

# Be free!

## Integrazione tra comunità e sistema sanitario per una popolazione giovane libera da HIV e stigma

Rapporto dell'indagine su conoscenze, attitudini e pratiche riguardanti l'HIV/AIDS e le infezioni a trasmissione sessuale tra i giovani e le popolazioni chiave residenti negli insediamenti informali di Nairobi in Kenya.

*“Norme sociali relative ai comportamenti sessuali, conoscenza dell'HIV/AIDS e IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse), uso e accesso ai servizi di counselling e clinica per l'HIV/AIDS, Infezioni Sessualmente Trasmesse, salute sessuale e riproduttiva (SSR), barriere che ostacolano l'accesso ai servizi, qualità percepita dei servizi, soddisfazione degli utenti, cambiamento di comportamento, efficacia delle attività di sensibilizzazione nella popolazione target (giovani vulnerabili e ad elevata mobilità), tenendo in considerazione l'impatto del Covid-19”.*

## **Contributi**

Concettualizzazione, metodologia e supervisione all'indagine di campo: Marco Simonelli<sup>1</sup>, Maria Elena Tosti<sup>1</sup>

Indagine di campo: Judith Mwikali Musyoka<sup>3</sup>, Richard Muga<sup>4</sup>, Eric Isyaho Mulinya<sup>4</sup>, Catherine Onguti<sup>4</sup>

Cura e analisi dei dati: Simonetta Crateri<sup>1</sup>, Marco Simonelli<sup>1</sup>, Maria Elena Tosti<sup>1</sup>  
Stesura report: Susanna Caminada<sup>1,2</sup>, Francesca Maria Carrani<sup>2</sup>, Marco Simonelli<sup>1</sup>, Maria Elena Tosti<sup>1</sup>

Contributi alla stesura del report: Simonetta Crateri<sup>1</sup>, Judith Mwikali Musyoka<sup>3</sup>, Richard Muga<sup>4</sup>, Eric Isyaho Mulinya<sup>4</sup>, Catherine Onguti<sup>4</sup>, Grazia Orsolato<sup>4</sup>.

Con la collaborazione di: Vanni De Michele<sup>3</sup>, Sandra Foletti<sup>5</sup>.

## **Finanziamenti**

Questa indagine e la relativa pubblicazione si inseriscono all'interno del progetto di cooperazione internazionale "Be Free! Integrazione tra Comunità e Sistema Sanitario per una popolazione giovanile libera da HIV e stigma – Nairobi, Kenya". Tale progetto è stato presentato da NO ONE OUT e dai partner Medicus Mundi Italia, Istituto Superiore di Sanità, Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK) e Girl Child Network (GCN) nel 2019 in occasione del bando per il finanziamento di "iniziative sinergiche" proposte da organizzazioni della Società Civile, Enti Pubblici di ricerca ed Università nel quadro del Technical Support Spending al Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria della Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo – AICS. I contenuti di questa pubblicazione sono di esclusiva responsabilità di Medicus Mundi Italia (ente esecutore) e Istituto Superiore di Sanità (ricerca) e non rappresentano necessariamente il punto di vista dell'Agenzia. I finanziatori non hanno avuto alcun ruolo nella progettazione dello studio, nella raccolta e analisi dei dati e nella preparazione del manoscritto.

1. Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia
2. Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Italia
3. NO ONE OUT, ufficio di Nairobi, Kenya
4. Medicus Mundi Italia, ufficio di Nairobi, Kenya
5. Medicus Mundi Italia, ufficio di Brescia, Italia

## **Ringraziamenti**

Si ringraziano i Community Health Volunteer delle comunità di Mathare North, Korogocho, Babadogo, Dandora1, Dandora2, Kayole1, Pangani, Ngara, Eastleigh e Pumwani Majengo di Nairobi, Kenya e tutti gli operatori sanitari, gli operatori dei servizi di HIV Testing and Counselling, gli Health Care Providers e i Community Health Assistants dei 10 Health Centers coinvolti nell'indagine.

NO ONE OUT  
Via Collebeato, 26  
25127 - Brescia  
Tel. +39.030.6950381  
nooneout@nooneout.org  
www.nooneout.org

MEDICUS MUNDI ITALIA  
Via Collebeato, 26  
25127 - Brescia  
Tel. +39.030.6950381  
info@medicusmundi.it  
www.medicusmundi.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
Viale Regina Elena, 299  
00161 - Roma  
Tel. +39. 06.4990.1  
web@iss.it  
www.iss.it

# Indice

|  |    |
|--|----|
| Abbreviazioni .....  | 4  |
| Prefazione.....  | 5  |
| Sintesi.....   | 7  |
| Introduzione.....  | 8  |
| Metodi.....  | 10 |
| Aree di intervento e target.....   | 10 |
| Temi e focus dell'indagine.....  | 11 |
| Focus Group Discussions (FGD).....   | 11 |
| Questionario.....  | 13 |
| Definizioni e analisi statistica.....  | 13 |
| Risultati.....   | 14 |
| Studio della popolazione.....  | 14 |
| Conoscenza su IST/HIV/AIDS.....  | 15 |
| Comportamenti adottati per la prevenzione.....                                       | 15 |
| Conoscenza e accesso ai test e alle cure per IST/HIV/AIDS.....                       | 17 |
| Atteggiamento degli operatori sanitari.....  | 19 |
| Youth Friendly Centres (YFC).....  | 19 |
| Attività di formazione/educazione sulla salute sessuale e riproduttiva, IST/HIV..... | 20 |
| Covid-19.....  | 20 |
| Discussione: interpretazione dei risultati.....                                      | 22 |
| Educazione e informazioni rivolte ai giovani.....                                    | 22 |
| Operatori sanitari.....  | 25 |
| Strutture di riferimento - Youth Friendly Centres (YFC).....                         | 26 |
| Diagnosi – servizi sul territorio.....   | 26 |
| Covid-19.....  | 27 |
| Limiti e punti di forza dello studio.....  | 28 |
| Conclusioni.....   | 28 |
| Bibliografia.....  | 29 |
| Allegati.....  | 33 |

# Abbreviazioni

|          |  |
|----------|--|
| AICS     | Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo   |
| ART      | <i>Antiretroviral Therapy</i> (Terapia Antiretrovirale)  |
| CAP      | Conoscenze, Attitudini e Pratiche (in inglese <i>KAP - Knowledge, Attitude and Practices</i> )   |
| CHA      | <i>Community Health Assistant</i> (Assistente per la Salute di Comunità)   |
| CHV      | <i>Community Health Volunteer</i> (Volontario per la Salute di Comunità)   |
| ECM      | Educazione Medica Continua   |
| FGD      | <i>Focus Group Discussion</i> (Gruppi di discussione)  |
| HIV/AIDS | <i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (Virus dell'immunodeficienza umana/ Sindrome dell'immunodeficienza umana acquisita)           |
| HTS      | <i>Hiv Testing Services</i> (Servizi di Test per HIV)  |
| KAP      | <i>Knowledge, Attitude and Practices</i> (CAP - Conoscenza, Attitudini e Pratiche)   |
| KCM      | <i>Kenya Coordinating Mechanism</i> (Meccanismo di coordinamento del Kenya)  |
| KP       | <i>Key Population</i> (Popolazione chiave)   |
| KSh      | <i>Kenyan Shilling</i> (Scellino Keniota)  |
| IST      | Infezioni Sessualmente Trasmissibili   |
| NASCOP   | <i>National AIDS Control Program and Sexually Transmitted Infections</i> (Programma nazionale per il controllo dell'AIDS e delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili) |
| ONG      | Organizzazioni Non Governative   |
| OSC      | Organizzazioni della Società Civile  |
| PREP/PEP | <i>Pre-Exposure Prophylaxis/Post-Exposure Prophylaxis</i> (Profilassi pre-esposizione/profilassi post-esposizione)   |
| TVET     | <i>Technical and Vocational Education and Training</i> (Corsi di formazione tecnico-professionale)   |
| VCT      | <i>Voluntary Counselling and Testing</i> (Counselling e test volontari)  |
| YFC      | Youth Friendly Centre (Centro Giovani)   |

## Prefazione

L'attività di ricerca alla base del report che di seguito viene presentato si inserisce all'interno del progetto di cooperazione internazionale "Be Free! Integrazione tra comunità e sistema sanitario per una popolazione giovanile libera da HIV e stigma" – Nairobi, Kenya, coordinato dalla OSC NO ONE OUT e realizzato in collaborazione con i partner Medicus Mundi Italia, Istituto Superiore di Sanità, WOFAK e GCN nel periodo 2020-2022. Il progetto è stato realizzato grazie al bando per il finanziamento di "iniziative sinergiche" proposte da organizzazioni della società civile, università ed enti pubblici nel quadro del technical support spending al Fondo Globale per la lotta all'aids, alla tubercolosi e alla malaria. Il progetto e di conseguenza la ricerca si sono basati sui dati pubblicati

da UNAIDS in merito allo stato dell'epidemia in Kenya e brevemente riportati nei paragrafi successivi.

L'avvio del progetto è avvenuto in piena pandemia da Sars-COV2. Ciò ha determinato diverse modalità di implementazione dell'iniziativa, inclusa la ricerca stessa, rispetto a quanto previsto in fase di stesura progettuale. In questo contesto, il progetto ha sottolineato l'importanza, in un periodo così critico, di garantire l'accesso ai servizi indispensabili per le popolazioni più vulnerabili che vivono con l'HIV.

Le attività di ricerca in loco sono state svolte tra marzo 2021 e maggio 2022.

Kenya, Nairobi – Foto MMI



# Be free!

## Integrazione tra comunità e sistema sanitario per una popolazione giovanile libera da HIV e stigma

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| <b>OBIETTIVI</b>             | <b>Obiettivo generale:</b> Contribuire alla strategia nazionale e internazionale per porre fine all'epidemia di HIV in Kenya entro il 2030.   | <b>Obiettivo specifico:</b> Rafforzare l'integrazione tra la comunità e il sistema sanitario per contribuire alla riduzione di nuove infezioni da HIV, della mortalità correlata all'AIDS e allo stigma e discriminazione a causa dell'HIV tra adolescenti e giovani, in particolare donne, popolazione chiave e migranti interni, negli insediamenti informali della contea di Nairobi. |   |
| <b>TARGET</b>                | Adolescenti e giovani (15-24)<br>Operatori sanitari e socio-sanitari (CHVs, clinical and medical staff, counsellors)  |  |   |
| <b>BENEFICIARI</b>           | <b>Diretti:</b> 66.371 persone  | <b>Indiretti:</b> 266.991 persone  |   |
| <b>PARTNER DI PROGETTO</b>   | NO ONE OUT (capofila), MMI, ISS, WOFAK, GCN   |  |   |
| <b>STAKEHOLDERS PUBBLICI</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• National AIDS Control Council (NACC)</li> <li>• National AIDS &amp; STI Control Programme (NAS COP)</li> <li>• Ministry of Health and Ministry of Education, Science and Technology</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nairobi City Council (NCC)</li> <li>• UNAIDS Kenya</li> <li>• World Health Organisation (WHO)</li> <li>• AICS – Nairobi Offices</li> </ul>  |   |
| <b>RISULTATI</b>             | <b>Risultato 1:</b> Rafforzato il programma di prevenzione e identificazione dell'HIV nelle strutture sanitarie di primo livello per la popolazione target nella Contea di Nairobi  | <b>Risultato 2:</b> Migliorata la qualità dei servizi riguardanti l'aderenza alla cura e al trattamento dell'HIV e l'accesso ai test della carica virale nelle strutture sanitarie di primo livello per la popolazione target nella Contea di Nairobi  | <b>Risultato 3:</b> Raggiunto un cambiamento del comportamento nella popolazione target in materia di salute sessuale-riproduttiva, dei diritti riproduttivi sessuali, della prevenzione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili |

## Sintesi

L'HIV/AIDS e le altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) sono una delle principali sfide di Salute Pubblica a livello globale. Le aree del mondo maggiormente colpite sono l'Africa orientale e meridionale, dove sono principalmente coinvolti i giovani e le popolazioni chiave. Attualmente in Kenya è in atto una delle peggiori epidemie di HIV/AIDS al mondo, con tassi di prevalenza più elevati nelle aree urbane e nelle baraccopoli.

È stato condotto uno studio trasversale a metodi misti negli insediamenti informali della Contea di Nairobi, avente come obiettivi: 1) indagare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti in materia di IST/HIV/AIDS presso popolazioni emarginate e difficili da raggiungere, 2) individuare, con un approccio dal basso verso l'alto, interventi appropriati e soluzioni pratiche per aumentare l'utilizzo dei servizi sanitari dedicati a IST/HIV/AIDS. Il metodo d'indagine utilizzato prevedeva una fase preliminare di ricerca qualitativa, basata su 12 *discussioni di gruppo* (Focus Group Discussions - FGD) condotte da ricercatori locali, i cui risultati sono stati utilizzati per strutturare e formulare un questionario mirato a valutare: conoscenze, atteggiamenti e comportamenti in merito a IST/HIV/AIDS; conoscenza, accesso e barriere ai servizi per IST/HIV/AIDS; qualità percepita dei servizi; impatto del COVID-19. I questionari sono stati somministrati alle popolazioni target tra giugno e agosto 2021.

Oltre mille ragazzi (1.054) hanno completato il questionario, di questi il 48,3% era rappresentato da giovani che vivono nella comunità, il 23% giovani iscritti a scuola, il 16,8% giovani madri, il 6,9% persone che fanno uso di droghe e il 5% persone che frequentavano una formazione tecnico-professionale.

I risultati dell'indagine hanno evidenziato una conoscenza insoddisfacente delle modalità di trasmissione e prevenzione di IST/HIV/AIDS, uno scarso uso dei preservativi, principalmente a causa della mancanza di denaro, della violenza di genere e della difficoltà a reperirli, un accesso limitato ai servizi sanitari e una mancanza di fiducia legata all'inadeguato atteggiamento del personale sanitario, considerato giudicante dalla maggior parte degli intervistati. La pandemia di Covid-19 e le misure attuate per contenerla, prima fra tutte il lockdown, hanno ampliato le barriere all'accesso ai servizi sanitari.

Per raggiungere questa popolazione si rende necessario attuare interventi educativi per responsabilizzare i gruppi target, facilitare l'accesso ai preservativi gratuiti e formare adeguatamente il personale dei centri sanitari ad un ap-

proccio maggiormente attento alle esigenze dei giovani – “youth friendly”. Gli intervistati hanno rilevato che le strategie di prossimità sono più efficienti nella prevenzione/gestione delle IST, inclusi i test porta a porta e la sensibilizzazione della comunità.



Centro di salute di Babadogo - Foto MMI

# Introduzione

L'HIV/AIDS e altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) sono una delle principali sfide di Salute Pubblica a livello globale, con oltre 2,3 milioni di persone che muoiono ogni anno e 1 milione di nuove infezioni ogni giorno [1]. Sebbene le statistiche mondiali rivelino un calo generale delle nuove infezioni da HIV e dei decessi correlati all'AIDS, grazie agli sforzi concertati di varie parti interessate, il bilancio continua a essere pesante nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente nell'Africa orientale e meridionale [2]; inoltre i Paesi a basso e medio reddito sono colpiti in modo sproporzionato anche da altre infezioni sessualmente trasmesse [3]. Le IST, oltre a essere indicatori epidemiologici chiave di rapporti sessuali non protetti, impattano negativamente sulla salute sessuale, riproduttiva e materno-infantile, potendo portare allo sviluppo di malattie infiammatorie pelviche, neoplasie genitali, infertilità e aumentando il rischio di trasmettere e contrarre l'HIV [1, 4].

Le infezioni a trasmissione sessuale coinvolgono principalmente i giovani: nel 2020, ad esempio, il 27% delle nuove infezioni da HIV è stato registrato presso questa popolazione [2, 5, 6]. Tale sproporzionato impatto su adolescenti e giovani adulti è il risultato della mancanza di informazioni sanitarie corrette e di un'educazione sessuale completa e adeguata all'età. Ciò porta all'assunzione di comportamenti a rischio e a uno scarso accesso ai servizi di salute riproduttiva, a cui contribuiscono anche lo stigma e talvolta la necessità di ottenere il consenso dei genitori [2, 7-11]. Il 60% degli adolescenti che vivono con l'HIV risiede nell'Africa orientale e meridionale [11].

Sempre in base alla maggiore probabilità di pratiche a rischio, all'emarginazione e alla mancanza di un accesso adeguato ai servizi, sono considerati particolarmente vulnerabili a IST/HIV/AIDS cinque gruppi delle cosiddette popolazioni chiave (*key populations – KP*) rappresentati da: uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, lavoratori e lavoratrici del sesso (*sex workers*), persone transgender, persone che fanno uso di droghe in particolare per via endovenosa, detenuti e altre persone incarcerate [2]. Infine, va notato che non solo i giovani costituiscono un'ampia percentuale dei gruppi più a rischio, ma hanno spesso anche tassi di infezione da HIV più elevati all'interno di questi gruppi [12-15].

Il Kenya ospita una delle peggiori epidemie di HIV e AIDS al mondo, con 1,4 milioni di persone infettate dall'HIV e un tasso di prevalenza del 4,2% nella fascia di

età 15-49 [16]. Sebbene il Paese abbia compiuto progressi significativi nella lotta all'HIV negli ultimi anni, c'è ancora un numero molto elevato di nuove infezioni tra i giovani, in particolare di sesso femminile, e coloro che appartengono alle popolazioni chiave [17]. Precedenti studi condotti nel Paese hanno riscontrato un'elevata incidenza di IST/HIV tra le giovani donne [18] e tra i ragazzi di strada [19], inoltre, secondo le stime del Ministero della Salute del Kenya, nel 2018, i nuovi casi nella popolazione giovanile riguardavano in maniera sproporzionata le donne: nella fascia di età 15-19 anni, il 70% dei nuovi sieropositivi era di sesso femminile, contro il 30% di sesso maschile, tale percentuale restava simile nella fascia di età 20-24 anni: 62% donne e 38% uomini [20].

In Kenya, come in altri Paesi analoghi, i tassi di prevalenza dell'HIV/AIDS nelle aree urbane sono più elevati che nelle aree rurali [21-23], con forti differenze intraurbane, soprattutto a Nairobi, dove la prevalenza è significativamente più alta tra coloro che risiedono negli *slum* rispetto al resto della popolazione urbana [24-26]. La maggiore vulnerabilità all'infezione da HIV tra i poveri residenti in aree urbane sembra dovuta a comportamenti sessuali a rischio, difficoltà economiche, minore coesione/capitale sociale, sovraffollamento, mancanza di sicurezza, partner sessuali multipli e inizio precoce dell'attività sessuale [27], ma anche a una scarsa consapevolezza del proprio stato di salute (sieropositività) [28]. Tutto questo si traduce in uno scarso accesso ai test e alle cure. Inoltre, disinformazione e idee non corrette sulle modalità di trasmissione e sui trattamenti rimangono un fenomeno diffuso [29, 30]. Ciò è aggravato dalla mancanza di strutture e servizi sanitari, a causa della natura informale ed emarginata di questi insediamenti [31-35].

L'analisi delle conoscenze, attitudini e pratiche (CAP; in inglese *Knowledge, Attitude and Practices - KAP*) relative a HIV/AIDS e IST è uno dei capisaldi nella lotta a queste malattie [8], dal momento che può aiutare a progettare strategie di prevenzione appropriate e mirate. Una valutazione delle conoscenze, attitudini e pratiche tra qualsiasi popolazione è quindi necessaria nella pianificazione della gestione e prevenzione di HIV e IST e deve essere utilizzata come base per valutare il successo delle strategie di prevenzione.

Il presente studio è stato condotto nell'ambito del progetto "Be Free! Integrazione tra comunità e sistema sanitario per una popolazione giovane libera da HIV e

*stigma*" che ha visto la collaborazione delle OSC italiane Medicus Mundi Italia e NO ONE OUT e dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha fornito assistenza tecnico-scientifica nella progettazione, coordinamento e realizzazione dell'indagine. Il progetto "Be Free" mira a contribuire alla strategia nazionale e internazionale per combattere e porre fine all'HIV, come previsto dal programma di sviluppo a lungo termine del Paese - Kenya Vision 2030, promuovendo l'integrazione tra comunità e Sistema Sanitario pubblico. Il fine è quello di garantire l'accesso ai servizi di prevenzione e trattamento alle comunità che vivono nelle aree più emarginate e difficili da raggiungere, e ridurre lo stigma e la discriminazione,

legati all'HIV, tra adolescenti e giovani adulti, con una particolare attenzione alle donne e alle popolazioni chiave negli insediamenti urbani informali. Questo studio ha avuto come scopo, non solo indagare *conoscenze, attitudini e pratiche* dei giovani in merito a IST/HIV/AIDS, ma anche cercare di identificare, con un approccio dal basso verso l'alto, gli interventi più appropriati e le soluzioni pratiche, che potrebbero essere attuate in futuro per aumentare l'utilizzo dei servizi di diagnosi e prevenzione per HIV/IST rivolti ai giovani e alle popolazioni chiave.



Kenya, Nairobi – Foto MMI

# Metodi

In fase di ideazione dell'indagine era previsto che la stessa venisse coordinata dai ricercatori del Centro per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità (un antropologo, Marco Simonelli, e un'epidemiologa/biostatistica, Maria Elena Tosti, coadiuvati da un tecnico per l'inserimento dati, Simonetta Crateri), attraverso un mix di assistenza tecnica a distanza e missioni in loco. Il perdurare dell'emergenza Covid-19 non ha tuttavia consentito ai ricercatori dell'ISS di effettuare alcuna missione in loco, per cui l'intero lavoro dell'ISS si è svolto a distanza, disegnando l'impianto dell'indagine e supervisionando un team di 3 co-ricercatori locali individuati da NO ONE OUT.

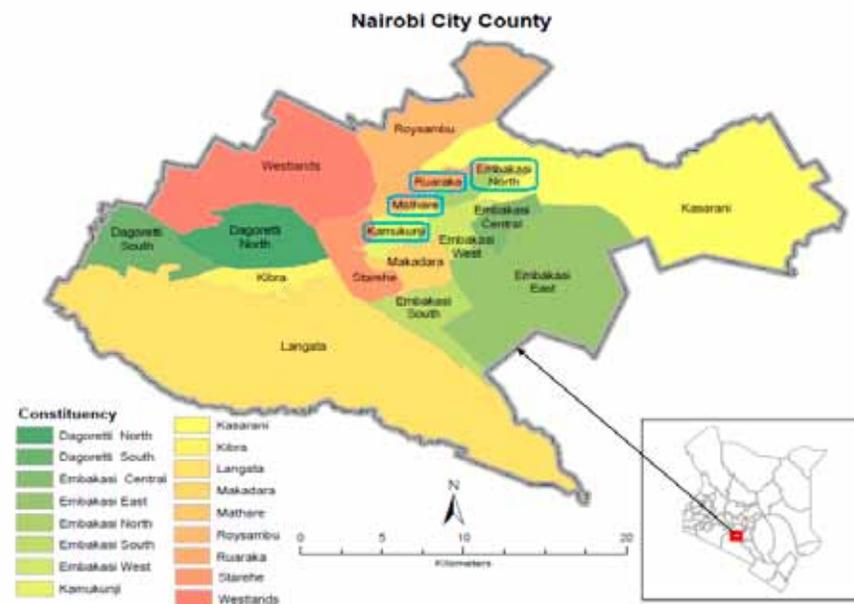
## Are di intervento e target

L'indagine si è svolta nel periodo compreso tra giugno ad agosto 2021 in quattro sub-contee di Nairobi: Mathare/Starehe, Embakasi North/West, Ruaraka e Kamukunji, dove si trovano insediamenti informali poveri in termini di reddito, accesso alle risorse e condizioni ambientali. È stata coinvolta, in particolare, la popolazione giovanile che vive o gravita attorno alle strutture sanitarie (Health Facilities) dell'area del progetto "Be Free!", ovvero:

- Mathare North
- Korogocho
- Babadogo
- Dandora I
- Dandora II
- Kayole 1
- Pumwani Majengo
- Eastleigh
- Ngara
- Pangani

I gruppi target includevano: *i)* adolescenti e giovani che frequentano la scuola; *ii)* adolescenti e giovani che non frequentano la scuola o che hanno abbandonato gli studi; *iii)* giovani donne, in particolare giovani madri; *iv)* popolazioni vulnerabili e popolazioni chiave, in particolare le persone che fanno uso di droghe. Il metodo utilizzato è stato quello delle indagini CAP (conoscenza, attitudini e pratiche)<sup>1</sup>. In primo luogo, si è svolta una fase preliminare, di natura qualitativa,

<sup>1</sup> Come riferimento, l'indagine ha seguito la metodologia contenuta nei seguenti manuali: 1) "Data collection - Quantitative methods: The KAP survey model (Knowledge, Attitude & Practices) - Médecins du Monde", 2011 e 2) "Data collection - Qualitative methods - Médecins du Monde", 2009.



che è consistita nell'organizzazione di *discussioni di gruppo* - Focus Group Discussions (FGD), finalizzate a esplorare i comportamenti dei giovani nei confronti di HIV/AIDS e delle IST, così da progettare questionari quantitativi più specifici. I *focus group* erano costituiti da un campione di giovani, giovani madri e popolazioni chiave, individuato attraverso la collaborazione dei co-ricercatori locali con i volontari per la salute di comunità - *Community Health Volunteers* (CHV), operanti in 10 strutture sanitarie localizzate nelle quattro sub-contee di Nairobi.

Prima che lo studio avesse luogo, a tutti i partecipanti sono state fornite informazioni sui metodi e gli obiettivi. La partecipazione ai *focus group* e la risposta al questionario sono stati del tutto volontari e il consenso informato verbale o scritto è stato ottenuto da tutti gli intervistati prima dell'inizio dell'indagine. I questionari sono stati compilati in forma anonima. Lo studio è stato condotto in linea con i principi della Dichiarazione di Helsinki.



Slum di Mathare, Nairobi. Foto di un collaboratore locale.

### ***Temi e focus dell'indagine***

L'indagine si è concentrata sui seguenti argomenti:

- Conoscenza dell'HIV/AIDS e delle IST;
- Stigma sociale;
- Norme sociali e culturali relative ai comportamenti sessuali;
- Uso e accesso ai servizi di consulenza e ai servizi clinici per l'HIV/AIDS/IST, la salute sessuale e riproduttiva;
- Aderenza al trattamento;
- Difficoltà economiche e logistiche nell'aderenza al trattamento, e quindi barriere all'accesso ai servizi;
- Conoscenza e utilizzo dei servizi per i giovani (Youth Friendly Centres - YFC);
- Qualità percepita dei servizi;
- Soddisfazione degli utenti;
- Cambiamenti nei comportamenti ed efficacia delle attività di sensibilizzazione;
- Conoscenza del Covid-19;
- Impatto del Covid-19 sui servizi di salute sessuale e riproduttiva, sul trattamento e sull'assistenza, sull'aderenza al trattamento.



Incontro di uno dei Focus Group Discussion (FGD), Nairobi. Foto di un collaboratore locale.

### ***Focus Group Discussions (FGD)***

La prima attività, all'interno del progetto, è stata l'organizzazione dei focus group discussions (FGD), le cui domande sono state sviluppate in inglese e tradotte in swahili.

L'Allegato 1 riporta le domande utilizzate per la conduzione dei FGD. I FGD sono stati condotti dai tre co-ricercatori locali (2 uomini e 1 donna) nei quattro gruppi target, per un totale di 12 FGD (a ciascuno dei quali hanno preso parte da 6 a 8 partecipanti). Gli incontri si sono svolti nelle quattro sub-contee di Nairobi precedentemente individuate, sotto la supervisione di un coordinatore locale, selezionato dalle OSC partner del progetto.

I FGD sono stati condotti cercando di ridurre al minimo i condizionamenti degli osservatori e sono stati audio-registrati per riportare il più fedelmente possibile quanto emerso dalle discussioni. I ricercatori locali, sulla base dei risultati della trascrizione delle sedute di discussione, hanno realizzato un rapporto che è poi servito per modellare le domande del questionario.



## Questionario

Il questionario è stato elaborato sulla base della letteratura e del report dei FGD ed è stato sviluppato dai ricercatori in Italia in collaborazione con i ricercatori locali di Nairobi. È stato testato, prima della somministrazione alle popolazioni target, dai coautori e dai ricercatori locali per verificare il linguaggio, la fluidità, la chiarezza, la leggibilità e la completezza, insieme all'accettabilità e alla necessità di aggiungere altre possibili alternative di risposta. Si compone di 36 domande, raggruppate in cinque sezioni principali: *i*) caratteristiche socio-demografiche (8 domande); *ii*) conoscenza e fonte di informazioni su IST/HIV/AIDS (3 domande); *iii*) comportamenti assunti in relazione a IST/HIV/AIDS (5 domande); *iv*) conoscenza, accesso e barriere ai test e cure per IST/HIV/AIDS (comprese domande sull'atteggiamento percepito degli operatori sanitari - 9 domande); *v*) centri giovanili e attività di formazione su salute sessuale e riproduttiva, infezioni sessualmente trasmesse e HIV (6 quesiti). Visto l'intervallo temporale in cui è stata condotta la ricerca, è stata aggiunta un'ulteriore sesta sezione composta di 5 domande sull'impatto del COVID-19 sulla vita quotidiana e sui programmi di prevenzione di IST/HIV. Tutte le 36 domande erano a scelta multipla, ma 21 di esse avevano una possibile risposta aperta all'opzione "altro". Il questionario è stato somministrato in swahili da operatori sul campo (*community health volunteers* - coinvolti nelle attività del progetto), formati da ricercatori locali in collaborazione con supervisor in Italia (a distanza) e a Nairobi, insieme ai partner del progetto in Kenya.

I ricercatori locali hanno coordinato e supportato gli addetti all'indagine in tutte le fasi di attuazione dell'indagine. La raccolta dei dati è stata anonima e confidenziale. (In allegato 2 il questionario).

## Definizioni e analisi statistica

- **Test/servizio porta a porta** nella comunità (*door-to-door testing*): strategia di somministrazione dei test diagnostici che prevede che un consulente per i servizi di test per HIV (*HIV Testing and Services - HTS*) si rechi di casa in casa all'interno dell'area di interesse, accompagnato da un operatore sanitario di comunità.
- **Outreach testing** nella comunità: erogazione di visite mediche gratuite e gestione clinica generale a costo zero da parte degli operatori sanitari che raggiungono hotspot di popolazioni chiave dopo la mappatura del territorio.

- **Inreach testing** nella comunità: organizzazione di un centro di salute pubblica volto a catturare la popolazione non raggiungibile nei giorni feriali, con aperture nei fine settimana o nei giorni festivi, quando le strutture sanitarie sono chiuse al pubblico.

Nell'analisi dei dati, il livello di istruzione è stato classificato in due gruppi: istruzione bassa (scuola primaria e corsi di formazione tecnico-professionale - TVET) e istruzione alta (scuola secondaria o istruzione superiore).

È stata condotta una prima analisi descrittiva su tutti gli item inclusi nel questionario. Le variabili continue sono state espresse attraverso valore mediano e range di valori, mentre le variabili categoriche sono state espresse attraverso proporzioni. Le differenze nelle proporzioni tra i gruppi sono state valutate mediante il test statistico del Chi quadrato o con il test di Fisher, ove appropriato. I valori  $p^2 < 0,05$  sono stati considerati statisticamente significativi. Tutte le analisi sono state eseguite con STATA versione 16 (StataCorp LLC 4905 Lakeway Drive College Station, Texas, USA).

---

2 Il termine p-value sta ad indicare un valore di probabilità. Più concretamente esso indica la probabilità che quanto stiamo sostenendo (es. due proporzioni sono significativamente diverse) sia corretto con un piccolo margine di errore (in questo caso si sceglie una probabilità di errore accettabile inferiore al 5%). In altri termini, il valore p aiuta a capire se una differenza osservata (es. sulla distribuzione per stato civile in maschi e femmine) è dovuta alla casualità introdotta dal campionamento, oppure se tale differenza è statisticamente significativa, cioè difficilmente spiegabile mediante la casualità dovuta al campionamento.

# Risultati

I risultati emersi dall'analisi dei questionari sono stati discussi con i ricercatori locali. I loro contributi, riportati ed evidenziati attraverso riquadri, sono necessari al fine di inserire i dati raccolti nel contesto delle aree d'intervento.

## Studio della popolazione

Gli intervistati (in totale 1.054) avevano una età media di 22 anni (range 13-40); il 56% era rappresentato da donne. Del campione, il 48,3% erano giovani che vivevano nella comunità, il 23% studenti, mentre il 5% aveva seguito un corso di formazione tecnico-professionale (Technical and Vocational Education and Training - TVET), il 16,8% erano giovani madri e il 6,9% persone che fanno uso di droghe. Per quanto riguarda lo *stato civile*, tra coloro che hanno risposto a questa domanda (meno del 30%), il 19% era sposato mentre l'8% separato. Rispetto all'*occupazione*, il 32,2% riferiva di essere studente, senza significative differenze tra maschi e femmine. Un divario degno di nota emerge invece alla voce "*disoccupati*" (32,9%) dove il maggior numero sono donne (217 femmine contro 129 maschi).

*In Kenya la maggior parte della comunità crede che siano gli uomini a dover provvedere alla famiglia. Da qui la differenza nei disoccupati. Inoltre la maggior parte di coloro che abbandonano la scuola sono normalmente donne, principalmente a causa di gravidanze precoci.*

Le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati sono riportate nella seguente tabella:

Tabella 1 – Caratteristiche sociodemografiche degli intervistati.

|   | Genere            |                   |                      | p-value |
|---|-------------------|-------------------|----------------------|---------|
|   | Maschio           | Femmina           | Totale               |         |
|   | N (%)             | N (%)             | N (%)                |         |
| <b>Età</b>                                    |                   |                   |                      |         |
| 13-19   | 116 (26,3)        | 171 (30,8)        | 287 (28,8)           | 0,291   |
| 20-24   | 229 (51,9)        | 273 (49,2)        | 502 (50,4)           |         |
| 25-40   | 96 (21,8)         | 111 (20,0)        | 207 (20,8)           |         |
| <b>Popolazione</b>                            |                   |                   |                      |         |
| Studenti                                      | 117 (25,2)        | 125 (21,4)        | 242 (23,0)           | <0,001  |
| Persone che fanno uso di droghe               | 51 (11,0)         | 21 (3,6)          | 72 (6,9)             |         |
| Giovani che vivono all'interno della comunità | 268 (57,6)        | 239 (40,9)        | 507 (48,3)           |         |
| Giovani madri                                 | -                 | 176 (30,1)        | 176 (16,8)           |         |
| TVET  | 29 (6,2)          | 24 (4,1)          | 53 (5,0)             |         |
| <b>Livello di istruzione</b>                  |                   |                   |                      |         |
| Nessuna                                       | 18 (3,8)          | 16 (2,7)          | 34 (3,2)             | 0,242   |
| Scuola Primaria                               | 75 (16,0)         | 124 (21,2)        | 199 (18,9)           |         |
| Scuola Secondaria                             | 254 (54,3)        | 304 (52,0)        | 558 (53,0)           |         |
| Istruzione Superiore                          | 111 (23,7)        | 127 (21,7)        | 238 (22,6)           |         |
| Corsi di istruzione per Adulti                | 10 (2,1)          | 14 (2,4)          | 24 (2,3)             |         |
| <b>Stato civile</b>                           |                   |                   |                      |         |
| Sposato                                       | 74 (16,0)         | 132 (22,7)        | 206 (19,7)           | <0,001  |
| Mai sposato                                   | 362 (78,4)        | 382 (65,8)        | 744 (71,3)           |         |
| Separato                                      | 24 (5,2)          | 62 (10,7)         | 86 (8,2)             |         |
| Vedovo  | 2 (0,4)           | 5 (0,9)           | 7 (0,7)              |         |
| <b>Occupazione</b>                            |                   |                   |                      |         |
| Studente                                      | 159 (34,0)        | 180 (30,8)        | 339 (32,2)           | 0,039   |
| Lavoratore saltuario                          | 82 (17,6)         | 80 (13,7)         | 162 (15,4)           |         |
| Impiegato                                     | 24 (5,1)          | 26 (4,4)          | 50 (4,7)             |         |
| Contadino                                     | 2 (0,4)           | 4 (0,7)           | 6 (0,6)              |         |
| Disoccupato                                   | 129 (27,6)        | 217 (37,1)        | 346 (32,9)           |         |
| Lavoratore autonomo                           | 71 (15,2)         | 78 (13,3)         | 149 (14,2)           |         |
| <b>Totale</b>                                 | <b>468 (44,4)</b> | <b>586 (55,6)</b> | <b>1.054 (100,0)</b> |         |

## Conoscenza su IST/HIV/AIDS

Per quanto riguarda la conoscenza in materia di IST/HIV/AIDS, il 96% dei giovani in età riproduttiva riporta di aver sentito parlare di HIV e AIDS, senza differenze statisticamente significative per sesso o per tipologia di popolazione. Il 78% riferisce di essere informato in merito alle complicità delle infezioni a trasmissione sessuale, con un maggior grado di conoscenza da parte delle donne, in particolare studenti o con una formazione tecnico-professionale (TVET) e giovani madri.

Tuttavia, nonostante questa risposta, davanti a domande più specifiche, molti intervistati non sono stati in grado di riconoscere la maggior parte delle complicità: solo la metà degli intervistati ha risposto *infertilità, complicazioni della gravidanza e dolori pelvici*; solo il 29% sa che all'infezione da HPV (Papillomavirus umano) può conseguire un tumore.

*È ancora un tabù parlare di IST, HIV e AIDS e delle possibili complicità, pertanto a tale proposito, ancora oggi manca un'adeguata informazione e sensibilizzazione. I co-ricercatori riferiscono anche che, spesso, la mancanza di fiducia e di un buon rapporto tra giovani e operatori sanitari è alla base del mancato accesso alle informazioni.*

Le principali fonti di informazione su HIV e IST sono risultate essere i social media (44,8%), seguiti da TV (39,3%), scuola (38,9%), famiglia/amici (34,7%) e radio (34,6%). Meno frequentemente sono stati riportati i corsi di formazione (27%) e pochissimi intervistati hanno riferito di essersi rivolti ai leader religiosi come fonte di informazione (6,4%). Non si sono osservate differenze significative in base al sesso, mentre un'istruzione superiore è stata associata a un uso maggiore dei social media, della scuola e di altri corsi di formazione come fonte.

È interessante notare che rivolgersi ai leader religiosi non è associato a un'istruzione inferiore, ma è frequente nel gruppo delle persone con una formazione tecnico-professionale (TVET) (13,2%).

*La maggior parte dei corsi di formazione tecnico-professionale (TVET) sono organizzati dalle chiese della comunità, il che spiega perché le persone che hanno ricevuto questo tipo di formazione si rivolgono più frequentemente ai leader religiosi.*

## Comportamenti adottati per la prevenzione

Dai questionari è emerso che, sebbene il 93,7% abbia riferito di sapere come proteggersi dall'infezione da HIV (il 60,9% riconosce come efficace l'uso del preservativo maschile, il 38,5% l'astinenza, il 32,3% la fedeltà al partner, il 22,8% il preservativo femminile e il 12,7% la PrEP/PEP<sup>3</sup>), più della metà del campione (51,6%) ha riferito di essere stato coinvolto in comportamenti a rischio. In particolare questo è più frequente tra i maschi, le persone che fanno uso di droghe e i soggetti con un basso livello di istruzione. Ciò suggerisce la necessità di fornire non solo un'educazione "passiva" basata sulla mera diffusione di informazioni teoriche, ma anche un'educazione che coinvolga attivamente la popolazione e che sia adatta a situazioni reali.

La ragione più frequentemente riportata per aver assunto comportamenti a rischio è rappresentata da povertà e disoccupazione (41,1%). Seguono poi la vergogna nel chiedere al partner di usare il preservativo o la paura di perdere il partner o di subire violenza da parte di questo (23,6%), la difficoltà nel reperire i preservativi (18,8%) e il disagio dato dall'uso dello stesso (14,5%). Solo il 2,4% ha attribuito la responsabilità del proprio comportamento all'influenza dei coetanei.

È interessante anche notare che, parallelamente, il 20% degli intervistati ha ammesso di non essere stato consapevole del fatto che il proprio comportamento fosse stato a rischio di infezione da HIV. Inoltre, quando è stato chiesto di identificare i comportamenti più rischiosi, solo il 64,5% ha indicato i rapporti sessuali non protetti; il 53,1% l'aver diversi partner sessuali e solo il 27,9% considera un comportamento a rischio l'uso di droghe. Pochi hanno riconosciuto i rapporti anali (15,5%) e i rapporti sessuali tra uomini (14,2%), ancor meno la trasmissione da madre a figlio (14,2%); solo lo 0,5% ha indicato le trasfusioni come possibile fattore di rischio.

<sup>3</sup> La profilassi pre-esposizione (PrEP) consiste nel prendere farmaci anti-HIV da parte di persone HIV-negative, che hanno un rischio di contrarre l'HIV. Questa terapia riduce sensibilmente il rischio di diventare sieropositivi.

La PEP o profilassi post-esposizione consiste invece nel prendere tre farmaci contro l'HIV entro poche ore da un episodio a rischio di infezione per evitare di contrarre il virus.

Tabella 2 – Frequenze assolute e relative dei comportamenti a rischio riportati dagli intervistati.

|   | N   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Hai mai avuto un comportamento a rischio?</b>                |     |      |
| Sì  | 543 | 51,6 |
| No  | 456 | 43,3 |
| Nessuna risposta  | 54  | 5,1  |
| <b>Sai come proteggerti dalle IST e dall'HIV/AIDS?</b>          |     |      |
| Sì  | 988 | 93,7 |
| No  | 40  | 3,8  |
| Nessuna risposta  | 26  | 2,5  |
| <b>Se "sì", quale usi?</b>                                      |     |      |
| Preservativo maschile   | 602 | 60,9 |
| Astinenza   | 380 | 38,5 |
| Fedeltà a un solo partner                                       | 319 | 32,3 |
| Preservativo femminile  | 225 | 22,8 |
| PREP/PEP  | 125 | 12,6 |
| <b>Usi sempre il preservativo quando hai rapporti sessuali?</b> |     |      |
| Sì  | 441 | 41,9 |
| No  | 473 | 45,0 |
| Nessuna risposta  | 138 | 13,1 |

Per quanto riguarda l'uso del preservativo, come mostrato dalla tabella 2, il 45% ha riferito di non usarlo sempre durante i rapporti sessuali. Tra questi, il 39,3% ha addotto come motivazione il fatto che il preservativo rende il rapporto meno piacevole; per 34,2% l'uso del preservativo può trasmettere un senso di infedeltà; il 25,8% ha riferito vergogna, disagio e timore di essere stigmatizzati da farmacisti o operatori sanitari al momento dell'acquisto; il 14,8% ha affermato che i preservativi non sono facilmente reperibili e il 6,6% che il costo è elevato. Solo il 4,9% ha riferito di essere stato influenzato da leader religiosi. Nel complesso, sebbene il 61% consideri l'uso del preservativo un importante strumento di protezione, è sorprendente vedere come nel concreto meno della metà degli intervistati lo usi. Pertanto, oltre a concentrarsi sulle persone che non hanno ricevuto nessuna forma di istruzione sessuale, è fondamentale rivolgersi anche a chi, pur essendo informato, si espone a comportamenti rischiosi.

Per quanto riguarda lo stigma nei confronti delle persone affette da HIV/AIDS, l'84,3% le ha ritenute "persone normali", mentre il 5,3% ha attribuito loro la colpa di aver contratto l'infezione. Analizzando la percezione che gli intervistati hanno delle persone sieropositive, è emersa ancora una volta una parziale ignoranza in tema di modalità di trasmissione: il 3,2% ha affermato che non si possono condividere utensili, bicchieri e posate o il letto con le persone che convivono con l'infezione; il 2,2% riteneva che non potessero avere figli.



Kenya, Nairobi – Foto MMI

### Conoscenza e accesso ai test e alle cure per IST/HIV/AIDS

La maggioranza degli intervistati (95,7%) ha riferito di sapere dove farsi visitare e curare in caso di IST/HIV/AIDS. Tra questi, il 69,5% ha affermato che, in caso di bisogno, si rivolgerebbe agli ospedali e alle cliniche pubbliche; il 56,3% ai centri di counselling e test volontari (VCT - Voluntary counselling and testing) e il 23,4% ai servizi privati. Solo il 16,4% cercherebbe aiuto presso gli Youth Friendly Centres (YFC).

Solo il 39,8% era a conoscenza dell'esistenza di trattamenti efficaci per l'HIV/AIDS. Vale la pena notare che questo risultato era indipendente dal livello di istruzione degli intervistati. Tuttavia, in caso di infezione, l'88% assumerebbe farmaci forniti da ospedali e cliniche, il 7,2% si recherebbe in farmacia, mentre il 3,8% si affiderebbe all'automedicazione. Si noti inoltre che il 2,6% si rivolgerebbe ai leader religiosi e lo 0,6% ricorrerebbe alla medicina tradizionale.

Il 7% ha risposto che si toglierebbe la vita in caso di sieropositività. Solo lo 0,9% ricorrerebbe al counselling e al sostegno psicologico e sociale: ricordiamo che questi servizi sono essenziali per sostenere e inserire efficacemente nel percorso di cura la persona che ha contratto l'infezione, rafforzarli o pubblicizzarli maggiormente potrebbe essere una risorsa in più per intervenire su alcuni punti critici evidenziati dal questionario come identificare e prevenire comportamenti a rischio, stabilire un rapporto di fiducia reciproca in cui il paziente possa sentire rispettata la sua privacy, informare sulla disponibilità di cure efficaci e sulla possibilità di condurre una vita normale.

Tabella 3 – Frequenze assolute e relative delle barriere all'accesso ai servizi sanitari riportati dagli intervistati.

| <b>Perché i giovani hanno difficoltà ad accedere ai test e ai trattamenti per l'HIV e IST negli ospedali e nelle cliniche?</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Mancanza di privacy (paura di imbattersi in qualcuno che si conosce)   | 503      | 47,7     |
| Atteggiamento degli operatori sanitari   | 361      | 34,3     |
| Lunghe code negli ospedali e nelle cliniche  | 310      | 29,4     |
| Mancanza di informazioni   | 205      | 19,4     |
| Le strutture sono lontane/costo dei trasporti  | 71       | 6,7      |
| Paura di scoprire di essere positivo   | 30       | 2,8      |
| Servizi troppo costosi   | 27       | 2,6      |
| Stigma, discriminazione, pressione dei pari  | 19       | 1,8      |
| Altri motivi   | 17       | 1,6      |

Uno dei principali problemi nel sottoporsi al test e assumere una terapia adeguata sembra essere la mancanza di privacy e la mancanza di riservatezza da parte del personale incaricato, mentre stigma e discriminazione sembrano essere marginali, essendo riportati solo dall'1,8%.

Per quanto riguarda il costo dei test, le persone hanno riferito una media di 500 scellini kenioti (KSh) per l'HIV (range variabile tra 20-5.000 scellini) e di 200 KSh (range variabile tra 20-10.000) per le IST. In euro, il costo medio del test per l'HIV è di circa € 4,00, mentre quello per le IST costa € 1,59.

*Il salario medio in Kenya è di circa 5.000 KSh al mese (corrispondente a poco meno di 40 euro). Esempi di alcuni lavori comunemente svolti dalla popolazione includono: vendita di acqua, vendita di cibo sulla strada, lavori domestici, lavaggio di vestiti.*

*Si sottolinea che il Sistema Sanitario Nazionale offre test gratuiti e pertanto è necessario informare la popolazione su questa possibilità, dal momento che nessuno era a conoscenza della gratuità del test.*

*Per quanto riguarda il costo dei test per l'HIV, nel settore privato, se il governo partecipa fornendo i kit, la cifra varia dai 100 ai 500 KSh, mentre se la clinica privata acquista autonomamente il kit, il prezzo non è regolamentato e può raggiungere anche 5.000 KSh, ovvero uno stipendio medio mensile.*

*Nelle strutture sanitarie pubbliche, invece, il test per l'HIV e la terapia aniretrovirale - ART sono gratuiti. Tuttavia, succede che molti pazienti abbiano anche infezioni opportunistiche e, prima di poter iniziare la terapia antiretrovirale, necessitano di eseguire altri test che sono a pagamento. Inoltre alcuni di questi test non sono disponibili nelle strutture pubbliche, il che costringe le persone a rivolgersi ai laboratori privati, le cui tariffe variano in base alla zona (aree urbane e baraccopoli). Sempre a proposito delle infezioni opportunistiche, i medicinali necessari sarebbero gratuiti nelle strutture governative, ma la maggior parte di questi non sono disponibili e devono pertanto essere acquistati dai fornitori privati.*

Per quanto riguarda la frequenza del test, il 68,9% degli intervistati ha risposto di ritenere opportuno il sottoporsi regolarmente; il 31,3% solo dopo aver assunto un comportamento a rischio; il 12,8% prima di iniziare una relazione stabile; l'8,1% ha sostenuto che sia necessario testarsi solo in caso di insorgenza di sintomi o, secondo il 4,5%, solo prima di avere figli.

Tabella 4 – Frequenze assolute e relative delle strategie più efficaci per migliorare l'accesso alle cure secondo gli intervistati.

| <b>Cosa renderebbe più facile l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura?</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Servizio porta a porta nelle comunità   | 507      | 48,1     |
| Test di sensibilizzazione nella comunità  | 379      | 36,0     |
| Più centri giovanili  | 342      | 32,4     |
| Kit di auto-test  | 257      | 24,4     |
| In-reach test nella comunità  | 139      | 13,2     |
| Test a scuola   | 115      | 10,9     |
| Incentivo al pagamento delle spese di trasporto   | 38       | 3,6      |
| Counselling e pubblicità  | 11       | 1,0      |
| Tutti i servizi devono essere gratuiti  | 2        | 0,2      |
| Altro   | 10       | 0,9      |

Le strategie più efficaci per facilitare l'accesso ai servizi sono risultate essere l'implementazione di test porta-a-porta (48%) e l'outreach testing (vedi definizione nel riquadro sottostante, 36%), seguono l'aumento del numero di Youth Friendly Centres (32,4%), la fornitura di kit per l'auto-diagnosi (24%) e l'inreach testing (vedi definizione nel riquadro sottostante, 13,2%). Solo una percentuale minima (1,0%) ha riportato che il counselling e la pubblicizzazione dei servizi esistenti possano essere utili. Queste potrebbero invece essere importanti occasioni per contrastare lo stigma sociale e far conoscere i luoghi e le diverse possibilità esistenti per sottoporsi al test. Sembra che le strategie di prossimità siano il modo più efficace per garantire il sostegno nel rispetto della privacy delle persone. D'altra parte, sembra che, da questo punto di vista, i servizi gratuiti non siano un incentivo (0,2%).

Il **test door-to-door** è eseguito presso le abitazioni private. Questo servizio consente di incrementare lo screening per l'HIV e notificare l'infezione al partner. Esiste infatti un servizio porta-a-porta / door-to-door (partner notification services - PNS) offerto al paziente sieropositivo che necessita di supporto per comunicare al partner il proprio stato di salute. Ciò consente al tempo stesso di valutare se anche l'altra persona ha contratto il virus. Nel rispetto della privacy e del consenso del paziente, un consulente ai servizi di test HIV (HTS - HIV Testing and Service) si reca al domicilio indicato, accompagnato da un operatore sanitario della comunità di riferimento, per rendere più facile la localizzazione della casa e l'interazione interpersonale.



Babadogo Health Center - Foto MMI

Per quanto riguarda i Servizi di Sanità di Prossimità (**outreach services**), questi sono realizzati in un'area in cui è probabile che si verifichi un maggior numero di nuove infezioni da HIV. Potrebbe ad esempio trattarsi di una zona dove è stata messa in evidenza la presenza di una popolazione chiave. Per raggiungere questa popolazione gli operatori sanitari si organizzano per offrire gratuitamente controlli medici di screening per HIV e altre IST, pianificazione familiare, PrEP, PEP e valutazioni di altre comorbidità.

L'**inreach testing** è invece un servizio aggiuntivo realizzato nel contesto di un centro sanitario pubblico, per intercettare la popolazione che non può essere raggiunta durante i giorni della settimana e durante i normali orari di servizio.

## Atteggiamento degli operatori sanitari

Più della metà degli intervistati (55,1%) ha riferito che l'atteggiamento degli operatori sanitari nei confronti dei giovani che si rivolgono a loro per consulenza, test e trattamento di IST/HIV/AIDS, è inadeguato. I motivi più frequenti sono: il porre troppe domande (24,2%), l'attitudine giudicante (23,2%), la scortesia e l'essere poco amichevoli (22,7%), non mantenere la riservatezza (18,2%).

Tabella 5 – Frequenze assolute e relative dei suggerimenti dati per adattare ai giovani i servizi sanitari.

| <b>Ha qualche suggerimento per migliorare l'atteggiamento degli operatori sanitari/centri giovanili?</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Training   | 710      | 67,4     |
| Assunzione di personale più giovane  | 293      | 27,8     |
| Passibilità di crediti ECM nei centri  | 139      | 13,2     |
| Presenza di persone HIV/MST positive nel centro  | 128      | 12,1     |
| Altro  | 36       | 3,4      |
| Nessuna risposta   | 17       | 1,6      |

Una formazione specifica (training) è stata riconosciuta come una strategia chiave per migliorare il rapporto tra operatori e utenti. Inoltre, secondo circa il 30% degli intervistati sarebbe utile assumere personale più giovane, mentre la presenza di persone sieropositive nel centro non è stata riconosciuta come particolarmente efficace (12,1%), sebbene l'integrazione di servizi peer-to-peer aiuterebbe a combattere lo stigma, favorendo l'integrazione sociale.

## Youth Friendly Centres (YFC)

Il 54,5% degli intervistati ha riferito di conoscere gli Youth Friendly Centres (centri attenti ai bisogni dei giovani) della propria zona. Tuttavia, il 57,4% ha dichiarato di non esserci mai stato e di questi il 55% non era neanche a conoscenza dell'esistenza di questi luoghi. Secondo il 18,9% non ci sono abbastanza YFC nella zona; il 16,6% ha riferito un problema di accessibilità legato alla lontananza dalla propria abitazione. Alla domanda relativa alla necessità di incrementare gli YFC, il 90,3% ha risposto affermativamente, contro il 4,6% di risposte negative.

## Cos'è uno Youth Friendly Centre?

Le caratteristiche degli Youth Friendly Centres sono definite dalle linee guida nazionali per la fornitura di servizi a favore dei giovani, indicate dal Ministero della Salute keniana nel 2005 (National Guidelines for Provision of Adolescent Youth-Friendly Services (YFS) In Kenya, Ministry of Health, Division of Reproductive Health, July 2005) [17]. Tali strutture devono, prima di tutto, avere orari compatibili con le esigenze dei giovani. Avere luoghi aperti in corrispondenza del tempo libero è fondamentale per motivare la popolazione giovane a rivolgersi al servizio. Molti ragazzi sono a scuola o impegnati in altre attività per la maggior parte della giornata e non frequentano gli YFC a meno che non si tratti di un'emergenza. Le strutture che offrono servizi ai giovani dovrebbero quindi prevedere orari di apertura nel tardo pomeriggio, dopo la scuola o dopo il lavoro, nel fine settimana o durante i periodi di vacanza.

Un altro aspetto fondamentale che gli YFC devono soddisfare è il confort della location. Questa deve fornire un'adeguata privacy per impedire che il timore di essere visti da familiari, amici o vicini di casa possa essere un deterrente all'accesso al servizio. Allo stesso tempo, gli YFC dovrebbero essere situati in luoghi facili da raggiungere tali da non richiedere un lungo tempo di percorrenza, né l'uso di mezzi di trasporto (che può gravare sul costo del servizio).

Il Ministero della Salute indica anche che dovrebbero essere presenti aree dove l'informazione, l'educazione e la comunicazione sulla salute possano avvenire secondo modalità adatte ai ragazzi, avvalendosi ad esempio di opuscoli, libretti, poster e/o messaggi televisivi. A tale scopo, suggerisce anche di tenere in considerazione il fatto che i giovani sono attratti da una struttura confortevole, dotata di posti a sedere comodi e sufficienti. Un ambiente informale, reso accogliente dalla presenza, ad esempio, di tavoli da biliardo e altre postazioni di gioco, arricchito con poster e libri, facendo sentire i giovani a proprio agio, può incoraggiarli ad aprirsi e cercare aiuto. Infine, in tali centri, dovrebbe essere assunto personale adeguatamente formato e sensibile alle preoccupazioni dei ragazzi. Andrebbero preferiti dipendenti e volontari coetanei agli utenti, così da creare un'atmosfera più informale.

Chiaramente, i centri già esistenti devono essere più ampiamente promossi, creando maggiore consapevolezza non solo sulla loro ubicazione, ma anche sui servizi offerti (counselling, informazione, istruzione, test e cure).

I motivi per cui il 58,1% afferma di preferire i Centri Sanitari agli YFC sono principalmente la gratuità dei primi (54,5%), la presenza di personale più professionale (41,4%) e la maggiore accessibilità in termini di distanza (26,2%). Per il 41,5% degli intervistati che preferisce gli YFC, le ragioni riportate sono state la maggiore adeguatezza alle esigenze dei giovani (55,7%) e la presenza di personale più amichevole, più riservato (48,4%) e meno giudicante (32,1%).

### **Attività di formazione/educazione sulla salute sessuale e riproduttiva, IST/HIV**

Solo il 53,3% degli intervistati ha riferito di aver partecipato ad attività di educazione sessuale e di formazione in merito a IST/HIV. Tra questi, il 20,9% l'ha ricevuta a scuola, l'11,3% presso ONG e il 5,2% in chiesa.

Vale la pena notare che, sebbene il 97% del campione abbia un qualche livello di istruzione, tra coloro che hanno partecipato a corsi di formazione (50%), solo il 20% l'ha fatto a scuola. Ancora più interessante, esaminando i diversi livelli di istruzione, è notare che gli appartenenti al gruppo "bassa istruzione" hanno preso parte a un'attività educativa nel 51,9% dei casi rispetto al 65,4% di quelli appartenenti al gruppo "alta istruzione". Questo potrebbe significare che la formazione sulla salute sessuale e riproduttiva si svolga principalmente nel contesto di livelli di istruzione più avanzati (cioè scuola secondaria e superiore). Tra le principali ragioni per non aver partecipato ad attività formative sul tema, la più comune è stata quella di non esserne a conoscenza (54,4%), seguita dalla mancanza di accessibilità (6,7% + 4,2% "distanza geografica"), dall'essere stati esclusi (6,7%) e dalla mancanza di tempo (6,3%).

Nel complesso appare evidente la necessità di introdurre nelle scuole un maggior numero di attività educative e/o diffondere maggiormente le informazioni relative a quelle già previste, prestando particolare attenzione alla partecipazione di studenti appartenenti ai livelli di istruzione più bassi. L'importanza di interventi del genere trova riscontro nel fatto che, tra coloro che hanno partecipato a un'attività formativa, il 76,4% ha dichiarato di aver ricevuto un'educazione sessuale e riproduttiva e il 32,2% di aver acquisito informazioni utili sulla pianificazione familiare, seguiti dall'aver ricevuto assorbenti igienici (26,5%) e/o incentivi finanziari (15,9%).

### **Covid-19**

Tra gli intervistati, la grande maggioranza (98,2%) ha riferito di aver sentito parlare di COVID-19 e il 98,8% ha riferito di sapere come prevenire l'infezione. A questo scopo, le modalità più frequentemente riportate sono state: indossare la mascherina (92,7%), lavarsi le mani (88%), usare un disinfettante per le mani (75,2%), astenersi da strette di mano e abbracci (58,3%) e mantenere una distanza di almeno 1 metro da altre persone (56,8%). Tuttavia, 5 soggetti hanno anche indicato come strategie preventive il bere acqua, mangiare limone o aglio e il pregare.

Le principali conseguenze che la pandemia da COVID-19 ha avuto sui giovani sembrano essere state la perdita del lavoro e la povertà (75,8%), l'abbandono della scuola (43,8%), la gravidanza (37,6%), la violenza domestica (29,4%) e la mancanza di cibo (28,1%). Il 21,1% degli intervistati ha dichiarato di essere stato coinvolto in un maggior numero di rapporti sessuali in cambio di denaro (il che si collega per le ragazze alla conseguenza menzionata sopra riguardo alle gravidanze) e il 9,2% ha riferito l'interruzione del trattamento di malattie e delle vaccinazioni. Dunque, emerge un forte impatto indiretto della pandemia, derivante non solo dal contagio in sé, ma anche dalle misure adottate per contenere la diffusione del virus, prima fra tutte il lockdown.

Per quanto riguarda la mancanza di accesso agli ospedali e alle cliniche per la diagnosi, la consulenza e il trattamento di IST/HIV, il 57,4% ha riportato che la pandemia ha impattato negativamente sul proprio percorso, attraverso i meccanismi illustrati dalla seguente tabella:

Tabella 6 – Fattori che hanno ridotto l'accesso ai servizi sanitari durante le prime fasi della pandemia Covid-19

|  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <i>Paura di contrarre il Covid-19 nelle strutture/centri sanitari</i>  | 259      | 43,3     |
| <i>Limitazione delle persone che accedono agli ospedali in quanto accolgono solo piccoli numeri</i>  | 237      | 39,6     |
| <i>Non è consentito l'accesso a chi non indossa la mascherina (costo della mascherina)</i>   | 224      | 37,5     |
| <i>Interrotto l'accesso ai servizi sanitari/strutture sanitarie</i>  | 204      | 34,1     |
| <i>Paura di essere sottoposti al test per il Covid-19</i>  | 182      | 30,4     |
| <i>I farmaci sono stati ridotti / i pazienti hanno discontinuato la terapia</i>  | 181      | 30,3     |
| <i>Centri sanitari che hanno chiuso la maggior parte delle unità di cura, riducendo quindi l'accessibilità della maggior parte dei trattamenti</i> | 109      | 18,2     |
| <i>Altro</i>   | 4        | 0,7      |

Per quanto riguarda la partecipazione alle attività degli Youth Friendly Centres, il 74,1% degli intervistati ha riferito di essere stato condizionato dal COVID-19 (vedi tabella):

Tabella 7 – Fattori che hanno ridotto l'accesso agli YFC durante le prime fasi della pandemia Covid-19.

|  | N   | %    |
|--|-----|------|
| <i>I centri sono stati chiusi</i>  | 408 | 53,1 |
| <i>Paura di contrarre il Covid-19 nei Youth Friendly Center</i>                            | 330 | 42,9 |
| <i>Paura di essere sottoposti al test per il Covid-19</i>                                  | 302 | 39,3 |
| <i>Non è consentito l'accesso a chi non indossa la mascherina (costo della mascherina)</i> | 279 | 36,3 |
| <i>Le attività erano online e non potevo avere accesso/nessuna attività sociale</i>        | 153 | 19,9 |
| <i>Altro</i>   | 7   | 0,9  |

Infatti, molti centri sono stati chiusi a causa della pandemia.



Nairobi, Kenya - Foto MMI

## Discussione: interpretazione dei risultati

In questo studio, abbiamo sviluppato e utilizzato un questionario per raccogliere informazioni su conoscenze, attitudini, pratiche e possibili interventi riguardanti le infezioni sessualmente trasmesse e l'HIV/AIDS tra giovani, giovani madri e persone che fanno uso di droghe, residenti negli insediamenti informali di Nairobi, Kenya. Il contenuto del questionario si basava sui risultati di una ricerca qualitativa, le discussioni di gruppo (Focus Group Discussions); l'utilizzo del report delle FGD per lo sviluppo dell'indagine presenta numerosi vantaggi, tra cui la possibilità di conoscere il contesto locale e il linguaggio utilizzato dalla popolazione target per formulare domande comprensibili e costruite in maniera mirata sui destinatari [36]. Inoltre, il questionario è stato sviluppato con il costante supporto e partecipazione di collaboratori locali, familiari con l'ambiente in cui è stata svolta la ricerca.

La popolazione dello studio proveniva da una comunità marginalizzata, difficile da raggiungere (sebbene si trovi pur sempre all'interno della capitale del Paese, Nairobi), svantaggiata in termini di determinanti sociali della salute e di accesso ai servizi, e caratterizzata da comportamenti sessuali a rischio diffusi e da un'elevata prevalenza di HIV/AIDS [34, 37, 38]. La popolazione target includeva, più specificamente, gruppi altamente vulnerabili alle infezioni sessualmente trasmesse, come i giovani e le persone che fanno uso di droghe [5, 39, 40]. Questi ultimi, come altre popolazioni chiave, sono spesso criminalizzati ed emarginati, il che li espone a un rischio maggiore di infezione e di esiti negativi di malattia, poiché sono spesso esclusi dai servizi di prevenzione e cura [2, 41]. Anche i servizi di salute riproduttiva rivolti ai giovani sono poco diffusi o non facilmente accessibili in questo contesto, come in molti Paesi africani [9, 42, 43]. Nonostante si trovino in una fase della vita caratterizzata da impulsività, aumento delle relazioni sociali e sviluppo del sé e dell'identità sessuale, gli adolescenti sono spesso trascurati dal sistema sanitario [2, 5, 44, 45].

Tra i giovani, ci sono grandi disuguaglianze a svantaggio delle donne, che subiscono discriminazioni, minori opportunità in termini d'istruzione e salute e difficoltà nell'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, a causa di dannose norme di genere e della violenza di genere, soprattutto nell'area dell'Africa subsahariana, nelle baraccopoli e negli insediamenti informali [2, 46, 47]. Le infezioni sessualmente trasmesse e l'HIV non sono l'unico pericolo per questo gruppo, pertanto, i servizi di salute riproduttiva devono considerare anche altri

problemi sociali e sanitari che i giovani possono dover affrontare, come gravidanze indesiderate, matrimoni forzati precoci e abusi sessuali [48, 49].

In Kenya, il governo ha adottato nel 2003 la *politica per la salute riproduttiva e lo sviluppo degli adolescenti* [50] per rendere i servizi di salute riproduttiva disponibili, accessibili, accettabili e convenienti per i giovani. Successivamente, nel 2005, la Divisione per la Salute Riproduttiva del Ministero della Salute ha pubblicato le linee guida nazionali per la fornitura di programmi di salute riproduttiva rivolti ai giovani (*Youth Friendly Services – YFS*), sulla base delle linee guida dell'OMS [17, 51]. Gli YFS sono definiti dall'OMS come servizi accessibili, accettabili e appropriati per i giovani, in grado di soddisfare le loro esigenze individuali, incluso il mantenimento di orari di apertura convenienti, privacy e riservatezza.

### **Educazione e informazioni rivolte ai giovani**

Un punto di partenza fondamentale per qualsiasi sforzo di prevenzione è fornire alla popolazione giovane informazioni di base su come proteggere sé stessi e i loro partner dal contrarre infezioni sessualmente trasmesse e HIV [13, 52]. Tuttavia, ancora oggi, molti non hanno le conoscenze e le competenze di base per prevenire l'infezione da HIV perché l'accesso a informazioni adeguate continua e essere insufficiente e parallelamente si diffondono e radicano convinzioni e idee non corrette su questi temi [13, 53, 54].

Nel nostro campione, il livello di conoscenza dei partecipanti su IST/HIV/AIDS era eterogeneo. Sebbene la quasi totalità della popolazione da noi intervistata abbia riferito di aver sentito parlare di HIV/AIDS e di essere a conoscenza delle complicazioni e delle vie di trasmissione di IST e HIV, solo una bassa percentuale è poi riuscita correttamente a identificare complicanze e modalità di trasmissione quando gli è stato chiesto specificatamente. Una conoscenza inadeguata della salute sessuale e riproduttiva tra i giovani può contribuire ad aumentare lo stigma nei confronti delle persone affette da IST/HIV/AIDS [54]. Tale stigma nei confronti delle persone sieropositive è stato rilevato anche nel nostro campione e, ad esempio, alcuni intervistati hanno persino affermato che si sarebbero suicidati se diagnosticati positivi. Un quadro simile era già emerso dalle FGD: secondo molti l'infezione è considerata una sorta di maledizione e pertanto le persone sieropositive in qualche modo si erano meritate la propria condizione. Come emerso dalla nostra ricerca, una delle conseguenze di tale

stigmatizzazione è che le persone evitano di sottoporsi al test proprio per il timore di risultare positive e quindi essere isolate. Allo stesso modo, evitano di parlare ai loro partner del proprio stato di salute per paura di essere lasciate o subire abusi fisici. Lo stigma, una fragile rete di supporto sociale e relazioni affettive deboli contribuiscono a ritardare il momento del test, e ciò è noto in letteratura [55].

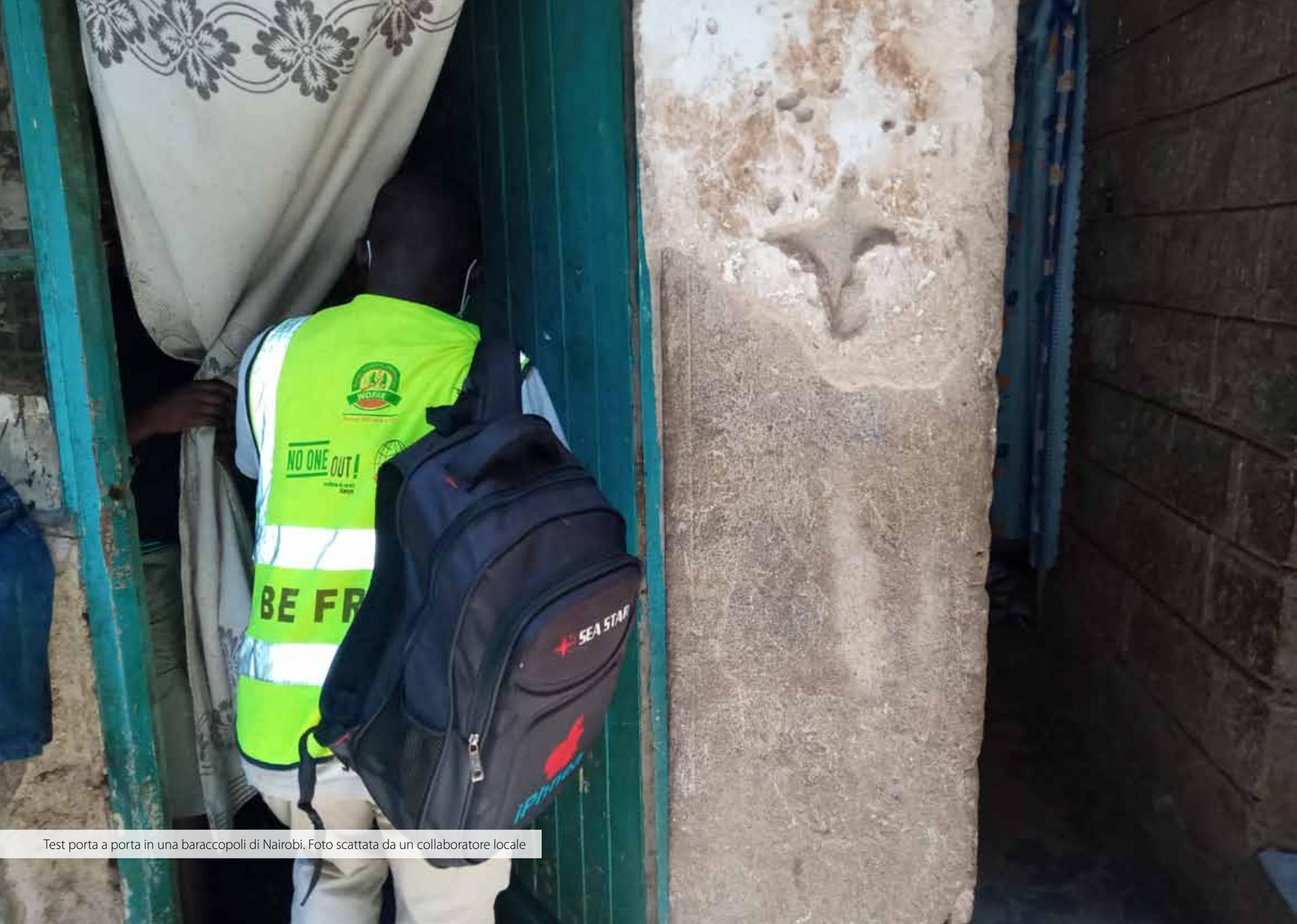
Alla luce di ciò e dato l'insufficiente livello di informazione mostrato dai partecipanti allo studio, è necessario attuare o migliorare gli interventi educativi. L'educazione sessuale completa, con un approccio sensibile alle differenze di genere, adatta all'età e al contesto culturale è infatti una componente chiave della prevenzione e dell'empowerment di adolescenti e giovani [2], mentre non conoscere i comportamenti a rischio e le relative conseguenze è un ulteriore ostacolo alla prevenzione e all'accesso ai servizi sanitari [52].

Per quanto riguarda le fonti di informazione, nonostante le differenze significative legate al livello di istruzione, social media e TV sono risultate essere le più rilevanti del nostro campione. Mentre è nota l'efficacia di TV e radio come strumenti utili a influenzare il comportamento correlato all'HIV/AIDS tra i giovani nei Paesi a medio e basso reddito [13], sono ancora scarse le prove sull'impatto degli interventi veicolati attraverso i social media in questi stessi contesti [56]. Tuttavia, man mano che la diffusione dei social media aumenta [57], il loro potenziale anche in questi paesi è innegabile [58]: attraverso interventi altamente convenienti dal punto di vista economico, è possibile fornire supporto psico-sociale, creare coinvolgimento della comunità, pubblicizzare maggiormente l'importanza e la disponibilità dei test e dei servizi correlati all'HIV/AIDS e promuovere il cambiamento del comportamento come la diffusione dell'uso del preservativo [59]. Il potere dei social media sta nella possibilità di coinvolgere gli individui ad alto rischio molto stigmatizzati e discriminati collegandoli e creando comunità virtuali [60, 61].

Un ruolo chiave nell'educazione alla salute riproduttiva, soprattutto nei Paesi a medio e basso reddito, deve essere svolto dalle scuole, perché in grado di offrire informazioni complete e interventi strutturati a un'importante fetta della popolazione giovanile, intercettandola prima o intorno al momento in cui inizia l'attività sessuale, a differenza di altre iniziative, che spesso sono frammentarie e sporadiche [13, 52, 62]. Nel nostro campione, solo il 38,9% ha riferito di aver ricevuto informazioni sull'argomento a scuola e si trattava principalmente d'intervistati con un livello d'istruzione superiore. Probabilmente corsi o occasioni di

formazione in merito sono previsti tardivamente nel curriculum scolastico, sebbene, per essere efficace, l'educazione sessuale e riproduttiva dovrebbe tenersi prima dell'inizio dell'attività sessuale, cosicché i giovani possano arrivare a quel momento più consapevoli. Dalle discussioni di gruppo che hanno preceduto il questionario, è emerso che alcuni avevano partecipato ad attività formative organizzate anche al di fuori della scuola. Tuttavia, due erano i principali limiti riscontrati in queste attività: 1) venivano affrontati solo argomenti di salute generale senza approfondire i dettagli della salute sessuale e riproduttiva, 2) i partecipanti erano selezionati in base all'età (cioè 12-16 anni), escludendo quindi la restante maggior parte dei giovani. Inoltre, dai questionari, è emerso che un'alta percentuale di persone coinvolte in comportamenti a rischio, era costituita da donne e intervistati con un'istruzione inferiore, pertanto risulta necessario non solo aumentare il numero dei corsi di educazione sessuale, ma anche renderli più inclusivi per genere, età e grado di scuola frequentato.

I nostri risultati sono coerenti con studi precedenti, in Africa e in Kenya [63, 64]: sebbene molti sappiano almeno in teoria come proteggersi e riconoscano l'importanza dei preservativi, pochi riferiscono di usarli quando hanno rapporti sessuali. C'è quindi un divario tra la conoscenza teorica e l'applicazione pratica nella vita quotidiana. Le ragioni sono diverse e comprendono fenomeni sociali difficili da affrontare, comprese la povertà e la violenza di genere. Tra le strategie più facilmente praticabili, vi è sicuramente l'aumentare la disponibilità e l'accessibilità dei preservativi gratuiti, considerando che numerosi intervistati hanno risposto di aver assunto comportamenti a rischio per mancanza di denaro, disoccupazione e povertà. Un altro studio condotto nelle aree urbane del Kenya [65], ha identificato lo stato socioeconomico come predittore significativo dell'uso coerente dei preservativi. Inoltre ricordiamo che i programmi che prevedono la maggiore disponibilità di preservativi sono tra gli interventi più economicamente convenienti nella risposta all'HIV e dovrebbero essere rafforzati [2]. Infine è necessario riflettere sul fatto che la questione economica non riguarda esclusivamente l'accesso ai preservativi, ma contribuisce a creare un contesto ben più complesso: come messo in luce dai nostri Focus Group, ma anche da altri studi, la povertà e la precarietà sociale spingono i giovani (soprattutto le ragazze) ad avere rapporti sessuali in cambio di denaro, il che costituisce un ulteriore fattore di rischio [30, 66].



Test porta a porta in una baraccopoli di Nairobi. Foto scattata da un collaboratore locale

## **Operatori sanitari**

Una delle principali barriere all'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva è risultata essere la mancanza di privacy e riservatezza da parte del personale. Gli atteggiamenti inadeguati dei fornitori di servizi, spesso visti come critici o insensibili, sono noti come uno degli ostacoli più importanti all'accesso ai servizi di salute riproduttiva, soprattutto per i giovani [9, 52, 63, 68]. In Kenya, questi atteggiamenti sono fortemente influenzati dal background religioso e culturale e dalla formazione professionale [17]. Nel nostro campione, i due gruppi più emarginati (persone che fanno uso di droghe e giovani madri) sono quelli che maggiormente si sono lamentati degli atteggiamenti del personale, ma al tempo stesso queste categorie sono anche quelle che necessiterebbero di maggiore tatto e riservatezza [49]. Gli operatori sanitari devono essere sensibilizzati per comprendere i bisogni dei giovani ed essere in grado di offrire una gamma completa di servizi [17, 69]. La formazione è riconosciuta anche dai nostri intervistati come una strategia chiave per migliorare l'atteggiamento e le capacità comunicative del personale, garantire la riservatezza e contrastare lo stigma. In aggiunta a ciò, gli operatori dovrebbero seguire corsi specifici volti all'apprendimento delle competenze necessarie a gestire e interagire con le popolazioni fragili e a rischio, con i pazienti che si sottopongono ai test HIV e IST o richiedono una consulenza su altri argomenti delicati [69]. Infine ricordiamo che, per implementare i servizi rivolti ai giovani, il Ministero della Salute del Kenya raccomanda non solo l'allestimento di ambienti confortevoli e piacevoli per incoraggiare le interazioni, ma anche una formazione aggiuntiva e specifica per il personale sanitario e la creazione di spazi riservati, dedicati al counselling e agli esami clinici [52].

Altre valide strategie per rendere i centri di salute più accoglienti potrebbero essere: assumere personale più giovane, come indicato dal 30% del nostro campione e da studi precedenti [70, 71], e coinvolgere nelle attività dei centri persone affette da HIV o IST. Quest'ultima proposta però, nonostante potrebbe aiutare a combattere lo stigma e contribuire al supporto psicologico dei pazienti al momento della diagnosi, non è stata riconosciuta come una strategia particolarmente efficace (solo il 12,1% dei intervistati l'ha messa in evidenza).

### FEEDBACK DI ALCUNI OPERATORI SANITARI:

*Mrs. BEATRICE ANYANGO - consulente per i servizi relativi all'HIV: "Non tutti gli operatori sanitari presentano atteggiamenti negativi e può capitare che molti di essi vengano giudicati, ed etichettati a priori. Sebbene alcuni comportamenti errati siano innati, bisogna tenere conto che fattori come la pressione sul lavoro, la scarsa remunerazione e l'ambiente circostante possono favorire la loro insorgenza. Tuttavia gli operatori sanitari stessi sono consapevoli del bisogno di una formazione specifica, specialmente nella gestione del paziente".*

*Mrs. LYDIA ONGWAE - infermiera nei servizi di prevenzione: "La formazione del personale è un processo che offre duplici benefici: se da un lato permette di migliorare le capacità di comunicazione con i giovani, dall'altro garantisce il continuo aggiornamento degli operatori sanitari sulla gestione delle malattie. Allo stesso modo, garantire riservatezza non è solo fondamentale nella gestione dei pazienti, specialmente della popolazione giovane, ma è rilevante anche dal punto di vista generale dell'etica del lavoro. A volte la stessa è compromessa a causa della mancanza di spazi sufficienti".*

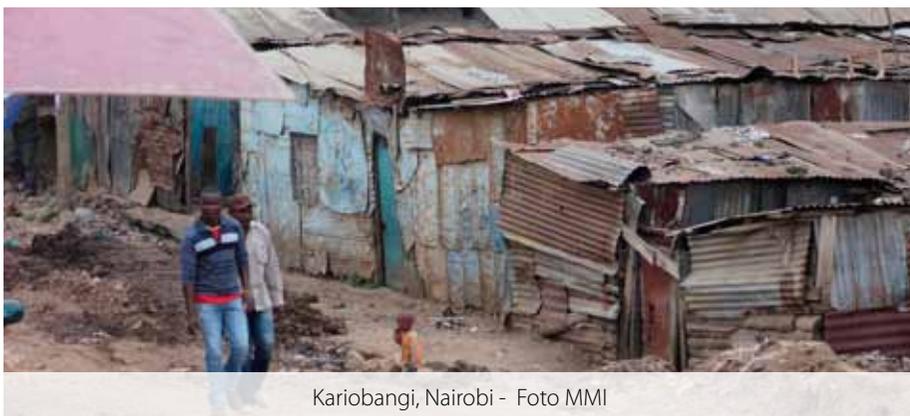
*Mrs. ELIZABETH ACHIENG, impegnata nei servizi di assistenza al trattamento: "Spesso alcuni operatori sanitari hanno atteggiamenti giudicanti, ma è anche vero che molti giovani sono prevenuti". Tuttavia, Mrs. Achieng sostiene che alcuni giovani sbagliano a dare un giudizio sugli operatori sanitari solamente sulla base dell'interazione con altri pazienti. Ritiene quindi indispensabili alcune misure prioritarie: la formazione del personale; l'incremento dei test porta a porta e una maggiore pubblicità per i servizi rivolti alla popolazione giovane.*

*Mrs. JULIET ATIENO e Mrs. ELIZABETH ACHIENG, impegnate nei servizi per l'aderenza al trattamento ritengono che, sebbene i giovani siano prevenuti, spesso i loro colleghi assumono davvero un atteggiamento giudicante. Ad esempio, di fronte alla richiesta di un preservativo, l'assistenza sanitaria pertinente avviene solo a valle di atteggiamenti e risposte stigmatizzanti. In questo senso, assumere personale più giovane potrebbe rappresentare una risposta efficace per creare un ambiente più accogliente e comprensivo.*

Mrs. MERCY JEPTUM - infermiera - concorda sull'importanza di maggiore formazione per il personale sanitario, specialmente se incentrata a comprendere e a familiarizzare con le necessità e le fragilità dei giovani. Ritiene inoltre che condurre ricerche coinvolgendo direttamente i giovani potrebbe essere uno strumento utile per migliorare il rapporto paziente-operatore sanitario. L'infermiera si è espressa anche a proposito dei servizi porta a porta, ritenendo che non possono essere una misura risolutiva perché impossibili da attuare in tutte le aree di Nairobi per motivi di sicurezza.

Mrs. BENEDETTE MBULA - responsabile del centro sanitario di Babadogo - ritiene che la maggior parte dei giovani abbia già accesso a tutte le informazioni necessarie in materia di IST/HIV/AIDS e che già sia stato fatto il possibile per rendere i ragazzi consapevoli dei comportamenti più appropriati da adottare, giungendo alla conclusione che l'unico motivo per non farlo è la negligenza. Mrs. Mbula concorda sul fatto che i social media possono rappresentare un punto di riferimento e in crescita e pertanto dovrebbero essere usati per condividere le giuste informazioni.

Mr. MOSES NYAATA - assistente per la Salute di comunità nel centro sanitario di Babadogo - segnala l'esistenza di un programma di educazione alla salute nelle scuole, istituito dal Ministero della Salute e complessivamente conferma che la conclusione del sondaggio è un riflesso fedele di ciò che accade quotidianamente sul campo.



Kariobangi, Nairobi - Foto MMI

### **Strutture di riferimento - Youth Friendly Centres (YFC)**

Nonostante gli sforzi del governo per avvicinare i giovani ai servizi sanitari, i risultati del questionario mostrano solo una conoscenza parziale dell'offerta (meno della metà degli intervistati conosce i servizi messi a disposizione), un uso limitato dei servizi e una netta mancanza di fiducia: solo il 16,4% ha dichiarato che si sarebbe rivolto a un Youth Friendly Centre (YFC) in caso di necessità. Il fatto che tali strutture e servizi siano poco conosciuti è un importante ostacolo al loro utilizzo [52], pertanto dovrebbero essere promossi e pubblicizzati, ad esempio attraverso TV, radio e social media. Lo scarso accesso dei giovani ai servizi di test per l'HIV è coerente con un altro studio condotto negli slum di Nairobi [23]. In aggiunta, è interessante notare che solo lo 0,9% cercherebbe consulenza e supporto psicosociale in caso di diagnosi positiva per HIV/AIDS. I servizi di counselling però sono essenziali per sostenere la persona sieropositiva e inserirla efficacemente nel percorso di cura, pertanto dovrebbero essere sviluppati e promossi, soprattutto tra i giovani [67]. Inoltre, la diffusione di un supporto psico-sociale potrebbe essere una risorsa in più per contrastare alcuni punti critici evidenziati dal questionario come identificare e prevenire comportamenti a rischio, rafforzare la fiducia tra paziente e operatore sanitario, informare sulla disponibilità di cure efficaci e sulla possibilità di condurre una vita normale.

### **Diagnosi – servizi sul territorio**

Tra i metodi di fornitura dei servizi ritenuti più efficienti dagli intervistati, sembrano prevalere strategie di prossimità, tra cui *test door-to-door* e sensibilizzazione della comunità. Il ruolo facilitatore dell'approccio basato sulla comunità nel migliorare l'accesso dei giovani ai servizi è ben riconosciuto [30, 72, 73]. Un'altra opzione ritenuta valida dagli intervistati è stata l'attività di inreach-testing organizzata nei fine settimana o nei giorni festivi, quando i giovani si sentono più sicuri e più liberi di esprimersi. Anche in questo caso si ribadisce la necessità di privacy e riservatezza, come sottolineano altri studi [30, 74]. Ciò diventa ancora più rilevante per quei sottogruppi più emarginati e difficili da raggiungere, come le persone che fanno uso di droghe. Nonostante questi ultimi costituiscano nella nostra indagine un campione limitato e non rappresentativo (72 intervistati, di cui 52 maschi), è stato comunque possibile riscontrare un maggior numero di disuguaglianze: tale gruppo è risultato essere escluso non solo dai servizi sanitari, ma anche dagli strumenti per conoscere e prevenire la trasmissione di IST e HIV.

## Covid-19

Dal momento che l'indagine è stata somministrata nell'estate del 2021, nel questionario è stata inserita una sezione di domande relative all'impatto del COVID-19. In tutto il mondo, la pandemia di COVID-19 ha interrotto i servizi sanitari essenziali, compresi quelli necessari per supportare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'HIV e delle infezioni a trasmissione sessuale [1]. La pandemia e le misure messe in atto per contenere la trasmissione dell'infezione hanno allontanato molti giovani dalla scuola, esponendoli, in particolare le ragazze, a un rischio maggiore di contrarre l'HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili [2, 75]. Anche in Kenya, la vita di tutti i giorni è stata drammaticamente influenzata da misure fortemente restrittive imposte dal Governo come il lockdown, i divieti di mobilità attraverso i confini nazionali e di contea e una severa sorveglianza, che hanno colpito in particolar modo i poveri residenti nelle aree urbane e gli emarginati, come gli appartenenti alle popolazioni chiave [76, 77]. Anche dalla nostra indagine è emerso come la pandemia abbia avuto un forte impatto indiretto, cioè derivante non solo dal contagio stesso, ma anche dalle misure intraprese per contenerla (lockdown). Le restrizioni, la perdita di posti di lavoro e la paura del contagio hanno condizionato ogni aspetto della vita, incluso l'accesso ai servizi sanitari. La pandemia ha quindi interrotto bruscamente i progressi fatti negli ultimi anni e le conseguenze saranno evidenti nel lungo termine.

Per evitare l'aggravarsi di questa tendenza, se non è possibile garantire il regolare svolgimento di attività al chiuso (nel rispetto delle misure di sicurezza), sarebbe utile organizzare attività all'aperto e/o fornire mascherine gratuite per accedere alle strutture sanitarie e agli YFC. Inoltre, le *relazioni peer-to-peer* dovrebbero essere incoraggiate anche all'esterno della struttura, in modo da creare una rete sociale e di supporto che possa far fronte a possibili future chiusure di strutture o interruzioni delle attività offerte. Ove possibile, tenendo conto dell'accessibilità a internet, bisognerebbe prendere in considerazione la possibilità di spostare le attività on-line (utilizzando anche live streaming sui social media, radio, ecc.) anche se il confronto di persona è da preferire. Infine, le strutture che hanno registrato una "perdita" di pazienti a causa della pandemia dovrebbero ricontattarli in modo proattivo tramite messaggi o telefonate per riattivare i percorsi di cura.

*Attualmente in Kenya, molti centri sanitari sono di nuovo accessibili e le restrizioni sociali fortemente ridotte. Riguardo la vaccinazione, ad oggi ha ricevuto una copertura vaccinale completa circa il 17% della popolazione, dato che ha superato le aspettative.*

*La campagna di vaccinazione è stata diffusa direttamente a livello di comunità e tramite i media e ora i vaccini sono disponibili in tutte le strutture sanitarie.*

## Limiti e punti di forza dello studio

Questo studio presenta alcune limitazioni che dovrebbero essere considerate nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, per far fronte alle difficoltà di reclutamento degli intervistati in una popolazione così emarginata e difficile da raggiungere, la strategia di campionamento è stata adattata al contesto. Inoltre, potrebbero essersi verificati bias di desiderabilità sociale, specialmente per i comportamenti auto-riferiti: i partecipanti potrebbero non essersi sentiti a proprio agio nel rivelare argomenti sensibili e potrebbero quindi aver sotto-stimato/sotto-riportato comportamenti sessuali a rischio. Tuttavia, si spera che l'anonimato dei questionari e l'intervista condotta da locali li abbia incoraggiati a fornire risposte oneste e veritiere.

Al contrario, il punto di forza più importante di questo studio è la progettazione a metodi misti e lo sviluppo di un questionario altamente mirato perché sviluppato sulla base dei risultati delle FGD, in collaborazione con il personale locale che ha familiarità con il contesto. Un altro punto di forza è che questo progetto fornisce strategie e soluzioni pratiche che possono essere implementate per migliorare i servizi sanitari e la cui fattibilità è stata discussa con il personale locale, appunto consapevole del contesto d'azione. Infine, la serie aggiuntiva di domande relative al COVID-19 porta maggiori conoscenze sull'impatto indiretto della pandemia in contesti vulnerabili.

## Conclusioni

Il livello di conoscenza della trasmissione, prevenzione e controllo di IST/HIV/AIDS nel nostro campione non è soddisfacente. Sono state rilevate idee non corrette e malintesi sulle modalità di trasmissione dell'HIV e sui comportamenti a rischio, ed è inoltre emerso un forte stigma sociale nei confronti delle persone sieropositive che dovrebbe destare preoccupazione ed essere contrastato tempestivamente. Dunque, nonostante gli sforzi del governo keniano e gli innegabili passi avanti realizzati negli anni, abbiamo osservato una mancanza di consapevolezza e un accesso limitato ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e ai servizi a misura di giovane.

Dall'analisi dei dati emerge la necessità di rafforzare e promuovere maggiormente gli interventi relativi a IST/HIV/AIDS rivolti ad adolescenti, giovani adulti e popolazioni chiave residenti negli insediamenti urbani informali. Fra tutti spiccano il fornire un'istruzione completa, appropriata e inclusiva, sfruttando ad esempio il potenziale dei social media; promuovere e facilitare l'accesso ai preservativi gratuiti; formare più adeguatamente gli operatori sociosanitari; sviluppare strategie di prossimità.

La nostra ricerca conferma l'importanza di indagare sulla salute di gruppi e comunità caratterizzati da marginalità sociale e condizioni di vita deprivate. Sono necessari ulteriori studi per valutare l'impatto su *conoscenze, attitudini e pratiche* della popolazione target e sui servizi sanitari dopo l'attuazione delle iniziative suggerite.

## Bibliografia

1. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, World Health Organization 2021.
2. UNAIDS. Confronting Inequalities, Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. UNAIDS Global AIDS update 2021
3. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis*. 2017 Aug;17(8):e235-e279. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30310-9.
4. Røttingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much really is known? *Sex Transm Dis*. 2001;28(10):579-97. doi: 10.1097/00007435-200110000-00005.
5. UNAIDS. Youth and HIV - Mainstreaming a three-lens approach to youth participation UNAIDS Report 2018.
6. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH 2005.
7. Chen FP. HIV/AIDS prevention among young people in east and south-east Asia in the context of reproductive and sexual health. *Asia Pac Popul J*. 2009;23:7–28. doi: <https://doi.org/10.18356/2f9cf12d-en>.
8. Nubed CK, Akoachere JTK. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior secondary school students in Fako Division, South West Region, Cameroon. *BMC Public Health*. 2016 Aug 22;16(1):847. doi: 10.1186/s12889-016-3516-9.
9. Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually Transmitted Infection Services for Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: Perceived and Experienced Barriers to Accessing Care. *J Adolesc Health*. 2016;59(1):7-16. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.014.
10. Ng'eno BN, Kellogg TA, Kim AA, Mwangi A, Mwangi M, Wamicwe J, Rutherford GW. Modes of HIV transmission among adolescents and young adults aged 10-24 years in Kenya. *Int J STD AIDS*. 2018;29(8):800-805. doi: 10.1177/0956462418758115.
11. United Nations Children's Fund, For Every Child, End AIDS – Seventh Stocktaking Report, UNICEF, New York, December 2016.
12. Young People Most at Risk of HIV: A Meeting Report and Discussion Paper from the Interagency Youth Working Group, U.S. Agency for International Development, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park, NC: FHI, 2010.
13. Monasch R, Mahy M. Young people: the centre of the HIV epidemic. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, eds. Preventing HIV/AIDS in Young People. A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. Geneva; World Health Organization, 2006.
14. Bekker LG, Hosek S. HIV and adolescents: focus on young key populations. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2Suppl 1):20076. doi:10.7448/IAS.18.2.20076.
15. Sarkar K, Bal B, Mukherjee R, Saha MK, Chakraborty S, Niyogi SK, Bhattacharya SK. Young age is a risk factor for HIV among female sex workers--an experience from India. *J Infect*. 2006;53(4):255-9. doi: 10.1016/j.jinf.2005.11.009.
16. World Health Organization. WHO HIV country profile 2021. WHO HTS Dashboard. <https://cfs.hivci.org/>
17. Kenyan Ministry of Health. National Guidelines for provision of adolescent Youth-Friendly Services (YFS) In Kenya. Ministry of Health, Division of reproductive Health. P.O. Box 43319 Nairobi Kenya, July 2005.
18. Yuh T, Micheni M, Selke S, Oluoch L, Kiptinness C, Magaret A, Chohan B, Ngure K, Wald A, Mugo NR, Roxby AC. Sexually Transmitted Infections Among Kenyan Adolescent Girls and Young Women With Limited Sexual Experience. *Front Public Health*. 2020;8:303. doi: 10.3389/fpubh.2020.00303.
19. Winston SE, Chirchir AK, Muthoni LN, Ayuku D, Koech J, Nyandiko W, Carter EJ, Braitstein P. Prevalence of sexually transmitted infections including HIV in street-connected adolescents in western Kenya. *Sex Transm Infect*. 2015;91(5):353-9. doi: 10.1136/sextrans-2014-051797
20. Kenyan Ministry of Health. National Implementation Guidelines for HIV and STI Programming Among Young Key Population. NASCOP, 2018. <https://www.nascop.or.ke/key-populations-downloads>.
21. Nyaga RK, Kimani DN, Mwabu G, MS Kimenyi. HIV/AIDS in Kenya: A Review of Research and Policy Issues. KIPPRA Discussion Paper No. 38 June 2004.
22. Kenya National Bureau of Statistics (KNBS), ICF Macro: Kenya Demographic and Health Survey 2008-09 Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro; 2010
23. Kabiru CW, Beguy D, Crichton J, Zulu EM. HIV/AIDS among youth in urban informal (slum) settlements in Kenya: what are the correlates of and motivations for HIV testing? *BMC Public Health*. 2011;11:685. doi: 10.1186/1471-2458-11-685.
24. Madise NJ, Ziraba AK, Inungu J, Khamadi SA, Ezech A, Zulu EM, Kebaso J, Okoth V, Mwau M. Are slum dwellers at heightened risk of HIV infection than other urban residents? Evidence from population-based HIV prevalence surveys in Kenya. *Health Place*. 2012;18(5):1144-52. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.04.003.
25. Magadi MA. Understanding the urban-rural disparity in HIV and poverty nexus: the case of Kenya. *J Public Health (Oxf)*. 2017;39(3):e63-e72. doi: 10.1093/pubmed/fdw065.
26. African Population and Health Research Center: The Social, Health, and Economic Context of HIV/AIDS in Informal Urban Settlements of Africa Nairobi: African Population and Health Research Center; 2008.

27. Anand A, Shiraiishi RW, Bunnell RE, Jacobs K, Solehdin N, Abdul-Quader AS, Marum LH, Muttunga JN, Kamoto K, Aberle-Grasse JM, Diaz T. Knowledge of HIV status, sexual risk behaviors and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. *AIDS*. 2009;23(12):1565-73. doi: 10.1097/QAD.0b013e32832cb10c.
28. Grasso MA, Schwarcz S, Galbraith JS, Musyoki H, Kambona C, Kellogg TA; KAIS Study Group. Estimating the Prevalence and Predictors of Incorrect Condom Use Among Sexually Active Adults in Kenya: Results From a Nationally Representative Survey. *Sex Transm Dis*. 2016;43(2):87-93. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000393. <https://www.jstor.org/stable/48512007>.
29. Wairimu H.W. Knowledge, Attitudes and Practices concerning HIV/AIDS prevention among youth in Eastleigh location in Nairobi County [MA]. University Of Nairobi; 2014.
30. Godia PM, Olenja JM, Hofman JJ, van den Broek N. Young people's perception of sexual and reproductive health services in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:172. doi: 10.1186/1472-6963-14-172. PMID: 24731733; PMCID: PMC3996312.
31. Magadi MA. The disproportionate high risk of HIV infection among the urban poor in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav*. 2013;17(5):1645-54. doi: 10.1007/s10461-012-0217-y.
32. Greif MJ, Dodoo FN, Jayaraman A. Urbanisation, poverty and sexual behaviour: the tale of five African cities. *Urban Stud*. 2011;48(5):947-57. doi: 10.1177/0042098010368575.
33. Greif MJ, Nii-Amoo Dodoo F. Internal migration to Nairobi's slums: linking migrant streams to sexual risk behavior. *Health Place*. 2011;17(1):86-93. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.08.019.
34. Zulu EM, Dodoo FN, Chika-Ezee A. Sexual risk-taking in the slums of Nairobi, Kenya, 1993-8. *Popul Stud (Camb)*. 2002;56(3):311-23. doi: 10.1080/00324720215933. PMID: 12553329.
35. Kyobutungi C, Ziraba AK, Ezeh A, Yé Y. The burden of disease profile of residents of Nairobi's slums: results from a demographic surveillance system. *Popul Health Metr*. 2008;6:1. doi: 10.1186/1478-7954-6-1.
36. Nassar-McMillan, S. C., & Borders, L. D. (2002). Use of Focus Groups in Survey Item Development. *The Qualitative Report*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2002.1987>
37. Dodoo FN, Zulu EM, Ezeh AC. Urban-rural differences in the socioeconomic deprivation--sexual behavior link in Kenya. *Soc Sci Med*. 2007 Mar;64(5):1019-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.10.007.
38. Ngom P, Magadi MA, Owuor T. Parental presence and adolescent reproductive health among the Nairobi urban poor. *J Adolesc Health*. 2003;33(5):369-77. doi: 10.1016/s1054-139x(03)00213-1.
39. Dodoo FN, Sloan M, Zulu EM: Space, context, and hardship: Socializing children into sexual activity in Kenyan slums. In *Fertility and reproductive health in sub-Saharan Africa: A Collection of Microdemographic Studies*. Edited by: Mensah SA, Casterline JB. Westport, Connecticut: Greenwood Press; 2003:147-160.
40. Reid SR. Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. *Harm Reduct J*. 2009;6:24. doi: 10.1186/1477-7517-6-24.
41. Korthuis PT, Edelman EJ. Substance use and the HIV care continuum: important advances. *Addict Sci Clin Pract*. 2018;13(1):13. doi: 10.1186/s13722-018-0114-4.
42. Geary RS, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman S, Norris SA. Barriers to and facilitators of the provision of a youth-friendly health services programme in rural South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1-8.
43. USAID. Delivering sexual and reproductive health services to young people: key lessons from Marie Stopes International's programmes. 2017.
44. UNFPA. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. UNFPA. 2019.
45. Odo AN, Samuel ES, Nwagu EN, Nnamani PO, Atama CS. Sexual and reproductive health services (SRHS) for adolescents in Enugu state, Nigeria: a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):92. doi: 10.1186/s12913-017-2779-x.
46. McGranahan M, Bruno-McClung E, Nakyeyune J, Nsibirwa DA, Baguma C, Ogwang C, Serunjogi F, Nakalembe J, Kayaga M, Sekalala S, Oyebode O. Realising sexual and reproductive health and rights of adolescent girls and young women living in slums in Uganda: a qualitative study. *Reprod Health*. 2021;18(1):125. doi: 10.1186/s12978-021-01174-z.
47. Wado YD, Bangha M, Kabiru CW, Feyissa GT. Nature of, and responses to key sexual and reproductive health challenges for adolescents in urban slums in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Reprod Health*. 2020;17(1):149. doi: 10.1186/s12978-020-00998-5.
48. Renzaho AM, Kamara JK, Georgeou N, Kamanga G. Sexual, Reproductive Health Needs, and Rights of Young People in Slum Areas of Kampala, Uganda: A Cross Sectional Study. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169721. doi: 10.1371/journal.pone.0169721.
49. Santhya KG, Jejeebhoy SJ. Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2015;10(2):189-221. doi: 10.1080/17441692.2014.986169.
50. Adolescent Reproductive Health and Development Policy. Kenyan Ministry of Planning & National Development. 2003.
51. Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice. Technical Brief. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 (WHO/CDS/HIV/19.39). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
52. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2021;18(1):135. doi: 10.1186/s12978-021-01183-y.
53. UNICEF, UNAIDS, and WHO 2002 Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2003/20031007\\_youngpeoplehiv-aids\\_en.pdf](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2003/20031007_youngpeoplehiv-aids_en.pdf).

54. Badru T, Mwaisaka J, Khamofu H, Agbakwuru C, Adedokun O, Pandey SR, Essiet P, James E, Chen-Carrington A, Mastro TD, Aliyu SH, Torpey K. HIV comprehensive knowledge and prevalence among young adolescents in Nigeria: evidence from Akwa Ibom AIDS indicator survey, 2017. *BMC Public Health*. 2020;20(1):45. doi: 10.1186/s12889-019-7890-y.
55. Okal J, Lango D, Matheka J, Obare F, Ngunu-Gituathi C, Mugambi M, Sarna A. "It is always better for a man to know his HIV status" - A qualitative study exploring the context, barriers and facilitators of HIV testing among men in Nairobi, Kenya. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231645. doi: 10.1371/journal.pone.0231645.
56. Cao B, Gupta S, Wang J, Hightow-Weidman LB, Muessig KE, Tang W, Pan S, Pendse R, Tucker JD. Social Media Interventions to Promote HIV Testing, Linkage, Adherence, and Retention: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2017;19(11):e394. doi: 10.2196/jmir.7997.
57. Rainie L. Emerging nations catching up to U.S. on technology adoption, especially mobile and social media use. Pew Research Center 2014. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/02/13/emerging-nations-cat%E2%80%A6-u-s-on-technology-adoption-especially-mobile-and-social-media-use/>.
58. Soheylizad M, Moeini B. Social Media: An Opportunity for Developing Countries to Change Healthy Behaviors. *Health Education and Health Promotion*. 2019;7(2): 57-58.
59. Tso LS, Tang W, Li H, Yan HY, Tucker JD. Social media interventions to prevent HIV: A review of interventions and methodological considerations. *Curr Opin Psychol*. 2016;9:6-10. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.09.019.
60. Young SD, Jaganath D. Online social networking for HIV education and prevention: a mixed-methods analysis. *Sex Transm Dis*. 2013 Feb;40(2):162-7. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318278bd12.
61. Chiu CJ, Menacho L, Fisher C, Young SD. Ethics issues in social media-based HIV prevention in low- and middle-income countries. *Camb Q Healthc Ethics*. 2015;24(3):303-10. doi: 10.1017/S0963180114000620.
62. Binu W, Marama T, Gerbaba M, Sinaga M. Sexual and reproductive health services utilization and associated factors among secondary school students in Nekemte town, Ethiopia. *Reprod Health*. 2018;15(1):64. doi: 10.1186/s12978-018-0501-z.
63. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. 'Be kind to young people so they feel at home': a qualitative study of adolescents' and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu. *BMC Health Serv Res*. 2013.
64. Muga Richard, Patrick Ndavi, Paul Kizito, Robert Buluma, Vane Lumumba, Paul Ametepi, Nancy Fronczak, and Alfredo Fort. 2005. Kenya HIV/AIDS Service Provision Assessment Survey 2004. Nairobi, Kenya: National Coordinating Agency for Population and Development, Ministry of Health, Central Bureau of Statistics, and ORC Macro.
65. Davidoff-Gore A, Luke N, Wawire S. Dimensions of poverty and inconsistent condom use among youth in urban Kenya. *AIDS Care*. 2011;23(10):1282-1290. doi:10.1080/09540121.2011.555744.
66. Transactional sex and HIV risk: from analysis to action. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and STRIVE; 2018. UNAIDS 2018. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/transactional-sex-and-hiv-risk\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transactional-sex-and-hiv-risk_en.pdf).
67. Martinez J, Chakraborty R; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Aids. Psychosocial support for youth living with HIV. *Pediatrics*. 2014;133(3):558-62. doi: 10.1542/peds.2013-4061.
68. Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2005;9(3):51-8.
69. Motuma A, Syre T, Egata G, Kenay A. Utilization of youth friendly services and associated factors among youth in Harar town, east Ethiopia: a mixed method study. *BMC Health Serv Res*. 2016 Jul 17;16:272. doi: 10.1186/s12913-016-1513-4. PMID: 27423332; PMCID: PMC4947516.
70. Mulaudzi M, Dlamini BN, Coetzee J, Sikkema K, Gray G, Dietrich JJ. Perceptions of counsellors and youth-serving professionals about sexual and reproductive health services for adolescents in Soweto, South Africa. *Reprod Health*. 2018;15(1):21. doi: 10.1186/s12978-018-0455-1.
71. Francis E, Gabriel VC. Barriers limiting youth access to reproductive health services by primary health care facilities in Nigeria. *Univ J Public Health*. 2019;7(1):36-43.
72. Sogarwal R, Chandra M, Mehra S. Youth friendly health services and role of outreach activities to improve access to services. *Open J Prev Med*. 2013;3(2): 191-198.
73. Kidman R, Waidler J, Palermo T; Tanzania Adolescent Cash Plus Evaluation Team. Uptake of HIV testing among adolescents and associated adolescent-friendly services. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):881. doi: 10.1186/s12913-020-05731-3.
74. World Health Organization & Royal Tropical Institute. The voices, values and preference of adolescents on HIV testing and counselling: consultation for the development of the World Health Organization HIV testing and counselling guidelines for adolescents. World Health Organization 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95143>.
75. Kairu P. STI spike among Kenyan teens blamed on lockdown [Internet]. *The East African*. 2022 [cited 18 June 2022]. Available from: <https://www.theeastafrican.co.ke/tea/science-health/sti-spike-among-kenyan-teens-blamed-on-lockdown-3683582>
76. Odinga MM, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M, Kombo B, Kaosa S, Kioko J, Musimbi J, Musyoki H, Bhattacharjee P, Lorway R. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan counties. *Gates Open Res*. 2020;4:117. doi: 10.12688/gatesopenres.13152.2.
77. Kimani J, Adhiambo J, Kasiba R, Mwangi P, Were V, Mathenge J, Macharia P, Cholette F, Moore S, Shaw S, Becker M, Musyoki H, Bhattacharjee P, Moses S, Fowke KR, McKinnon LR, Lorway R. The effects of COVID-19 on the health and socio-economic security of sex workers in Nairobi, Kenya: Emerging intersections with HIV. *Glob Public Health*. 2020;15(7):1073-1082. doi: 10.1080/17441692.2020.1770831.





Allegati

STRENGTHY COMMUNITARIANISM  
PLANS TO SET A PEOPLE  
PLANNING PRIORITY,  
AND SHOULD ONLY  
BE THROWN UNDER THE  
ROCK OF HEALTH CARE  
PROVIDER.

5 women affected are  
usually taken off the  
health care provider's  
instructions.



**aids**

**aids**

## ***Allegato 1 - QUESTIONS FOR FOCUS GROUP DISCUSSION (FGDs) ADDRESSING YOUTH***

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1. Did you ever hear about STIs and HIV/AIDS? Do you know the name of these?  | <b>Know</b>                    |
| 2. How do you think people get STIs/HIV/AIDS? Is it through the same way for a man or for a woman? How do you think a person feels when he or she has an STI or AIDS?   | <b>Know/Symp</b>               |
| 3. Do you think that there are many people suffering from STIs/AIDS? Why do some people get STIs or AIDS while some others do not get any STIs?   | <b>Trans/Risk</b>              |
| 4. What are some of the behaviour that can lead to one being infected with STIs/HIV/AIDS and give the situation that make one be at risk of getting infected?   | <b>Trans/Risk/Social Norms</b> |
| 5. What are some of best universal (both sexes) ways of preventing STIs and AIDS?   | <b>Prev</b>                    |
| 6. Why do some people do not want to use condoms during sexual intercourse?   | <b>Prev/Cond. use</b>          |
| 7. Now that we know about STIs and AIDS. Why we are not using preventive measures?  | <b>Prev</b>                    |
| 8. Do you think is useful to notify the partner if you have been infected with STIs or HIV/AIDS?  | <b>Prev</b>                    |
| 9. How is the perception of people about people living with HIV/AIDS or STIs?   | <b>Social stigma</b>           |
| 10. How can people know if they have an STIs or HIV/AIDS?   | <b>Test</b>                    |
| 11. Do you are aware of places where you can test for STIs or HIV/AIDS?   | <b>Test</b>                    |
| 12. How do you think people react when they get STIs or they know to be HIV+?   | <b>Psych. impact</b>           |
| 13. What do you think happen if a person gets an STI or HIV/AIDS and has no treatment?  | <b>Care/Compl</b>              |
| 14. What are some of the treatment you know people can seek when they are infected with HIV/AIDS or STIs?   | <b>Treat</b>                   |
| 15. If the treatment of the hospital is seen as the best one, why do some people refuse to use these services? Or take so much time before going to the hospital services?  | <b>Treat</b>                   |
| 16. Are people - especially the young - well informed about where these services are and what they offer?   | <b>Services/Access</b>         |
| 17. How easy is it to access to clinical services for test and treatment of STIs and HIV/AIDS? For how much money the private facility offer these services? According to you, are the services confidential? Are they youth friendly? Have you ever been in any of these facilities and how did you get the service? | <b>Access</b>                  |
| 18. Do you know about training activities on sexual and reproductive health, STIs/HIV?  | <b>IEC</b>                     |
| 19. If so, have you ever participated in these training activities? where (health centres in your area, Youth Friendly centres, schools, etc.)? What are some of the benefit you got from the impact of the training?   | <b>IEC</b>                     |
| 20. Do you know what is Covid? How can it been transmitted? Do you think there is any treatment? What are the consequences of having Covid?   | <b>Know/Covid</b>              |
| 21. How has Covid-19 affected accessibility to STIs/HIV/AIDS testing and counselling services, and to treatment and care services?  | <b>Access/Covid/Adeherence</b> |

## Allegato 2 - KAP (knowledge, attitude and practice) QUESTIONNAIRE

### Community and health system integration to promote young people free from HIV and stigma Kenya – Nairobi

#### A: IDENTIFICATION

1. Code |\_|\_|\_|\_|

1.a Interviewer Name \_\_\_\_\_

#### 2. Sub-County

[1] Mathare [2] Embakasi North [3] Embakasi West [4] Ruaraka [5] Kamukunji

#### 3. Area of intervention

[1] Mathare North [2] Korogocho [3] Babadogo [4] Dandora I [5] Dandora II  
[6] Kayole 1 [7] Pumwani Majengo [8] Eastleigh [9] Ngara [10] Pangani

#### 4. Target population

[1] Youth in school [2] Drug user [3] Youth in community [4] Young mother [5] TVET education

#### 5. Sex

[1] Female [2] Male

6. Age in years |\_|\_|

#### 7. Level of education

[1] None [2] Primary school [3] Secondary school [4] Higher education [5] Adult education

#### 8. Marital status

[1] Married [2] Never married [3] Separated [4] Widowed

#### 9. Occupation

[1] Student [2] Wage labourer [3] Formal employee  
[4] Farmer [5] Unemployed [6] Self-employed

#### B: STIs/HIV/AIDS knowledge

#### 10. Have you ever heard about STIs and HIV/AIDS?

[1] Yes [2] No [9] No answer

#### 11. Are you aware of STIs' complications?

[1] Yes [2] No [9] No answer

#### 11.a If "Yes", which?

[1] Infertility  
[2] Pregnancy complications  
[3] Pelvic pain  
[4] Cancer (HPV-associated)  
[5] Other \_\_\_\_\_

#### 12. Where do you get information concerning HIV and STIs?

[1] Radio [2] TV [3] Family/friends [4] Social media  
[5] School [6] Trainings [7] Religious Leaders

## C: STIs/HIV/AIDS Behaviours

### 13. According to you, which are the most at-risk behaviours to be infected with HIV?

- [1] Multiple sexual partners    [2] Drugs and substance abuse    [3] Unprotected sexual activities  
[4] Anal sex    [5] MSM (Men who have sex with men)    [6] Circumcision  
[7] Mother to child transmission    [8] Other\_\_\_\_\_

### 14. Have you ever had any risky behaviour?

- [1] Yes    [2] No    [9] No answer

#### 14.a - If "Yes", why did you?

- [1] Lack of money /unemployment /poverty  
[2] Have been simply forced in having sex / rape / I was in an uncomfortable situation / physical or psychological violence  
[3] Difficulty in getting condoms  
[4] I do not like / trust the condom  
[5] Shame in asking the condom from the partner / fear to lose the partner / could beat me the partner  
[6] I did not know it was a risky behavior  
[7] Other\_\_\_\_\_

### 15. Do you know how to protect yourself from STIs and HIV/AIDS?

- [1] Yes    [2] No    [9] No answer

#### 15.a. If "Yes", which are the one you use?

- [1] Male Condom  
[2] Female condom  
[3] Abstinence  
[4] Faithfulness to one single partner  
[5] PREP/PEP  
[6] Other\_\_\_\_\_

### 16. Do you always use condoms when have sexual intercourses?

- [1] Yes    [2] No    [9] No answer

#### 16.a. If "Not always", why do not want to use condoms during sexual relations?

- [1] Brings a sense of unfaithfulness  
[2] Sex with condom is not sweet or pleasant / I don't like condoms  
[3] Condoms are not easily available and that most condom dispensers are empty  
[4] High costs of condoms  
[5] I was told by religious leaders  
[6] Shame /stigma when buying / youth are uncomfortable to buy from pharmacists or get from health-workers  
[7] Other\_\_\_\_\_

### 17. What do you think of people who have HIV/AIDS?

- [1] Having the disease is their fault    [2] They are cursed    [3] You cannot use the same utensils, cannot sleep on the same bed, cannot drink or eat from their pots  
[4] They cannot have children    [5] They will die soon    [6] They are like normal people  
[7] Other\_\_\_\_\_

**D: Knowledge and access to STIs/HIV/AIDS Test and Treatment**

**18. Are you aware of places where you can get tested or treated for STIs or HIV/AIDS?**

- [1] Yes                      [2] No                      [9] No answer

**18.a. If “Yes”, where would you go in case of need?**

- [1] Public hospitals, clinics  
[2] Private hospitals, clinics  
[3] VCTs  
[4] Youth centres  
[5] Services in the community  
[6] Self-test kits  
[7] School / colleges  
[8] Other \_\_\_\_\_

**19. Is there an effective treatment for HIV/AIDS that you know of?**

- [1] Yes                      [2] No                      [9] No answer

**20. Which options would you seek if you were infected with HIV/STIs?**

- [1] Medicines from hospitals/ clinics    [2] Medicines from pharmacy    [3] Herbal medicines  
[4] Self medication                      [5] To turn to religious leaders/ prayers    [6] Traditional doctors  
[7] Other/elsewhere \_\_\_\_\_

**21. Why do you /young people have difficulties in getting tests and treatments for HIV/STIs from hospitals and clinics?**

- [1] Attitude of health workers    [2] Long queues in hospitals and clinics    [3] Too expensive  
[4] Facilities are far away/cost of transports    [5] Lack of privacy (fear of bumping into someone you/they know...)    [6] Lack of information  
[7] Other \_\_\_\_\_

**22. According to your knowledge and/or experience, how much does it cost to take the test for HIV and STIs?**

- [1] HIV |\_|\_|\_|\_|\_|\_|                      [2] STIs |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**23. When do you think it is appropriate to get tested for HIV/STIs?**

- [1] Regularly                      [2] If you have symptoms                      [3] After a risky behaviour  
[4] Before getting a stable relationship                      [5] Before having children                      [6] Other \_\_\_\_\_

**24. According to you, what would make the access to these services easier?**

- [1] Door-to-door testing/service in the community    [2] Outreach testing in the community    [3] Inreach testing in the community  
[4] More Youth centres                      [5] Testing at school                      [6] Self-test kits  
[7] Incentive to pay transport fees                      [8] Other \_\_\_\_\_

**E: ATTITUDE OF HEALTH WORKERS**

**25. According to you, how is the attitude of health workers to young people when they are looking for counselling, testing and treatment for STIs/HIV/AIDS?**

[1] Good / very good

[2] Not really good: in this case, **Why?**

- o They do not keep confidentiality / secrets
- o They ask too many questions
- o They are judging
- o Health workers are unfriendly / rude
- o Instilling fear
- o Asking for money
- o Other \_\_\_\_\_

**26. Do you have any suggestion to improve the attitude of health workers/Youth centres?**

[1] Training

[2] Hiring younger personnel

[3] Availability of CME in the centres

[4] Presence in the centres of people living positive (HIV/STIs)

[5] Other \_\_\_\_\_

**F: Youth Centres**

**27. Do you know about Youth Centres there are in your area which provide also counselling, information, education, test, treatment for STIs and HIV/AIDS?**

[1] Yes

[2] No

[9] No answer

**28. Have you ever attended a Youth Centre where they provide also counselling, information, education, test, treatment for STIs and HIV/AIDS?**

[1] Yes

[2] No

28.a **If "Yes", where?** \_\_\_\_\_

28.b **If "No", why?**

- o You need to know somebody to get in (nepotism)
- o Because of less incentive
- o I did not know it was available
- o Accessibility – it was far from where I live
- o There are not enough Youth centers to get this services
- o Other \_\_\_\_\_

**29. Do you prefer to get services from Health centres or from Youth centres?**

[1] Health centres if from Health centres **Why?**

[2] Youth centres if from Youth centres **Why?**

- o There are not enough Youth centres to get this services
- o Personnel are not judging
- o More accessible (in terms of distance from home)
- o Personnel are friendly, keep confidentially, keep secrets
- o It is free
- o Not asking for money
- o More professional staff
- o More youth friendly
- o Other \_\_\_\_\_
- o Other \_\_\_\_\_

**30. Do you think it is necessary to have more of Youth centres?**

[1] Yes

[2] No

[9] No answer

**31. Have you ever attended a training activity on sexual and reproductive health, STIs/HIV?**

[1] Yes

[2] No

[9] No answer

31.a **If "Yes", where?** \_\_\_\_\_

31.b **If "No", why?** \_\_\_\_\_

**32. If you already attended such a training activity, what are some of the benefits you got from the impact of the training?**

[1] Payment of incentives

[2] Sanitary towels

[3] Economic empowerment

[4] Information on family planning

[5] Sexual and reproductive health education

[6] Other \_\_\_\_\_

**G: Covid-19**

**33. Do you know about Covid-19?**

- [1] Yes [2] No [9] No answer

**34. Do you know about the preventive measures for Covid-19?**

- [1] Yes [2] No [9] No answer

**34.a If "Yes", which?**

- [1] Wearing a face mask  
[2] Washing hands  
[3] Hand sanitizer  
[4] No handshakes, no hugging  
[5] Stay at home if ill  
[6] Do not spit in public  
[7] Covering your face when you cough or sneeze  
[8] 1m minimum distance from other people  
[9] No sharing of objects with people  
[10] Vaccine  
[11] Other \_\_\_\_\_

**35. What damage has Covid-19 caused among youth in your community?**

- [1] Loss of jobs [2] Violence at home [3] Pregnancy  
[4] Drop out from schools [5] Engaging in transactional sex [6] Lack of food  
[7] Discontinuation of treatment for diseases/vaccinations  
[8] Other \_\_\_\_\_

**36. Have you had any personal experience of how Covid-19 affected attendance in hospital and clinics and accessibility to STIs/HIV/AIDS testing and counselling services, and to treatment and care services?**

- [1] Yes [2] No [9] No answer

**36.a If "Yes", how?**

- [1] Loss of access to health services / healthcare facilities have been interrupted  
[2] Drugs have been reduced / clients have missed their drugs  
[3] Limitation of people accessing hospitals since they are taking in only small numbers  
[4] Anyone with no mask cannot be allowed (cost of mask?)  
[5] Fear of getting Covid-19 in the health structures/centres  
[6] Health centres that closed down most of the comprehensive care units, hence, lowering the accessibility of most treatment  
[7] Fear to be tested for Covid-19  
[8] Other \_\_\_\_\_

**37. Has Covid affected the activities of Youth centres and attendance in Youth centres?**

- [1] Yes [2] No [9] No answer

**37.a If "Yes", how?**

- [1] Centres were closed  
[2] Anyone with no mask cannot be allowed (cost of mask)  
[3] Fear of getting Covid-19 in the Youth centres  
[4] Fear to be tested for Covid-19  
[5] The activities were online and I couldn't have access  
[6] Other \_\_\_\_\_

Finito di stampare nel mese di ottobre 2022  
GAM di A. Mena & C. snc - Rudiano (Brescia)