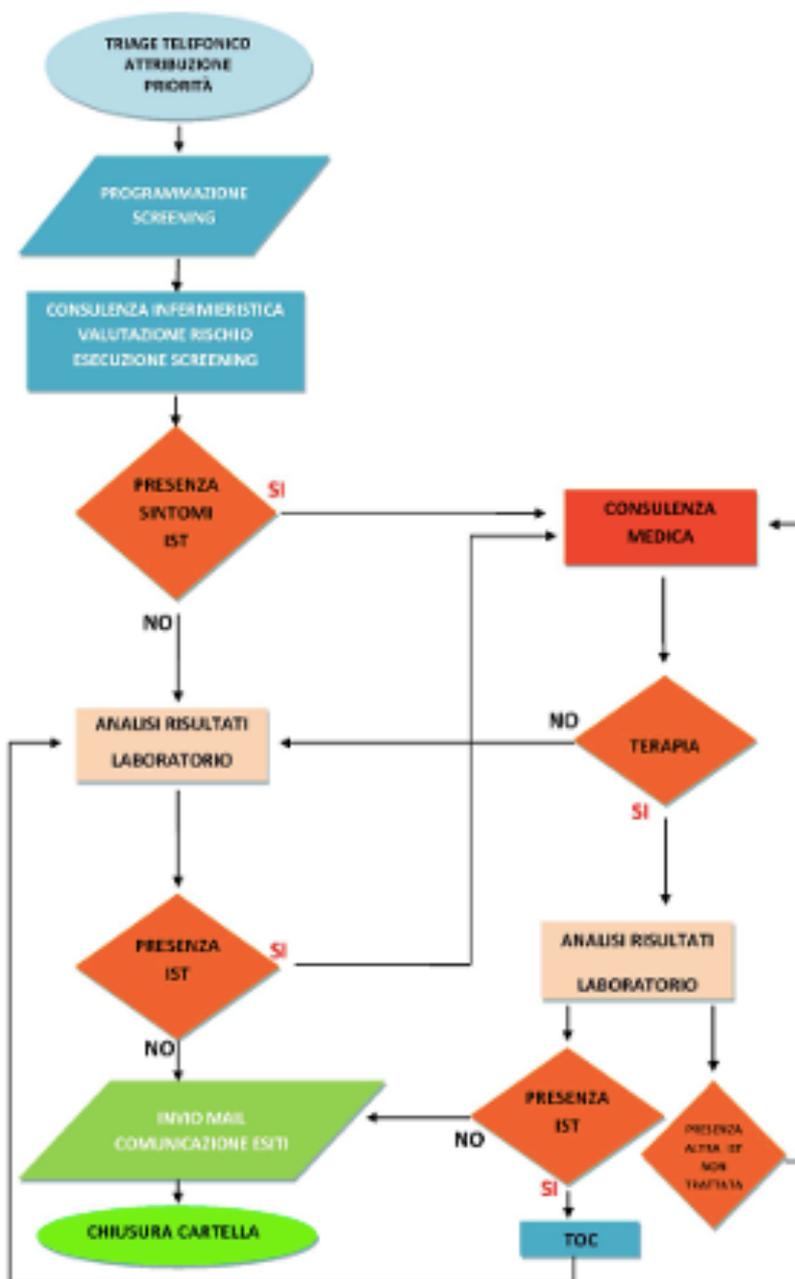


Figura 2 – Percorso persone sintomatiche.

Si eseguono:

- La visita infermieristica con compilazione cartella, anamnesi approfondita circa la sessualità e rischi di salute correlati (IST in particolare), esame obiettivo, prelievo del sangue venoso; esami microbiologici (tamponi ed urine) a seconda dell'esame obiettivo come da protocollo regionale.
- Sulla base dell'esame obiettivo il paziente eseguirà: la visita medica con lo specialista più idoneo o disponibile, ulteriori esami decisi dal medico, l'eventuale terapia medica, la programmazione, in caso di manifesti condilomi o molluschi contagiosi della visita del dermatologo o proctologo o ginecologo per l'asportazione /trattamento specialistico.
- Il contact tracing.
- Un colloquio strutturato secondo le competenze di base del counselling per il sesso più sicuro, valutazione per le vaccinazioni necessarie, altri interventi di secondo livello eventualmente ritenuti necessari (avvio a percorso Prep, proposta di colloquio con lo psicologo etc.).
- La restituzione esiti e/o riprogrammazione ritiro esiti dal medico (qualora sia presente un'altra IST non trattata per prescrizione e somministrazione della terapia) tramite invio mail.
- La programmazione TOC o FU.
- La chiusura cartella.
- *Persona asintomatica* (Figura 3): dopo aver valutato l'assenza di condizioni che richiedono altri percorsi specifici (sintomi o contatto con IST ad esempio), l'infermiere prenota la persona alla prima data disponibile in uno spazio interamente gestito dal personale infermieristico (tempo medio di attesa tra i venti e i trenta giorni).

Si eseguono:

- La visita infermieristica con compilazione cartella, anamnesi approfondita circa la sessualità e rischi di salute correlati (IST in particolare) e screening con esami (prelievo del sangue venoso ed esami microbiologici mediante tamponi o raccolta urine, come da protocollo regionale) sulla base del rischio rilevato in anamnesi, considerando in particolare il range del periodo finestra.
- La programmazione ed esecuzione di eventuale TOC da programmare con tempistiche differenti a seconda dell'infezione rilevata.
- L'offerta di un colloquio strutturato secondo le competenze di base del counselling per il sesso più sicuro, la valutazione per le vaccinazioni indicate secondo il rischio o per altri interventi di secondo livello eventualmente ritenuti necessari (Prep, richiesta di supporto psicologico etc.).
- La restituzione esiti o programmazione ritiro dal medico in caso di positività per IST per valutazione medica, prescrizione e somministrazione della terapia, programmazione TOC o FU tramite invio mail.
- La chiusura cartella.
- *Persona che ha avuto un contatto con IST*: il percorso è inizialmente come quello per le persone asintomatiche, a cui si aggiungono, come criteri decisionali per la tempistica di prenotazione, la valutazione del periodo finestra delle varie IST e la possibilità di assumere la terapia epidemiologica in accordo con le linee guida europee. La terapia è rimandata al ritiro referti dopo diagnosi accertata in base alla decisione del paziente. In questo caso, o qualora emerga dal controllo referti un'altra IST, si programma il ritiro referti dal medico. Ne segue poi TOC, da programmare con tempistiche differenti a seconda dell'infezione rilevata.

Si eseguono:

- La visita infermieristica con compilazione cartella, anamnesi approfondita circa la sessualità e rischi di salute correlati (IST in particolare) e screening con esami (prelievo del sangue venoso ed esami microbiologici mediante tamponi o raccolta urine come da protocollo regionale) sulla base del rischio rilevato in anamnesi, considerando in particolare il range del periodo finestra.
- L'eventuale terapia epidemiologica prescritta dal medico e guidata dall'esame obiettivo.
- Il contact tracing.
- Un colloquio strutturato secondo le competenze di base del counselling per il sesso più sicuro comprendente anche la valutazione per le vaccinazioni necessarie o altri interventi di secondo livello eventualmente ritenuti necessari (avvio a percorso Prep, proposta di colloquio con lo psicologo etc.).

- La restituzione esiti o programmazione ritiro esiti dal medico qualora il paziente non abbia assunto terapia epidemiologica o sia presente un'altra IST per prescrizione e somministrazione della terapia, programmazione di TOC o FU tramite l'invio mail.
- La chiusura cartella.

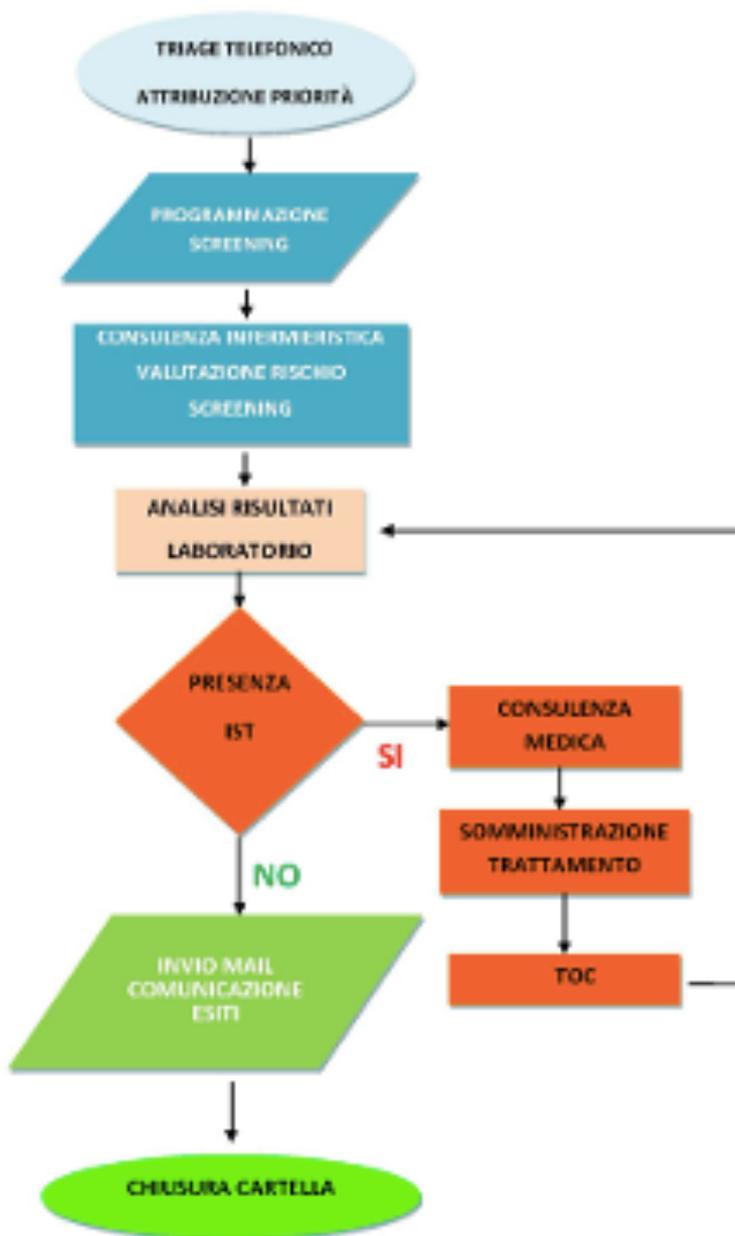


Figura 3 – Percorso persone asintomatiche.

- *Persona che richiede Profilassi pre-esposizione (PrEP) o già in PrEP:* la persona che richiede queste prestazioni viene prenotata nel percorso che prevede appuntamenti gestiti principalmente dal personale medico.

Si eseguono:

- La visita medica con compilazione cartella, anamnesi approfondita circa la sessualità e rischi di salute correlati (IST in particolare) e prescrizione PrEP.
- Lo screening con esami sulla base del rischio rilevato prelievo del sangue venoso ed esami microbiologici (tamponi, urine) come da protocollo regionale con aggiunta di esami per la funzionalità renale ed emocromo ogni sei mesi.
- La restituzione esiti: in caso di positività si programma il ritiro referti in visita medica per prescrizione e somministrazione della terapia, si programma un TOC con tempistiche differenti a seconda dell'infezione rilevata.
- La programmazione del FU.
- *Persona che richiede Profilassi post-esposizione (PPE):* il contatto con HIV ha un alto livello di priorità (visita entro 24 h) per l'eventuale offerta di Profilassi Post Esposizione (PPE).

Si eseguono:

- La visita infermieristica con compilazione cartella, anamnesi approfondita circa la sessualità e rischi di salute correlati (IST in particolare) e lo screening con esami a tempo zero (prelievo del sangue venoso ed esami microbiologici mediante raccolta tamponi od urine come da protocollo regionale) sulla base del rischio rilevato in anamnesi, considerando in particolare il range del periodo finestra.
- La visita medica per prescrizione eventuale PPE.
- La restituzione esiti :in caso di positività si programma il ritiro referti in visita medica per la prescrizione e somministrazione della terapia con programmazione di un TOC con tempistiche differenti a seconda dell'infezione rilevata.
- La programmazione degli screening di FU ad un mese e a tre mesi.

CONCLUSIONI

La descrizione di questa esperienza fornisce uno sguardo sull'applicazione del modello organizzativo *nurse-led* presso un centro per la salute sessuale a carattere regionale che ha contribuito in parte anche alla successiva stesura di un Percorso Integrato di Cura a livello nazionale (Suligoi et al. 2021). In questa esperienza, l'aspetto che emerge è la valorizzazione della competenza infermieristica, un concetto inteso generalmente come l'insieme delle capacità, conoscenze ed esperienza finalizzate (Levati e Saraò 2003) che, nel contesto di applicazione, viene messo in luce particolarmente nei primi snodi dei processi decisionali descritti. Nello specifico, la competenza deve essere intesa in quest'ambito come "competenza clinica" in quanto *insieme di capacità, conoscenze, attitudini e abilità che ciascun infermiere deve possedere per effettuare in maniera accettabile tutte quelle attività direttamente correlate all'assistenza al paziente, in uno specifico contesto clinico e in specifiche circostanze allo scopo di promuovere, mantenere e ristabilire la salute degli utenti*' (Notarnicola et al. 2016). La competenza clinica ha un impatto fortemente positivo sulla qualità dell'assistenza, sui *patient outcomes*, sulla soddisfazione e sulla qualità lavorativa (Nabizadeh-Gharghozar, Masoudi e Ajorpaz 2021).

L'attività del CeMuSS è incentrata inoltre su un secondo cardine, ovvero sulla considerazione dei livelli di competenza come suggerito dal modello *"from novice to expert"* (Benner 1982). L'insegnamento sul campo diventa circolare attraverso le periodiche riunioni di equipe (in cui è possibile definire eventuali modifiche all'organizzazione e confrontarsi sull'operato attraverso la discussione dei casi clinici congiuntamente a tutti gli operatori del centro) ed alla formazione periodica interna ed esterna. L'attività quotidiana ha inizio con il triage telefonico infermieristico, il cui scopo è quello di orientare la domanda verso il percorso più adatto e di fornire informazioni scientifiche aggiornate e personalizzate. Tale attività si sviluppa nella direzione suggerita dalla letteratura che vede l'implementazione di questo modello anche sul piano del *nurse led telephone management* nonché sulla necessità di una sua valutazione su larga scala (Horwood et al. 2020). Sempre nella direzione di sviluppi futuri si inserisce inoltre la questione della profilassi farmacologica anti HIV (PrEP) e il ruolo di operatori non medici in questo contesto. Se a oggi presso il CeMuSS l'infermiere, qualora sia indicata, interviene solo nell'invitare la persona a discutere questa possibilità con il medico, nel panorama internazionale il dibattito sul suo coinvolgimento attivo in senso prescrittivo e valutativo è argomento più che mai attuale (O' Byrne et al 2019; Vanhamel et al. 2022) e ciò deve porre uno stimolo alla discussione in questo senso anche nel nostro Paese.

Attualmente il CeMuSS può considerarsi la prima realtà italiana che propone una offerta assistenziale efficace nel campo della SS. Seppur con alcuni limiti soprattutto dovuti a carenze delle risorse umane, il centro fa fronte al grande bacino d'utenza in continuo aumento grazie ad una notevole flessibilità organizzativa, professionale e personale. Nel tempo, a seguito dei cambiamenti di scenario e di popolazione assistita, sono state introdotte (e così avverrà anche in futuro) una serie di importanti modifiche dal punto di vista sia organizzativo sia delle pratiche lavorative. Alla luce di queste nuove esigenze di prevenzione, diagnosi e cura, i due aspetti salienti del servizio dal punto di vista assistenziale, ovvero la multidisciplinarietà e il modello *nurse led*, possono essere confermati come una risposta adeguata ed efficace nel vasto campo delle problematiche della salute sessuale.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori hanno condiviso i contenuti dello studio, la stesura dell'articolo e approvano la versione finale dello stesso.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza sponsor economici.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il Dr. Michele Di Prima per il supporto operativo all'equipe infermieristica de CeMuSS.

Bibliografia

- Benner P. (1982) From novice to expert. *Am J Nurs*, Mar;82(3):402-7.
- Carey N., Courtenay M. (2007) A review of the activity and effects of *nurse-led* care in diabetes. *J Clin Nurs*, Nov;16(11C):296-304. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01969.x.
- Connolly C., Cotter P. (2023) Effectiveness of *nurse-led* clinics on healthcare delivery: An umbrella review. *J Clin Nurs*, May;32(9-10):1760-1767. doi: 10.1111/jocn.16186. Epub 2021 Dec.
- Courtenay, M., & Carey, N. (2006) *Nurse-led* care in dermatology: a review of the literature. *Br J Dermatol* Jan,154(1):1-6. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06979.x.
- D.G.R. Regione Piemonte n.87-8996 del 16 maggio 2019: Istituzione del Centro Multidisciplinare per la Salute Sessuale della Città di Torino.
- Horwood J., Brangan E., Manley P., Horner P., Muir P., North P., Macleod J. (2020) Management of chlamydia and gonorrhoea infections diagnosed in primary care using a centralised nurse-led telephone-based service: mixed methods evaluation. *BMC Fam Pract*, Dec 10;21(1):265. doi: 10.1186/s12875-020-01329-0.
- Ingram J., Salmon D. (2007) 'No worries!': Young people's experiences of nurse-led drop-in sexual health services in South West England. *J Res Nurs*, 12(4):305-315. doi:10.1177/1744987107075583.
- Jayes D., Merrick R., Pulford C., Buitendam E., Mohammed H., Saunders J (2022) What is the role of sexual health services in the delivery of primary prevention of sexually transmitted infections? A narrative review. *Sex Health*, Aug;19(4):319-328. doi: 10.1071/SH22047.
- Legge 29 luglio 1975, n. 405 (1). Istituzione dei consultori familiari (GU 27 agosto 1975, n. 227).
- Legge 5 giugno 1990, n. 135 Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS. (Ultimo aggiornamento all'Atto pubblicato il 27/04/2013) (GU n.132 del 08-06-1990).
- Levati W, Saraò M.V. (2003) Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane. Franco Angeli, Milano.
- Nabizadeh-Gharghozar Z., Alavi N.M., Ajorpaz N.M. (2021) Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Educ Today*, Feb;97:104728. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104728. Epub 2020 Dec 16.
- Notarnicola I., Petrucci C., De Jesus Barbosa M.R., Giorgi F., Stievano A., Lancia L. (2016) Clinical competence in nursing: A concept analysis. *Prof Inferm*, Jun-Sep;69(3):174-181. English. doi: 10.7429/pi.2016.693181.
- O'Byrne P., Vandyk A., Orser L., Haines M. (2021) Nurse-led PrEP-RN clinic: a prospective cohort study exploring task-Shifting HIV prevention to public health nurses. *BMJ Open*, Jan 7;11(1): e040817. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040817.
- O'Byrne P., MacPherson P., Orser L., Jacob J.D., Holmes D. (2019) PrEP-RN: Clinical Considerations and Protocols for Nurse-Led PrEP. *J Assoc Nurses AIDS Care*, May-Jun;30(3):301-311. doi: 10.1097/JNC.0000000000000075.
- Page T., Lockwood C., Conroy-Hiller T. (2005) Effectiveness of nurse-led cardiac clinics in adult patients with a diagnosis of coronary heart disease. *Int J Evid Based Healthc*, Feb;3(1):2-26. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00019.x .
- Pasqualini C., Lombardi D., Di Pietrantonj C. (2018). Infezioni sessualmente trasmesse in Piemonte: Rapporto 2016 ed. 2018. SEREMI – ASL AL, Regione Piemonte.
- Salfa M.C., Ferri M., Suligoj B. et al. (2023) Le infezioni sessualmente trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre. *Not Ist Super Sanità*, 36(5):3-39.

- Suligoi B., Luzi A.M., Salfa M.C., Esposito G. (2021) Le competenze professionali dell'infermiere impegnato nell'area delle infezioni sessualmente trasmesse [The professional skills of the nurse involved in the care of individuals with sexually transmitted infections]. *Prof Inferm*, Oct-Dec;74(4):241-247. Italian. doi: 10.7429/pi.2021.744241.
- Vanhamel J., Rotsaert A., Reyniers T., Nöstlinger C., Laga M., Van Landeghem E., Vuylsteke B. (2020) The current landscape of pre-exposure prophylaxis service delivery models for HIV prevention: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, Jul 31;20(1):704. doi: 10.1186/s12913-020-05568-w.
- Wang Q., Shen Y., Chen Y., Li X. (2019) Impacts of nurse-led clinic and nurse-led prescription on hemoglobin A1c control in type 2 diabetes: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, Jun;98(23): e15971. doi: 10.1097/MD.00000000000015971.
- World Health Organization (2023) Sexually Transmitted Infections (STIS); The World Health Organization: Geneva, Switzerland. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- World Health Organization. (2017) Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization. (2022) Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. WHO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>.
- Xu H., Mou L., Cai Z. (2017) A nurse-coordinated model of care versus usual care for chronic kidney disease: meta-analysis. *J Clin Nurs*, Jun;26(11-12):1639-1649. doi: 10.1111/jocn.13533. Epub 2017 Mar 20.