Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Rapporto di ricerca COI Realizzato dall'Ufficio Immigrazione di ARCI nazionale

- **VERSIONE AGGIORNATA** - Ottobre 2025

CONTESTO		**NOTE**
Paese di origine	Tunisia	N/D
QUESITO COI		**NOTE**
Tematica	Salute	Salute Mentale
Formulazione quesiti COI	**1. Informazioni generali sul sistema sanitario in Tunisia** **2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da malattie mentali** **3. Informazioni sulla presenza di stigma sociale nelle persone affette da malattie mentali**	

Nota metodologica

1. In considerazione dello specifico profilo tecnico dei quesiti, la ricerca è stata effettuata avvalendosi della collaborazione e del supporto tecnico della Associazione di supporto psicosociale "Approdi";

2. Sebbene la ricerca fosse stata commissionata relativamente alla disponibilità e l'accessibilità delle cure per la salute mentale in Tunisia, si è reputato utile e coerente estendere il rapporto ed includere alcune informazioni complessive sul sistema sanitario tunisino, utili a comprendere e coordinare le informazioni specifiche relative al trattamento delle malattie mentali e sulla presenza di fenomeni di stigmatizzazione delle persone affette da epilessia.

3. Il presente Ufficio e l'associazione Approdi restano a disposizione per confrontarsi relativamente alle fonti e ai contenuti citati, oltre che per eventuali approfondimenti rispetto ai quesiti posti, le risultanze emerse e altre tematiche

Roma
20/10/2025

°°°

1. Informazioni generali sul sistema sanitario in Tunisia

Il sistema sanitario della Tunisia è finanziato da una combinazione di fonti: il governo centrale contribuisce per il 23,8%, l'assicurazione sociale finanziata dai contribuenti nota come Caisse Nationale de l'Assurance Maladie contribuisce per il 27,7%, le assicurazioni private per il 7%, mentre le spese dirette a carico del paziente ammontano al 41,2%. Tra gli anni '90 e gli anni 2010,

le spese private per la salute sono cresciute ad un tasso annuo medio del 19%, spinte dall'aumento dei costi dei farmaci e dall'aumento dell'uso di cure sanitarie private[1]:

> "...Tunisia's health care is financed by a combination of the central government which accounts for 23.8%, the taxpayer-funded social health insurance option known as the Caisse Nationale de l'Assurance Maladie which accounts for 27.7%, private insurance which accounts for 7%, and out-of-pocket payments which account for 41.2% (World Bank, 2017). Between the 990s and 2010s, private health spending grew at an average annual rate of 19%, fueled by increasing pharmaceutical costs and the growing use of private health care (World Bank, 2017)…"[2]

La nuova Costituzione della Tunisia del 2014 ha ribadito il diritto alla salute e all'accesso a cure adeguate. Per perseguire questo obiettivo, la Tunisia ha istituito sia regimi di assicurazione sociale contributivi che non contributivi per la salute. L'assicurazione sanitaria contributiva è implementata dal CNAM, il fondo nazionale per l'assicurazione sanitaria, mentre l'AMG fornisce cure sanitarie gratuite e sussidiate a fasce specifiche della popolazione:

> "...Tunisia's new constitution of 2014 reiterated the right to health and access to adequate health-care.In working towards this aim, Tunisia has both contributory and non-contributory social health insurance schemes. Contributory health insurance is implemented by CNAM, the national health insurance fund, while AMG provides targeted free and subsidized health care…"[3]

Tuttavia, le frequenti modifiche al governo negli ultimi anni hanno creato difficoltà nell'implementazione coerente delle strategie nazionali per la salute. Inoltre, le difficoltà economiche e sociali che il paese sta affrontando costituiscono una sfida nell'attuazione delle riforme:

---

[1] Sulla critica alle politiche di privatizzazione della sanità si veda: *"...Outsourcing of clinical and non-clinical public services to private providerswas aggressively promoted by the government Therefore, several functionscarried out previously in public hospitals were outsourced, leading to joblosses for health workers in government healthcare facilities Also, public–private partnerships (PPPs) were encouraged at the national, regional andinternational levelsThe deterioration of public health care facilities in general and of hospitalsat various levels in particular has meant that the healthcare options availableto middle-class citizens and insured patients are limited Price inflation inthe private sector, weak governance and regulatory mechanisms are forcingimportant segments of the patient population to seek healthcare privately,even at the risk of becoming indebted or impoverished The marketization ofhealthcare has become an unacceptable reality.."* Fonte: Global Health Watch, THE RIGHT TO HEALTH IN TUNISIA, Avalilable at: https://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B6_0.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[2] RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at: https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[3] Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), Social Protection Country Profile: Tunisia, 2016, available at: https://www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/tunisia-social-protection-profile-english_0.pdf [Accessed on 20/10/2025]

> "...Frequent changes in the government in the past few years has created difficulties in consistent implementation of national health strategies [...] Economic and social difficulties facing the country pose a challenge in implementing reforms…"[4]

Un esempio di questo è la copertura assicurativa sanitaria. Infatti, nonostante l'esistenza di due sistemi assicurativi, la copertura assicurativa in Tunisia rimane incompleta, con un'incidenza del 8% al 10% (quasi un milione di persone) che non è coperto da alcun tipo di assicurazione. Inoltre, vi è un consenso sul fatto che i regimi di assistenza medica pubblica per i settori più poveri della popolazione siano inefficienti e pongano un pesante onere sui bilanci degli ospedali pubblici. La popolazione tunisina ha anche una spesa media elevata per le cure sanitarie; le spese dirette a carico del paziente rappresentavano addirittura il 45% della spesa sanitaria totale nel 2010. Pertanto, i cittadini tunisini appartenenti al ceto a basso reddito non hanno garantito l'accesso alle cure sanitarie di cui hanno bisogno, nonostante gli sforzi esistenti:

> "...Despite the existence of two insurance schemes, insurance coverage in Tunisia remains incomplete— 8% to 10% (nearly one million people) are not covered. In addition, there is consensus that the public medical aid schemes for the poorest sectors of the population are inefficient, and place a large strain on public hospitals' budgets. The Tunisian population also has a high average household spending on health care; out-of-pocket expenditure was as high as 45% of total health expenditure in 2010. Tunisian citizens in the low income bracket are not, therefore, guaranteed access to the health care they need despite existing efforts.…"[5]

In questo senso, alcune fonti riportano come i criteri per l'identificazione dei beneficiari dell'assistenza gratuita venissero considerati inefficienti e spesso iniqui. Inoltre, la valutazione dei programmi nelle aree di assistenza sociale è debole. I pacchetti di benefici mancano di chiarezza, la gestione delle informazioni è inconsistente e il monitoraggio e la valutazione dei bisogni e delle prestazioni sanitarie sono carenti:

> "...Arfa and Elgazzar note that "current eligibility determination mechanisms leave ample room for corruption, lack of transparency, and inequity". 108 Furthermore, programme evaluation across the social assistance areas is weak. Benefits packages lack clarity, management of information is inconsistent and monitoring and evaluation of health-care needs and provision is deficient.109.…"[6]

Conseguentemente, alcune persone tunisine possono avere bisogni sanitari non soddisfatti anche perché non dispongono di un'assicurazione sanitaria. Inoltre, parzialmente in linea con quanto

---

[4] WHO (2018) Tunisia Country Profile, available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/TUN-Health-System-Profiles-2018.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[5] Chahed, Mohamed Kouni, and Chokri Arfa. "Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Tunisia." PLoS medicine vol. 11,9 e1001729. 22 Sep. 2014, doi:10.1371/journal.pmed.1001729) , available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170955/ [Accessed on 20/10/2025]

[6] Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), Social Protection Country Profile: Tunisia, 2016, available at: https://www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/tunisia-social-protection-profile-english_0.pdf [Accessed on 20/10/2025]

enunciato precedentemente, la seguente fonte riporta come quasi un terzo (30%) della popolazione tunisina non ha alcuna copertura sanitaria, e un ulteriore 4% ha il "chahedat fakr", un certificato di povertà che fornisce prestazioni sanitarie ed è destinato alle classi più disagiate. Un quarto dei sondati (26%) ha uno o più familiari che non sono assicurati:

> "...Some Tunisians may have health needs that go unmet in part because they lack health insurance.Almost one-third (30 percent) of Tunisians have no health insurance, and an additional 4 percenthave chahedat fakr, a poverty certificate that provides health-care benefits and is given to thelowest classes. One-quarter of respondents (26 percent) have one or more family members who are uninsured…"[7]

Questo è parzialmente in accordo con quanto riportato dalla WHO che sottolinea come sebbene più dell'80% della popolazione tunisina sia coperta da un meccanismo esplicito (basato sia su contributi individuali obbligatori (CNAM) che su un programma non contributivo per coprire le famiglie povere (AMG), le spese dirette per la salute rappresentino ancora una parte consistente delle spese totali per la salute (36,6%) nonostante l'esistenza del CNAM e del bilancio governativo per la salute:

> "...More than 80% of the Tunisian population is covered by an explicit mechanism, based either on mandatory individual contributions (CNAM) or by a non-contributive program to cover poor households (AMG) [...] Out-of-pocket payments on health care still represent a large share of total health expenditure (36.6%) despite the existence of CNAM and the government budget for health…"[8,9]

Inoltre, l'accesso alle cure sanitarie rimane disuguale in Tunisia. CRES nota disparità geografiche in cui i centri urbani non solo dispongono di un numero maggiore di operatori sanitari, ma godono anche di una migliore qualità delle cure. Conseguentemente, se l'assistenza sanitaria locale nelle zone rurali è assente o insufficiente, alle famiglie si aggiungono costi aggiuntivi per spostarsi nelle

---

[7] The Tunisian Local Governance Performance Index: Selected Findings on Health, ReportMarch 2017SERIES 2017:3, available at: https://gld.gu.se/media/1253/tunisia-lgpi-health-report.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[8] WHO (2018) Tunisia Country Profile, available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/TUN-Health-System-Profiles-2018.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[9] Similmente un'altra fonte riporta come la quota di spesa a carico del paziente è diminuita ma è ancora relativamente alta, considerando che circa il 90% della popolazione è coperta da un sistema pubblico prepagato: o il sistema contributivo dell'assicurazione sanitaria nazionale, o il sistema non contributivo di assistenza medica gratuita rivolto ai più vulnerabili: *"...The share of out-of-pocket spending decreased but is still relatively high, considering that around 90% of the population is covered by a prepaid public system: either the contributory system of national health insurance, or the non-contributory system of free medical assistance targeted at the most vulnerable. This highlights that in the context of a difficult economic situation and resulting tight fiscal space for health, efficiency gains need to be realized, especially by introducing new payment mechanisms for public and private providers alike.."* Fonte: WHO (2015) Tunisia NCDs Country Profile, available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/EMROPUB_EN_19615-TUN.pdf [Accessed on 20/10/2025]

aree urbane per ricevere cure. È conseguentemente probabile che i beneficiari del programma AMG debbano comunque effettuare pagamenti diretti per le cure primarie e i medicinali per compensare "lunghe code, qualità inadeguata o mancanza di farmaci in magazzino, soprattutto al di fuori della capitale e delle principali città."

> "...Furthermore, mechanisms to registering grievances do not exist.Access to health care remains uneven in Tunisia. CRES notes geographical disparities whereby urban centres not only have higher numbers of health practitioners but equally enjoy a higher quality of care. If local health care in rural zones is absent or insufficient, additional costs incur to households by travelling to urban areas for care.110 It is likely that beneficiaries of AMG still make out-of-pocket payments for primary care and medicines to compensate for "long queues, inadequate quality, or a lack of medications in stock, particularly outside of the capital and main cities"…" [10]

In linea con questo, i risultati dell'ultima indagine Afrobarometer, condotta prima della pandemia COVID-19, mostrano che molti tunisini non hanno un accesso adeguato alle cure sanitarie e all'acqua, e la maggior parte di loro ritiene che il governo stia facendo un pessimo lavoro nel fornire tali servizi. I cittadini poveri e quelli delle zone rurali hanno particolari difficoltà nell'ottenere servizi sanitari. Questi risultati evidenziano due aree prioritarie per l'azione del governo, soprattutto alla luce delle esigenze della pandemia COVID-19 riguardanti l'igiene e l'assistenza sanitaria:

> "..Findings from the most recent Afrobarometer survey, conducted before the COVID-19pandemic, show that many Tunisians lack adequate access to health care and water, andmost say the government is doing a poor job of providing these services. Poor and ruralcitizens are especially likely to have trouble getting health care services. These findings pointto two priority areas for government action, especially given the demands of the COVID-19pandemic for hygiene and health care…"[11]

Questo è in linea con quanto riportato dal report della WHO del 2015 che riporta come le lacune nella fornitura di assistenza sanitaria includono una disparità geografica nella distribuzione di professionisti sanitari e l'accesso ai servizi di specialità medica nelle aree remote. Inoltre, la gestione centralizzata del sistema sanitario ostacola la capacità di rispondere alle esigenze locali, mentre il livello di assistenza primaria manca della capacità di rispondere adeguatamente ai problemi di salute della comunità e di garantire un'adeguata coordinazione con gli altri livelli di assistenza. A livello ospedaliero, la concentrazione delle cure terziarie negli ospedali universitari significa che essi sono sovraccarichi, mentre i tassi di occupazione dei letti negli ospedali di distretto e regionali rimangono molto bassi a causa dell'assenza di un percorso di cura ben definito. Non ci sono incentivi per il miglioramento della qualità, anche se di recente è stata

---

[10] Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), Social Protection Country Profile: Tunisia, 2016, available at: https://www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/tunisia-social-protection-profile-english_0.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[11] Afrobarometer, Many Tunisians lack adequate access tohealth care and water, rate government poorly, September 2020, avialable at: https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ad393-many_tunisians_lack_adequate_access_to_water_and_health_care-22sept20.pdf [Accessed on 20/10/2025]

istituita un'agenzia nazionale di accreditamento, che tuttavia non è ancora operativa. La debole regolamentazione dei fornitori di cure private e le partnership pubblico-privato insufficienti sono altre sfide:

> "...Gaps in the delivery of health care include a geographical disparity in the distribution of health care professionals and access to medical specialty services in remote areas. The centralized management of the health system impedes responsiveness to local needs. The primary care level lacks the capacity to adequately respond to community health problems and ensure appropriate coordination with the other levels of care. At the hospital level, the focus on tertiary care in university hospitals means these are overburdened, while district and regional hospitals bed occupancy rates remain very low due to the absence of a well-defined care pathway. There are no incentives for quality improvement, although a national accreditation agency has recently been established, but is not yet operational. Weak regulation of private care providers and insufficient public–private partnerships are other challenges…"[12]

Questa problematica è registrata anche nel numero di professionisti sanitari disponibili. Nello specifico si può vedere come la maggior parte dei professionisti lavori in realtà in strutture private e che questo numero è sempre in aumento:

Discipline	2017			2018			2019		
	Privé	Public	Total	Privé	Public	Total	Privé	Public	Total
Médecins Spécialistes	5118	3163	8281	5264	3184	8448	5477	3247	8724
Médecins Généralistes	3495	4296	7791	3535	4251	7786	3586	4256	7842
Total Général	8613	7459	16072	8799	7435	16234	9063	7503	16566

Source : CNOM

Tableau 1: Répartition des médecins actifs selon le secteur et la discipline

Figura 1. Ripartizione dei medici attivi in funzione al settore e alla disciplina. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [13]

Sempre nell'ambito della disponibilità di professionisti medici, il report del Ministero della Salute della Tunisia, riporta il seguente assetto:

[12] WHO (2015) Tunisia NCDs Country Profile, available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/EMROPUB_EN_19615-TUN.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[13] République Tunisienne, Ministère de la Santé (2019) DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ available at: http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf [Accessed on 20/10/2025] **NOTA:** Fonte non più disponibile, accesso tramite: https://web.archive.org/web/20221127152323/http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf

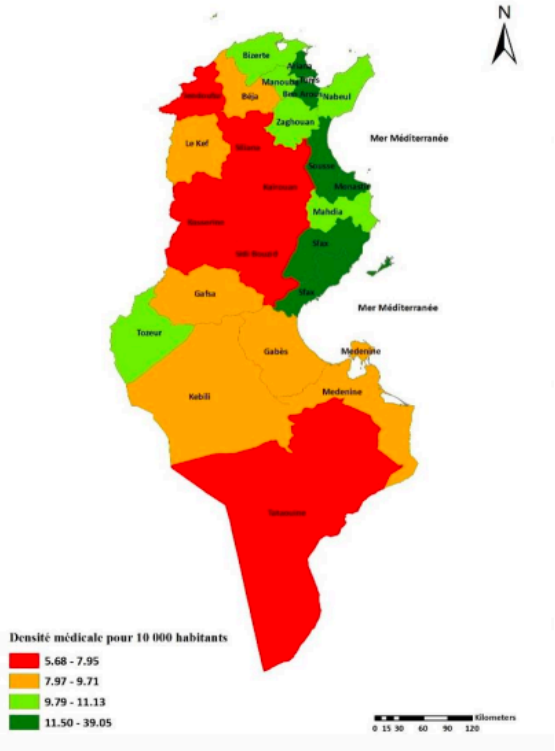

Figura 2. Disponibilità di medici nelle diverse regioni della Tunisia. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [14]

Queste informazioni concordano con ciò che è stato pubblicato nel 2020 dal WHO in un report relativo alla disponibilità dei professionisti sanitari in Tunisia, in cui si evidenzia come la distribuzione geografica del personale sanitario è fortemente sbilanciata a favore delle città costiere. Inoltre, la motivazione del personale sanitario risulta bassa a causa delle difficili condizioni di lavoro e delle scarse prospettive di carriera, di conseguenza, i servizi pubblici competono con le strutture private per attirare e trattenere il personale, oltre ad assistere anche un'emigrazione verso paesi ad alto reddito che offrono salari molto più elevati. Sebbene dopo la rivoluzione del 2011, i servizi pubblici hanno assunto molti operatori sanitari non clinic, dal 2017 le assunzioni sono state molto limitate a causa di una più ampia ristrutturazione del settore pubblico, conseguentemente vi è una significativa disoccupazione del cosiddetto "personale paramedico", in particolare degli assistenti di cura. Finalmente viene riportato come ci siano tassi elevati di assenteismo e molte giornate sono perse a causa di scioperi:

> "... ▪ The geographic distribution of health workforce is highly imbalanced in favour of coastal cities.
> ▪ Motivation of health personnel is low due to difficult working conditions and poor career prospects. As a consequence, public services compete with private structures to attract and retain personnel. There is also emigration to higher-income countries that offer much higher salaries.

[14] République Tunisienne, Ministère de la Santé (2019) DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ available at: http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf [Accessed on 20/10/2025] **NOTA:** Fonte non più disponibile, accesso tramite: https://web.archive.org/web/20221127152323/http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf

> ▪ Public services recruited many non-clinical health workers after the 2011 revolution. However, there has been very limited recruitment since 2017 due to wider public sector restructuring. There is significant unemployment of so-called "paramedical personnel", in particular of care assistants.
> ▪ There are high rates of absenteeism and many days are lost to strikes.…"[15]

Inoltre, una fonte riporta come le cura primarie (centrale nella gestione delle malattie croniche) non è ben coordinata con i livelli superiori e non risponde sempre alle esigenze di salute della comunità. La mancanza di percorsi di cura ben definiti e la scarsa gestione delle porte di accesso inviano molti pazienti alle strutture di livello superiore:

> "...Primary care is not well coordinated with higher levels and does always respond to the community health needs. Lack of well-defined care pathways and ineffective gate keeping send many patients to higher level facilities…"[16]

Dati recenti, dimostrano anche un crescente livello di disuguaglianza sociale ed economica in Tunisia, che ha cominciato a emergere dopo la rivoluzione del 2011. I tassi di malattie e problemi di salute per le persone a basso reddito stanno peggiorando in quasi tutte le categorie e aree geografiche del paese. Nonostante il paese abbia visto un miglioramento costante a livello economico, sociale e sanitario a livello della popolazione, raggiungendo un Indice di Sviluppo Umano (HDI) di 0.739 nel 2018 rispetto a 0.634 nel 1998, che è considerato un buon indicatore statistico dell'aspettativa di vita, dell'istruzione e del reddito pro capite, questo miglioramento costante dell'HDI è nascosto dietro una distribuzione diseguale della crescita e dello sviluppo complessivo tra le regioni, i gruppi socioeconomici e il genere, approfondendo le disuguaglianze e disparità tra i gruppi sociali con un Indice di Sviluppo Umano corretto per le disuguaglianze (IHDI) di 0.585:

> "...Recent data (Institut national de la santé, 2019; Institut national de statistiques, 2018)demonstrate a staggering and growing degree of social and economic inequality in Tunisia thatstarted to emerge to the surface after the revolution in 2011. Rates of disease and illness for people with low income are worsening across almost all categories and geographic areas across the country. Although the country has seen a sustained improvement in economic, social and health statuses on the population level (Ben Romdhane & Grenier, 2009; Boutayeb & Helmert, 2011) reaching an HDI (Human Development Index) of 0.739 in 2018 against 0.634 in 1998, which is considered a good statistical indicator of life expectancy, education, and per capita income. However, this steadily increased HDI is hidden behind an unequal distribution of the overall growth and development between regions, socio-economic groups and gender, deepening inequalities and

---

[15] WHO (2020) Health workforce snapshot TUNISIA. available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/Tunisia-HWF-Snapshot_2020.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[16] Afrobarometer, Many Tunisians lack adequate access tohealth care and water, rate government poorly, September 2020, avialable at: https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ad393-many_tunisians_lack_adequate_access_to_water_and_health_care-22sept20.pdf [Accessed on 20/10/2025]

> disparities between social groups with an Inequality-adjusted Human Development Index (IHDI) of 0.585 (Boutayeb & Helmert, 2011; World Bank, 2020)..."[17]

In linea con questo il report sulla performance della governance tunisina, mette in luce come ci siano dei risultati variabili, soprattutto quando si prendono in considerazione le differenze di status socio-economico e municipio. Le donne di cinquant'anni che si trovano in fondo alla gerarchia socio-economica sono le più vulnerabili. Più di tre quarti di coloro che soffrono di malattie croniche nel campione provengono dalle classi sociali basse o medio-basse. Inoltre, la salute mentale auto-riferita è quasi cinque volte peggiore per la classe sociale più bassa rispetto alla classe superiore. [...] Inoltre, coloro che soffrono di malattie croniche hanno maggiori probabilità di avere bisogni sanitari non soddisfatti. Tra coloro che hanno una malattia cronica, il 54% segnala almeno un bisogno sanitario non soddisfatto nel loro nucleo familiare, rispetto al percentuale di coloro che non hanno una malattia cronica:

> "...Our findings vary, especially when socioeconomic status and municipality differences are taken into account. Women in their 50s who are at the bottom of the socioeconomic hierarchy are the most vulnerable. More than three-fourths of those suffering chronic disease in the sample come from lower or lower-middle class. Moreover, self-reported mental health is almost five times worse for the lower social class in comparison with the upper class. [...] Those with chronic illnesses are more likely to have unmet health needs. Of those with a chronic disease, 54 percent report at least one unmet health need in their household, compared with percent of those without a chronic illness…"[18]

°°°

2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da malattie mentali

Introduzione

Le fonti riportano la Tunisia, sia un Paese a reddito medio-basso situato in Nord Africa, che si colloca tra i molti Paesi che si preoccupano di fornire un'assistenza efficace per la salute mentale per colmare il crescente divario di trattamento della salute mentale. Questo divario è in aumento a causa della diffusione di sintomi di salute mentale non trattati, soprattutto dopo la rivoluzione del 2010-2011. Mentre la mancanza di cure è causata, in parte, da problemi di risorse umane:

> "...Tunisia, a lower-middle-income country located in North Africa [53], is among the many countries con- cerned with the provision of effective mental health care to target the growing mental health

---

[17] Advances in Social Sciences Research Journal – Vol. 8, No. 4, Publication Date: April 25, 2021, DOI:10.14738/assrj.84.10082., The Social Roots of Health Inequity in Tunisia: A Preliminary Study on the Social Determinants of Health Inequity, available at: https://documents.aucegypt.edu/Docs/src/SDH/The%20Social%20Roots%20of%20Health%20Inequity%20in%20Tunisia.pdf [Accessed on 20/10/2025]

[18] The Tunisian Local Governance Performance Index: Selected Findings on Health, ReportMarch 2017SERIES 2017:3, available at: https://gld.gu.se/media/1253/tunisia-lgpi-health-report.pdf [Accessed on 20/10/2025]

> treatment gap [23]. This gap is on the rise given widespread untreated mental health symptoms, especially since the 2010–2011 Revolution [23, 54–57]. Lack of treatment is caused, in part, by human resource challenges [23, 39, 58]." [19]

Uno studio riporta come esistano pochi studi sulla salute mentale della popolazione generale in Tunisia, tra cui solo una ricerca sulla popolazione tunisina pubblicata nel 2017 ha sottolineato una prevalenza del 33% e del 31% di sintomi ansiosi e depressivi rispettivamente:

> "...There are few studies on mental health among the general population in Tunisia. One study on Tunisian population published in 2017 underlined a prevalence of 33% and 31% of anxiety and depressive symptoms respectively [15]…"[20,21]

Similmente, le fonti riporta come l'Organizzazione Mondiale della Sanità classifichi la depressione come la 4° causa di disabilità a livello mondiale:

> "...The World Health Organization ranks depression as the fourth leading cause of disability worldwide…"[22]

Al fine di identificare la prevalenza e la gravità della depressione nella popolazione generale tunisina e definire le caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti positivi allo screening della depressione. È stato avviato uno studio trasversale e descrittivo. Sono stati arruolati 134 partecipanti, rappresentativi della popolazione generale tunisina. L'età, il sesso e il livello di istruzione sono stati i principali criteri di rappresentatività. La fonte riporta come la depressione sia stata valutata con il Patient Health Questionnaire (PHQ-9) con una prevalenza del 13,4%. Non ci sono state differenze statistiche per quanto riguarda il sesso, l'istruzione e l'età per la prevalenza della depressione:

---

[19] Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]

[20] Bouattour W, Turki M, Ellouze S, Messedi N, Charfeddine F, Halouani N, Aribi L, Aloulou J. Psychological responses of Tunisian general population during COVID-19 pandemic. Pan Afr Med J. 2021 Oct 4;40:74. doi: 10.11604/pamj.2021.40.74.26379. PMID: 34909069; PMCID: PMC8637751. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8637751/ [Accessed on 20/10/2025]

[21] La stessa fonte, volta a documentare l'impatto del COVID-19 sulla salute psicologica della popolazione riporta come le persone con una storia di malattia mentale siano state più colpite: *"...Participants with history of mental illness were significantly more likely to experience anxiety, depressive symptoms and insomnia [...] This fragile population may be at risk of relapse following the pandemic [31]. Containment measures and cessation of non-urgent medical consultations made it difficult for these patients to see their referrers and to have renewal of medical prescriptions [32]. [...] ces for psychological support and interventions. Our study showed that having experienced a traumatic event in the past 14 days was correlated to anxiety, depressive symptoms and insomnia…"* Bouattour W, Turki M, Ellouze S, Messedi N, Charfeddine F, Halouani N, Aribi L, Aloulou J. Psychological responses of Tunisian general population during COVID-19 pandemic. Pan Afr Med J. 2021 Oct 4;40:74. doi: 10.11604/pamj.2021.40.74.26379. PMID: 34909069; PMCID: PMC8637751. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8637751/ [Accessed on 20/10/2025]

[22] H. Belhadj1,∗, R. Jomli2 (2017) Prevalence of depression in Tunisian general population. 25th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 41S (2017) S521–S582. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.696 [Accessed on 25/07/2023]

> "...To identify prevalence and severity of depression in Tunisian general population and define socoiodemographic char- acteristics of screened positive to depression participants. [...] We undertook a cross-sectional and descriptive study. A total of 134 participants, representative of the Tunisian general population, were enrolled. Age, gender, and educational level were the major criteria for representativeness. Depression was assessed with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). [...] The cut-off score was 10. The prevalence of depression was 13.4%. There were no statistical difference in gender, education and age for the prevalence of depression.…"[23]

Si riporta inoltre che recenti studi svolti in Tunisia mettono in luce come la depressione sia spesso associata ad altri disturbi come l'epilessia[24,25], il morbo di Parkinson[26], Distrofia Miopatia[27].

Per gli adolescenti tunisini, ci sono diverse sfide che hanno influito sulla loro salute mentale. Secondo l'indagine a indicatori multipli del 2018, quasi il 20% dei giovani tunisini di età compresa tra i 15 e i 17 anni soffre di ansia e circa il 5% di depressione. 1 Dopo la rivoluzione, la prevalenza complessiva dei suicidi è aumentata di 1,7 volte, passando da 1,8 (nel periodo 2007-2010) a 3,12 (nel periodo 2011-2014) suicidi ogni 100.000 persone all'anno.2 Allo stesso modo, è aumentato il consumo di sostanze psicoattive; ad esempio, la prevalenza del consumo di cannabis tra gli studenti delle scuole superiori di età compresa tra i 16 e i 18 anni è aumentata dall'1,4% nel 2013 al 7,9% nel 2021.3 Inoltre, si è registrato un notevole aumento della violenza scolastica come fenomeno del tutto nuovo, soprattutto nei quartieri emarginati delle aree urbane:

> "...For Tunisian adolescents, this poses challenges that have affected their mental health. According to the 2018 Multiple Indicator Cluster Survey, almost 20% of young Tunisians aged 15–17 years have anxiety and around 5% have depression.1 Since the revolution, the overall suicide prevalence has

---

[23] H. Belhadj1,∗, R. Jomli2 (2017) Prevalence of depression in Tunisian general population. 25th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 41S (2017) S521–S582. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.696 [Accessed on 25/07/2023]

[24] WHO Eastern Mediterranean Region (2017) Reducing the stigma of mental health disorders in Tunisia with a focus on future doctors. Available at: https://www.emro.who.int/mnh/news/reducing-the-stigma-of-mental-health-disorders-in-tunisia-with-a-focus-on-future-doctors.html [Accessed on 20/10/2025]

[25] Ahmed Jallouli, Rafik Machraoui, Younes Samia, Évaluation de la qualité de vie des patients épileptiques : étude d'une série tunisienne, Revue Neurologique, Volume 179, 2023, https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.01.415 [Accessed on 25/07/2023]

[26] S. Kolsi1*, E. Fakhfakh2, N. Messedi1, I. Chaari1, F. Charfeddine1, L. Aribi1, N. Farhat2, C. Mhiri2 and J. Aloulou1 (2023) ANXIETY AND DEPRESSION IN TUNISIAN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE. Published online by Cambridge University Press. Available at: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2041 [Accessed on 20/10/2025]

[27] Emna Kacema, Salma Sakkaa, Thouraya Mguidicha, Saloua Frayb, Nadia Bouattourc, Khadija Sonda Moallad, Sawsan Daoude, Hanene Hajkacemd, Nouha Farhate, Mariem Damake, Chokri Mhiria (2021) Depression and anxiety in adults with myotonic dystrophy type 1 in Tunisian population. Abstracts / Journal of the Neurological Sciences 429 (2021) 118075. Available at: https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(21)01114-X/abstract [Accessed on 20/10/2025]

increased by 1·7 times, from 1·8 (in 2007–10) to 3·12 (in 2011–14) suicides per 100 000 people per year.2 Similarly, the consumption of psychoactive substances has been increasing; for example, the prevalence of cannabis use in high school students aged 16–18 years increased from 1·4% in 2013 to 7·9% in 2021.3 In addition, there has been a remarkable increase in school violence as an entirely new phenomenon, especially in marginalised neighbourhoods in urban areas.4.…"[28]

°

Governance e finanziamento

Il report del 2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riporta come sia presente un piano nazionale per la salute mentale e una legislazione, tuttavia queste non hanno un grado di compliance completa con le convenzioni dei diritti umani (rispettivamente di grado 2 e 3) e non sono allocate risorse umane o finanziarie per l'implementazione del piano per salute mentale:

MENTAL HEALTH SYSTEM GOVERNANCE			
Mental health policy / plan		**Mental health legislation**	
Stand-alone policy or plan for mental health:	Yes	Stand-alone law for mental health:	Yes
(Year of policy / plan):	2013	(Year of law):	2005
Policy / plan is in line with human rights covenants (self-rated 5-points checklist score; 5 = fully in line)[6]	2	Law is in line with human rights covenants (self-rated 5-points checklist score; 5 = fully in line)[7]	4
Human resources are estimated and allocated for implementation of the mental health policy/plan	No	The existence of a dedicated authority or independent body to assess compliance of mental health legislation with international human rights	A dedicated authority undertakes irregular inspections of mental health services and irregularly responds to complaints of human rights violations
Financial resources are estimated and allocated for implementation of the mental health policy/plan	No		
The mental health policy / plan contains specified indicators or targets against which its implementation can be monitored	Indicators were available but not used		
Child and/or adolescent mental health policy/plan			
Stand-alone or integrated policy or plan for child mental health	No	Stand-alone or integrated policy or plan for adolescent mental health	No
(Year of child mental health policy / plan):	-	(Year of adolescent mental health policy / plan):	-
Suicide prevention strategy/policy/plan			
Stand-alone or integrated strategy/policy/plan for suicide prevention	Yes	(Year of strategy/policy/plan)	2013

Figura 1. Governance del sistema di salute Mentale in Tunisia. Tratto da: WHO [29]

Inoltre le fonti riportano come sia chiaro che la mancanza di leadership a livello nazionale nel campo della salute mentale è una delle principali cause della frammentazione dell'approccio alla salute mentale, della mancanza di un trattamento specifico delle questioni relative alla malattia mentale nelle riforme del settore sanitario e della mancanza di definizione dei ruoli e delle responsabilità delle varie parti coinvolte:

---

[28] Uta Ouali, Amina Aissa, Amine Larnaout, Zeineb Abbes, Fatma Charfi, Asma Bouden, Joseph Ventura (2024) Youth mental health in Tunisia: challenges and resources. www.thelancet.com/psychiatry Vol 12 February 2025 Available at: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00329-8 [Accessed on 25/07/2023]

[29] World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2020). Mental Health Atlas. Member State Profile Tunisia. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tun-2020-country-profile [Accessed on 20/10/2025]

> "...Il est évident que l'absence de leadership au niveau national dans le domaine de la Santé Mentale constitue une lacune majeure et serait l'une des principales causes de la fragmentation de l'approche de la Santé Mentale, de l'absence d'un traitement spécifique des problématiques de la Maladie Mentale dans les réformes du secteur de la santé et de l'absence de définition des rôles et des responsabilités des différentes parties concernées…"[30]

Nel 1990, il Ministero della Salute tunisino ha avviato un Piano nazionale per la salute mentale, che è stato sviluppato in un Piano d'azione nazionale multisettoriale in collaborazione con l'OMS, finalizzato nel 2024 e la cui pubblicazione è prevista per il 2025. Esso comprende un piano nazionale per la promozione della salute mentale nei bambini e negli adolescenti, avviato nel 2022. Le priorità per il periodo 2022-2025 includevano la promozione della salute mentale perinatale; la diagnosi precoce e la cura dei disturbi dello sviluppo neurologico; la promozione del benessere e la gestione dei disturbi dello sviluppo neurologico nel sistema educativo; la prevenzione del suicidio; la prevenzione della violenza nelle scuole e l'assistenza multisettoriale alle vittime; e la prevenzione dei comportamenti di dipendenza. Per raggiungere questi obiettivi, sarà attuata una strategia multisettoriale con interventi mirati di salute mentale durante tutto il ciclo di vita, in particolare nei gruppi vulnerabili della popolazione, e per ridurre lo stigma e la discriminazione. La logica è che finora in Tunisia uno dei principali ostacoli all'attuazione di interventi efficaci e sostenibili in materia di salute mentale è stata la mancanza di collaborazione tra le parti interessate nel campo della salute mentale e in settori correlati, quali i servizi sociali, l'istruzione, la giustizia e gli affari religiosi. I progressi in questo settore richiedono uno sforzo di collaborazione continuo per promuovere le risorse umane e finanziarie con le autorità:

> "...In 1990, the Tunisian Ministry of Health initiated a National Mental Health Plan, which was developed into a National Multisectoral Action Plan in collaboration with WHO, finalised in 2024 and due to be published in 2025. It includes a national plan for the promotion of mental health in children and adolescents, launched in 2022. Priorities for the period 2022 to 2025 included the promotion of perinatal mental health; early detection and care for neurodevelopmental disorders; the promotion of wellbeing and management of neurodevelopmental disorders in the educational system; the prevention of suicidality; the prevention of violence in schools and multisectoral care for victims; and the prevention of addictive behaviours. To accomplish these goals, a multisectoral strategy will be implemented with targeted mental health interventions throughout the lifecycle, especially in vulnerable groups of the population and to reduce stigma and discrimination. The rationale is that so far in Tunisia, one of the main obstacles in implementing effective and sustainable mental health interventions has been the lack of collaboration between stakeholders in mental health and related fields, such as social services, education, justice, and religious affairs. Progress in this area requires continuous collaborative effort to advocate for human and financial resources with the authorities…."[31]

Finalmente nel report dell'OMS non sono state rilevate risorse per la salute mentale, e sebbene le persone che hanno un regime assicurativo non pagano nulla al momento della visita, devono pagare almeno il 20% dei costi dei medicinali:

---

[30] Unité de Promotion de la Santé Mentale (2013). La Stratégie Nationale de Promotion de la Santé Mentale (SNAPSAM). Ministry of Health. Available at: https://www.mindbank.info/item/6277/. [Accessed on 20/10/2025]

[31] Uta Ouali, Amina Aissa, Amine Larnaout, Zeineb Abbes, Fatma Charfi, Asma Bouden, Joseph Ventura (2024) Youth mental health in Tunisia: challenges and resources. www.thelancet.com/psychiatry Vol 12 February 2025 Available at: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00329-8 [Accessed on 25/07/2023]

RESOURCES FOR MENTAL HEALTH			
Mental health financing			
The government's total expenditure on mental health as % of total government health expenditure	-	The government's total expenditure on mental hospitals as % of total government mental health expenditure	-
Insurance for mental health			
How the majority of persons with mental health conditions pay for mental health services	Persons pay nothing at the point of service use (fully insured)	How the majority of persons with mental health conditions pay for psychotropic medicines	Persons pay at least 20% towards the cost of medicines
The care and treatment of persons with mental health conditions (psychosis, bipolar disorder, depression) is included in national health insurance or reimbursement schemes in your country			Yes

Figura 2. Governance del sistema di salute Mentale in Tunisia. Tratto da: WHO [32]

Questo è anche documentato da un'altra fonte che riporta come anche in Tunisia il finanziamento dei servizi di salute mentale abbiano un basso finanziamento e sopratutto targettizzato verso le strutture ospedaliere:

> "...There is very low mental health funding in LMICs, including in Tunisia, with the bulk of financial resources allocated to mental health hospitals and less to primary care and less to primary care and community-based services…" [33]

°

Disponibilità di professionisti e barriere geografiche

Le fonti riportano come la mancanza di cure sia causata, in parte, da problemi di risorse umane [23, 39, 58]. In primo luogo, vale la pena di sottolineare le carenze nella disponibilità di operatori di salute mentale qualificati. Gli psichiatri sono distribuiti in modo disomogeneo nel Paese, creando disparità nell'assistenza [23, 58]. Più specificamente, essi si trovano principalmente nella capitale o lungo la costa, nonostante il tasso di suicidi sia più alto nell'interno del Paese [23]. Inoltre, gli infermieri specializzati in salute mentale e i fornitori di assistenza psicosociale sono stimati rispettivamente a 3,7 per 100.000 e 2,9 per 100.000 persone, numeri insufficienti a soddisfare l'attuale necessità in Tunisia [6]. Per far fronte a questa carenza, il numero di infermieri per la salute mentale e di operatori psicosociali necessari è previsto rispettivamente a 13,7 per 100.000 e 9,8 per 100.000 persone [6]:

> "...Lack of treatment is caused, in part, by human resource challenges [23, 39, 58]. First, it is worth highlighting deficits in the availability of trained mental health providers. Psychiatrists are unevenly

[32] World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2020). Mental Health Atlas. Member State Profile Tunisia. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tun-2020-country-profile [Accessed on 20/10/2025]

[33] Charfi, F., Ouali, U., Spagnolo, J., Belhadj, A., Nacef, F., Saidi, O., & Melki, W. (2021). Highlighting successes and challenges of the mental health system in Tunisia: an overview of services, facilities, and human resources. Journal of Mental Health, 1-9. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2021.1875414?scroll=top&needAccess=true [Accessed on 20/10/2025]

> distributed across the country, creating disparities in care [23, 58]. More specifically, they are mainly located in and around the capital, or along the coastline, despite suicide rates being reported as highest in the interior of the country [23]. In addition, mental health nurses and psychosocial care providers are estimated at 3.7 per 100,000 and 2.9 per 100,000 people respectively, numbers insufficient to meet current need in Tunisia [6]. To address this shortage, the number of needed mental health nurses and psychosocial care providers is projected at 13.7 per 100,000 and 9.8 per 100,000 people respectively [6]." [34]

Nell'ambito della formazione dei professionisti, una fonte riporta che è stato avviato il piano nazionale per lo screening e la fornitura di servizi per i disturbi dello spettro autistico, in collaborazione tra il Ministero della Salute tunisino, il Ministero delle Donne, dei Bambini, della Famiglia e degli Anziani e il Ministero dell'Istruzione. Nel 2023, 80 medici di base di tutte le regioni tunisine hanno ricevuto una formazione sull'uso della Checklist modificata per l'autismo nei bambini piccoli, che a loro volta formeranno gli infermieri. [...] Nel 2015, il Ministero della Salute ha avviato una strategia nazionale contro il suicidio. Circa 500 medici di base in tutti i 24 governatorati tunisini sono stati formati sulla gestione dei comportamenti suicidari e i giornalisti sono stati istruiti su una copertura mediatica responsabile.8 Per attuare pienamente la strategia, nel 2019 e nel 2022 sono stati formati 99 medici e psicologi che lavorano nella medicina scolastica sulle tecniche di post-intervento. Per ogni decesso per suicidio di uno studente appartenente a un istituto scolastico, viene attivato il gruppo di post-intervento della regione, che fornisce poi sostegno psicosociale alla famiglia e ai coetanei dell'individuo. Per mantenere la collaborazione tra i diversi soggetti interessati e garantire la sostenibilità del piano multisettoriale nazionale, sarà creato un comitato interministeriale per la salute mentale guidato dal Ministro della Salute, composto da 40 soggetti interessati, e sarà nominato un commissario interministeriale:

> "...national plan to screen and provide services for autism spectrum disorder, which was launched in collaboration between the Tunisian Ministry of Health, the Ministry of Women, Children, Family and Elderly Persons, and the Ministry of Education. In 2023, training in the use of the Modified Checklist for Autism in Toddlers was provided to 80 primary care physicians of all Tunisian regions, who will, in turn, train nurses. [...] In 2015, the Ministry of Health initiated a National Suicide Strategy. About 500 primary care physicians in all 24 Tunisian governorates were trained in the management of suicidal behaviour, and journalists were educated in responsible media coverage.8 To fully implement the strategy, 99 physicians and psychologists working in school medicine were trained in 2019 and 2022 in postvention techniques. For each death by suicide of a student belonging to an educational institution, the postvention group of the region is activated, which then provides psychosocial support to the individual's family and peers. To maintain collaboration between the different stakeholders and guarantee the sustainability of the national multisectoral plan, an interministerial mental health committee headed by the Minister of Health will be created, composed of 40 stakeholders, and one interministerial commissioner will be nominated…"[35]

---

[34] Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]

[35] Uta Ouali, Amina Aissa, Amine Larnaout, Zeineb Abbes, Fatma Charfi, Asma Bouden, Joseph Ventura (2024) Youth mental health in Tunisia: challenges and resources. www.thelancet.com/psychiatry Vol 12 February 2025 Available at: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00329-8 [Accessed on 25/07/2023]

Il report del Ministero della salute della Tunisia riporta come ci siano 314 psichiatri distribuiti in modo disomogeneo nel paese:

Spécialités médicales	TUNIS	ARIANA	BEN AROUS	MANNOUBA	BIZERTE	NABEUL	ZAGHOUAN	BÉJA	JENDOUBA	LE KEF	SILIANA	Sousse	Monastir	Mahdia	SFAX	Kairouan	KASSERINE	SIDI BOUZID	GABÈS	MÉDENINE	TATAOUINE	GAFSA	TOZEUR	KÉBILI	Total général
Psychiatrie	85	30	15	40	9	14	0	3	3	1	2	23	16	11	47	4	1	1	3	4	0	1	1	0	314

Figura 2. Disponibilità di psichiatri nelle diverse regioni della Tunisia. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [36]

In parziale accordo il report dell'OMS dell'anno successivo riporta come ci siano 338 psichiatri, 393 infermiere specializzate, 190 psicologi, 27 assistenti sociali, e 78 altri professionisti:

Mental health workforce

	Total Number (gov. and non gov.)	No. per 100 000 population
Psychiatrists	338	2.89
Mental health nurses	393	3.36
Psychologists	190	1.62
Social workers	27	0.23
Other specialized mental health workers (e.g. Occupational Therapists)	78	0.67
Total mental health professionals	1 026	8.77

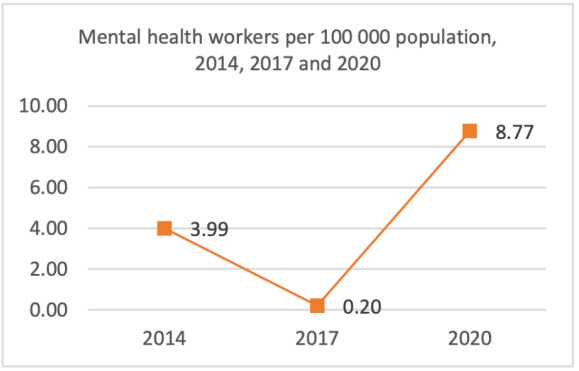

Figura 3. Personale di salute Mentale in Tunisia. Tratto da: WHO [37]

Inoltre, in un report redatto dalla Repubblica della Tunisia si evince come il numero di psichiatri per popolazione sia diverso nelle diverse zone della Tunisia:

[36] République Tunisienne, Ministère de la Santé (2019) DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ available at: http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf [Accessed on 25/07/2023] **NOTA:** Fonte non più disponibile, accesso tramite: https://web.archive.org/web/20221127152323/http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf

[37] World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2020). Mental Health Atlas. Member State Profile Tunisia. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tun-2020-country-profile [Accessed on 20/10/2025]

Gouvernorat	Pédo psychiatrie	Pneumologie	Psychiatrie
Tunis	0,08	0,73	0,79
Ariana	0,00	0,72	0,46
Ben Arous	0,01	0,16	0,21
Mannouba	0,10	0,05	0,96
Grand Tunis	0,05	0,48	0,60
Nabeul	0,01	0,27	0,16
Zaghouan	0,00	0,27	0,00
Bizerte	0,00	0,22	0,15
Nord Est	0,01	0,25	0,14
Béja	0,00	0,20	0,10
Jendouba	0,00	0,10	0,07
Le Kef	0,00	0,08	0,04
Siliana	0,00	0,04	0,09
Nord-Ouest	0,00	0,11	0,08
Sousse	0,05	0,33	0,31
Monastir	0,07	0,27	0,27
Mahdia	0,00	0,20	0,25
Sfax	0,10	0,37	0,46
Centre Est	0,06	0,31	0,35
Kairouan	0,02	0,07	0,07
Kasserine	0,00	0,04	0,02
Sidi Bouzid	0,02	0,04	0,02
Centre Ouest	0,01	0,05	0,04
Gabès	0,00	0,20	0,08
Médenine	0,02	0,16	0,08
Tataouine	0,00	0,00	0,00
Sud Est	0,01	0,15	0,07
Gafsa	0,00	0,17	0,03
Tozeur	0,00	0,00	0,09
Kébili	0,00	0,06	0,00
Sud-Ouest	0,00	0,11	0,03
Tunisie Entière	0,03	0,27	0,27

Tableau 8: Der

Figura 3. Disponibilità di psichiatri nelle diverse regioni della Tunisia. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [38]

Inoltre, le fonti segnalano come il contesto spinga il personale psichiatrico qualificato a lavorare nel settore medico privato, concorrendo alla creazione di maggiori disuguaglianze in termini di accesso alla salute, il depauperamento del sistema assistenziale pubblico e l'equità nell'accesso alle cure:

> "...Our findings highlight that most psychiatrists work in the private sector in Tunisia. One possible explanation for this might be that there is very little financial incentive to work in the public sector. This challenge may reinforce social and health inequities through the encouragement of a two-tiered system (Carbonell et al., 2020) and hinder public sector task-sharing initiatives. In addition, most public sector psychiatrists work in the north of the country or along the coastline, therefore challenging equitable access to care…" [39] [40],

---

[38] République Tunisienne, Ministère de la Santé (2019) DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ available at: http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf [Accessed on 25/07/2023] **NOTA:** Fonte non più disponibile, accesso tramite: https://web.archive.org/web/20221127152323/http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf

[39] Charfi, F., Ouali, U., Spagnolo, J., Belhadj, A., Nacef, F., Saidi, O., & Melki, W. (2021). Highlighting successes and challenges of the mental health system in Tunisia: an overview of services, facilities, and human resources. Journal of Mental Health, 1-9. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2021.1875414?scroll=top&needAccess=true [Accessed on 20/10/2025]

[40] e ancora: *"...The big resort of patients to the private sector of health care services is an important finding in the present study. In fact, one third of the cases consulted directly the private sector. This could be explained by the difficulties of access to public health care services as mentioned, but also by the cultural and social representation of psychiatric illness in Tunisia..."* Houyem Khiari et al. (2019) Pathways to mental health care

Similmente, un'altra fonte riporta come in Tunisia, i servizi specialistici di assistenza sanitaria mentale sono distribuiti in modo molto disomogeneo sul territorio. Pertanto, la maggior parte delle persone che necessitano di assistenza sanitaria mentale si rivolge all'ospedale Razi nella capitale, l'unico ospedale specializzato in assistenza sanitaria mentale del Paese. Al di fuori della capitale, le persone si rivolgono alle poche unità psichiatriche annesse agli ospedali universitari generali o alle unità psichiatriche molto limitate degli ospedali regionali [15]. Il presente studio ha confermato questi risultati, secondo cui poco meno di un quinto dei casi (17,7%) si è rivolto all'ospedale Razi, una percentuale molto bassa (2,1%) ha consultato uno psichiatra in un ospedale generale e un quinto (21,1%) ha consultato uno psichiatra in uno studio privato. Il grande ricorso dei pazienti al settore privato dei servizi sanitari è un risultato importante del presente studio. Infatti, un terzo dei casi ha consultato direttamente il settore privato. Ciò potrebbe essere spiegato dalle difficoltà di accesso ai servizi sanitari pubblici, come già menzionato, ma anche dalla rappresentazione culturale e sociale della malattia psichiatrica in Tunisia [37] [...] Il presente studio ha mostrato che il ritardo medio nella consultazione era di 15 mesi (±23,0) con una mediana di 6 mesi. Questo ritardo è considerato molto lungo rispetto al ritardo totale medio di 16,3 (±21,3) settimane a livello mondiale [42]:

> "...In Tunisia, specialist mental health care services are very unevenly distributed over the territory. So, most people seeking mental health care turn to Razi Hospital in the capital, which is the only specialized hospital in mental health care in the country. Outside of the capital, people turn to the few psychiatric units attached to general university hospitals or to very limited psychiatric units in the regional hospitals [15]. The present study confirmed these findings, where a little less than one fifth of the cases (17.7%) went to Razi Hospital, a very low part of them (2.1%) visited a psychiatrist in a general hospital and the one fifth (21.1%) visited a psychiatrist in private practice. The big resort of patients to the private sector of health care services is an important finding in the present study. In fact, one third of the cases consulted directly the private sector. This could be explained by the difficulties of access to public health care services as mentioned, but also by the cultural and social representation of psychiatric illness in Tunisia [37] [...] The present study showed that the average consultation delay was 15 months (±23.0) with a median of 6 months. This delay is considered as very long compared to the mean total delay of 16.3 (±21.3) weeks worldwide [42]…"[41]

°

Disponibilità di strutture

Come visto nelle sezioni precedenti, il sistema sanitario tunisino è composto da un settore pubblico e uno privato. Il settore pubblico è suddiviso in tre livelli di assistenza: (i) un'ampia rete di centri di assistenza sanitaria di base distribuiti uniformemente su tutto il territorio nazionale, considerati il principale punto di accesso al sistema sanitario pubblico, (ii) ospedali distrettuali e regionali e (iii) ospedali universitari e istituti specializzati. Il settore privato comprende sia studi privati che cliniche ambulatoriali e ospedaliere [15,16]. I servizi specialistici di assistenza sanitaria

for patients with severe mental illness in Tunisia. Pan African Medical Journal. 2019;34:118. Available at: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/34/118/full/ [Accessed on 20/10/2025]

[41] Khiari H, Ouali U, Zgueb Y, Mrabet A, Nacef F. Pathways to mental health care for patients with severe mental illness in Tunisia. Pan Afr Med J. 2019 Oct 29;34:118. doi: 10.11604/pamj.2019.34.118.19661. PMID: 31934259; PMCID: PMC6945374. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6945374/ [Accessed on 20/10/2025]

mentale sono forniti principalmente dagli ospedali universitari situati nella capitale (l'ospedale Razi, un ospedale psichiatrico specializzato) e lungo la costa, il che rende più difficile l'accesso alle persone che vivono nell'interno del Paese [15,17]. Questo è uno dei motivi per cui i servizi pubblici di salute mentale in Tunisia sono stati organizzati per bacino di utenza o aree di servizio. Ogni servizio accademico è responsabile della fornitura di assistenza sanitaria mentale alla popolazione e della formazione in materia di salute mentale degli operatori sanitari di base, in particolare dei medici di base, all'interno della propria area geografica definita [15]. Tuttavia, fino ad ora, le istituzioni pubbliche di secondo e primo livello offrono solo un'assistenza sanitaria mentale limitata o addirittura nulla. I finanziamenti governativi per l'assistenza sanitaria pubblica non sono stati in grado di tenere il passo con l'aumento della domanda (doppio impatto della rapida crescita demografica e dei cambiamenti nello stile di vita che incidono sulla salute). Di conseguenza, gran parte della popolazione si è rivolta sempre più spesso al settore privato costoso per rispondere ai propri bisogni sanitari:

> "...The health care system in Tunisia is comprised of a public and a private sector. The public sector is divided into three levels of care: (i) a large network of primary health care centers which are distributed evenly throughout the country, which are considered the main entry point into the public health care system, (ii) district and regional hospitals, and (iii) university-related hospitals and specialized institutions. The private sector consists of both private practice as well as outpatient and inpatient clinics [15,16]. Specialist mental health care services are mainly provided by university hospitals situated in the capital (Razi Hospital, a psychiatric specialty hospital) and along the coastline which makes their access more difficult for people living in the interior of the country [15,17]. This is one of the reasons why public mental health services in Tunisia have been organized by catchment or service areas. Every academic service is responsible for the provision of mental health care to the population and the training in mental health of primary care providers, especially GPs, within its defined geographical area [15]. Still, until now, public second- and first-line institutions offer only limited to no mental health care at all. Government funding for public health care has been unable to keep up with the increased demand (dual impacts of rapid population growth and health affecting lifestyle changes). Therefore, large parts of the population have turned increasingly to the expensive private sector to meet their health care needs [16]..." [42]

Rispetto alle strutture il report dell'OMS sottolinea come siano disponibili solo 28 strutture collegate a servizi di salute mentale, 1 ospedale psichiatrico e che l'integrazione della salute mentale all'interno delle cure primarie non sia di grado ottimale:

[42] Khiari H, Ouali U, Zgueb Y, Mrabet A, Nacef F. Pathways to mental health care for patients with severe mental illness in Tunisia. Pan Afr Med J. 2019 Oct 29;34:118. doi: 10.11604/pamj.2019.34.118.19661. PMID: 31934259; PMCID: PMC6945374. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6945374/ [Accessed on 20/10/2025]

Integration of mental health into primary health care			
Integration of mental health into primary care is considered functional (self-rated 5 points checklist score; ≥ 4 = functional integration)[8]			3
Outpatient care (total facilities)		**Outpatient care (visits per 100 000 population)**	
Mental health outpatient facilities attached to a hospital	28	Number of visits made by service users in the last year in mental health outpatient facilities attached to a hospital	2 383.33
"Community-based / non-hospital" mental health outpatient facility	-	Number of visits made by service users in the last year in "Community-based / non-hospital" mental health outpatient facility	-
Other outpatient facility (e.g. Mental health day care or treatment facility)	4	Number of visits made by service users in the last year in other outpatient facility (e.g. Mental health day care or treatment facility)	5.37
Total number of outpatient facilities specifically for children and adolescents	19	Number of visits made by service users in the last year in outpatient facility specifically for children and adolescents	1 194.68
Inpatient care (total facilities)		**Inpatient care (beds/admissions per 100 000 population)**	
Mental hospitals	1	Mental hospital beds / annual admissions	4.75 / 62.19
Psychiatric units in general hospitals	10	General hospital psychiatric unit beds / annual admissions	3.10 / 25.92
Community residential facilities	2	Community residential beds / annual admissions	1.49 / -
Inpatient facilities specifically for children and adolescents	6	Child and adolescent specific inpatient beds / annual admissions	5.30 / 5.39
Mental hospitals		**Mental hospitals (length of stay)**	
Total number of admissions	-	Inpatients staying less than 1 year	-
Admissions that are involuntary	-	Inpatients staying 1-5 years	-
Follow-up of people with mental health condition discharged from hospital in the last year (discharged persons seen within a month)	51%-75%	Inpatients staying more than 5 years	-
		Percentage of inpatients staying less than 1 year in the total number of inpatients	-
Inpatients receiving timely diagnosis, treatment and follow-up for physical health conditions(e.g. cancer, diabetes or TB)			51%-75%
Community based mental health services[9]			
Total number of community based mental health facilities	6	Number of community-based mental health facilities per 100 000 population	0.05
Treated prevalence of psychosis and by sex		*Total cases*	*Male*	*Female*
Treated cases of psychosis (inpatient and outpatient)		-	-	-

Figura 3. Disponibilità di strutture di Salute Mentale in Tunisia. Tratto da: WHO [43]

In parziale accordo, un recente articolo sottolinea l'assenza di centri di salute mentale di primo livello e l'assenza totale di servizi di salute mentale in alcune zone geografiche del paese. Nello specifico una fonte riporta come in Tunisia non esistano centri di salute mentale comunitari registrati né servizi di salute mentale di prossimità. La maggior parte delle strutture specializzate per la salute mentale del settore pubblico e privato si trova nell'area della Grande Tunisi e nelle città più grandi lungo la costa. I servizi di salute mentale sono carenti nelle regioni interne e meridionali del Paese. Inoltre, cinque governatorati (Kebili, Medenine, Tataouine, Kasserine e Gafsa) non dispongono di servizi di salute mentale specializzati nel settore pubblico né per i pazienti ricoverati né per quelli ambulatoriali:

[43] World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2020). Mental Health Atlas. Member State Profile Tunisia. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tun-2020-country-profile [Accessed on 20/10/2025]

"...There are no recorded community mental health centers and no outreach mental health services in Tunisia. Most specialized public and private sector mental health facilities are in the Greater Tunis area and in larger cities along the coastline. Mental health services are lacking in the interior and southern regions of the country. In addition, five governorates (Kebili, Medenine, Tataouine, Kasserine, and Gafsa) have no public sector specialized mental health services for either inpatients or outpatients. The distribution of mental health facilities is illustrated in Figure 1.

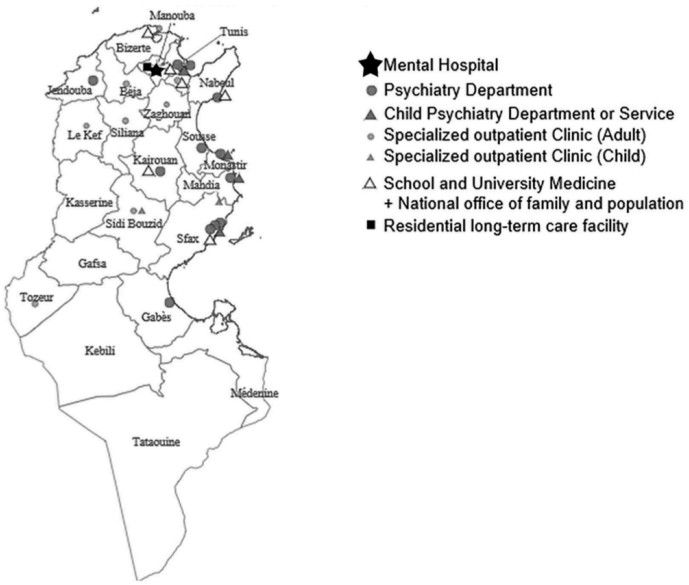

Figure 1. Geographic distribution of mental health facilities with at least one psychiatrist in the public sector…" [44]

Rispetto alla presenza di personale competente in salute mentale a livello delle cure primarie, uno studio riporta come il Il 30-40% delle consultazioni effettuate dai medici di medicina generale (PCP) riguarda l'assistenza alla salute mentale, il che li rende i medici non specialisti a cui ci si affida maggiormente per questo tipo di assistenza in Tunisia. Il motivo per cui i PCP ricevono molte consultazioni sulla salute mentale è una conseguenza dei tentativi fatti negli anni '90 per integrare l'assistenza alla salute mentale all'interno dei centri di salute primaria, che forniscono assistenza ambulatoriale, compresi i servizi sanitari preventivi e curativi, nonché l'educazione sanitaria. Anche se questa integrazione è stata fatta in modo non sistematico e con un follow-up limitato, è stato un modo per garantire l'accesso alle cure per la salute mentale alla maggioranza dei pazienti. Tuttavia, questi tentativi di integrare l'assistenza per la salute mentale all'interno dei centri di salute primaria sono stati (e sono tuttora) messi in discussione, in parte, da problemi di formazione continua sulla salute mentale in Tunisia. Sebbene siano stati offerti programmi di formazione sulla salute mentale ai medici di base in Tunisia, questi non sono stati offerti come parte di un programma nazionale sistematico. Pertanto, i precedenti programmi di formazione sulla salute mentale sono stati offerti sotto la guida dei singoli direttori dei governatorati, il che ha limitato gli sforzi nazionali per integrare ulteriormente la salute mentale nei servizi primari e comunitari esistenti. Pertanto, mentre i PCP sono (e sono incoraggiati a essere) coinvolti nella cura delle

[44] Charfi, F., Ouali, U., Spagnolo, J., Belhadj, A., Nacef, F., Saidi, O., & Melki, W. (2021). Highlighting successes and challenges of the mental health system in Tunisia: an overview of services, facilities, and human resources. Journal of Mental Health, 1-9. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2021.1875414?scroll=top&needAccess=true [Accessed on 20/10/2025]

persone che vivono con i disturbi del sistema nervoso centrale in Tunisia [23, 39], poco si sa sulla loro preparazione e volontà di affrontare i problemi di salute mentale, i disturbi da uso di sostanze e il suicidio/autolesionismo nelle cure primarie in Tunisia. Abbiamo identificato alcuni studi che hanno contribuito a far luce su questo argomento. Ad esempio, uno studio condotto sull'atteggiamento nei confronti della schizofrenia tra i medici di base selezionati a caso nell'area della Grande Tunisi suggerisce che la maggior parte di essi sottovalutava la prevalenza della schizofrenia e il 48,5% non era in grado di indicare i farmaci da utilizzare nel primo episodio di psicosi [24]. Questi risultati sono in linea con quelli di uno studio condotto nella Tunisia centrale, secondo cui il 53% dei medici di base non era in grado di prescrivere farmaci antipsicotici [23, 25]:

> "...30–40% of consultations done by PCPs are related to mental health care, making them the most relied upon non-specialist for this type of care in Tunisia [39]. The reason PCPs receive many mental health con- sultations is a consequence of attempts made in the 1990s to integrate mental health care within primary health centers, which provide outpatient care, including preventative and curative health services, as well as health education [58]. Even though this integration was done non-systematically and with limited follow-up, it was a way to ensure access to mental health care for the majority [58]. However, these attempts to integrate mental health care within primary health centers were (and still are) challenged, in part, by issues with continuing mental health training in Tunisia. While mental health training programs have been offered to primary care physicians in Tunisia, these were not offered as part of a systematic national program. Thus, previous mental health training programs were offered under the leadership of individual governorate directors, which limited national efforts to further integrate mental health into existing primary and community-based services [23, 39, 58]. Therefore, while PCPs are (and are encouraged to be) involved in the care of people living with MNS disorders in Tunisia [23, 39], little is known about their preparedness and willingness to address mental health problems, substance use disor- ders, and suicide/self-harm in primary care in Tunisia. We identified a few studies that did help shed light on this topic. For example, a study conducted on attitudes towards schizophrenia among randomly selected PCPs in the Greater Tunis area suggests that most underesti- mated the prevalence of schizophrenia, and 48.5% were incapable of naming medications for use in first episode psychosis [24]. These findings corroborate with those of a study conducted in central Tunisia, which suggest that 53% of PCPs did not master the prescription of antipsychotic medications [23, 25]." [45]

Sono state registrate diverse iniziative di formazione (previe alla rilevazione dei dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)[46], tuttavia alcune fonti riportano come la conoscenza

---

[45] Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]

[46] Per approfondimenti si veda:

1. La Stratégie nationale de promotion de la santé mentale. Ministry of Health, Tunis. 2013. Available at: https://www.mindbank.info/item/6277 [Accessed on 20/10/2025]
2. Spagnolo J, Champagne F, Leduc N, Piat M, Melki W, Charfi F, Laporta M. Building system capacity for the integration of mental health at the level of primary care in Tunisia: a study protocol in global mental health. BMC Health Serv Res. 2017. Available at: https://doi.org/10.1186/s12913-017-1992-y [Accessed on 20/10/2025]
3. Spagnolo J, Champagne F, Leduc N, Melki W, Guesmi I, Bram N, Guisset AL, Piat M, Laporta M, Charfi F. Tailoring a training based on the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide (IG) to Tunisia: process and relevant adaptations. Glob Ment Health. 2018. Available at: https://doi.org/10.1017/gmh.2018.8. [Accessed on 20/10/2025]

nell'ambito della salute mentale sia ancora limitato e eterogeneo nei professionisti di cure primarie. Nello specifico uno studio riporta come I medici di base avevano maggiori conoscenze sulla depressione, sui sintomi legati alla psicosi e sulle migliori pratiche dopo un tentativo di suicidio; avevano atteggiamenti favorevoli sulla distinzione tra salute fisica e mentale, sull'apprendimento della salute mentale e sull'accettazione dei colleghi con problemi di salute mentale; e credevano maggiormente nelle loro capacità in materia di depressione e ansia. Tuttavia, la maggior parte dei medici di base aveva una minore conoscenza dei disturbi da uso di sostanze e dei miti sui tentativi di suicidio; aveva atteggiamenti sfavorevoli sulla pericolosità delle persone con problemi di salute mentale, sulla divulgazione personale della malattia mentale, sul ruolo dei non specialisti nella valutazione dei problemi di salute mentale e sulla guarigione personale; e credeva meno nelle proprie capacità in relazione ai disturbi da uso di sostanze, al suicidio/autolesionismo e alla psicosi [...] I risultati del nostro campione, rispetto ad altri, sollevano una questione importante: I PCP mostrano lacune nella conoscenza delle malattie mentali, hanno alcune convinzioni negative sulle malattie maschili e sul campo della salute mentale e non hanno fiducia in capacità specifiche [11-13, 15, 17, 23-25, 27, 42]. Questi limiti sono importanti da evidenziare perché possono ostacolare l'assistenza alla salute mentale incoraggiata in contesti non specializzati [2-4] e quindi il pieno potenziale del coinvolgimento dei non specialisti nel campo della salute mentale [44]:

> "...PCPs had more knowledge about depression, symptoms related to psychosis, and best practices after a suicide attempt; had favourable attitudes about distinctions between physical and mental health, learning about mental health, and the acceptance of colleagues with mental health issues; and believed most in their capabilities related to depression and anxiety. However, most PCPs had less knowledge about substance use disorders and myths about suicide attempts; had unfavorable attitudes about the dangerousness of people with mental health problems, personal disclosure of mental illness, non-specialists' role in assessing mental health problems, and personal recovery; and believed the least in their capabilities related to substance use disorders, suicide/self-harm, and psychosis [...] Findings in our sample, as compared to others, raise a prominent issue: PCPs show gaps in knowledge about mental illness, hold certain negative beliefs about men- tal illness and the field of mental health, and lack confidence in specific capabilities [11–13, 15, 17, 23–25, 27, 42]. These limits are important to highlight because they may hinder mental health care encouraged in non-specialized settings [2–4] and thus the full potential of non- specialists' involvement in the field of mental health [44]…" [47]

°

Disponibilità di farmaci

4. WHO Eastern Mediterranean Region (2017) Reducing the stigma of mental health disorders in Tunisia with a focus on future doctors. Available at: https://www.emro.who.int/mnh/news/reducing-the-stigma-of-mental-health-disorders-in-tunisia-with-a-focus-on-future-doctors.html [Accessed on 20/10/2025]

[47] Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]

Una fonte datata dell'OMS riporta come i trattamenti di supporto psicosociale siano scarsi, nello specifico nel 2008 pochissimi (meno del 20%) utenti hanno ricevuto uno o più interventi psicosociali nell'ultimo anno, dato l'alto numero di pazienti e il breve tempo assegnato a ciascuno:

> "...In terms of available interventions, very few (less than 20%) users have received one or more psychosocial interventions in the past year, given the high number of patients and the short-time allocated to everyone…" [48]

Inoltre, come documentato nella sezione precedente seppur formalmente disponibili, alcuni farmaci volti al trattamento delle patologie psichiatriche possono risultare concretamente inaccessibili a causa di barriere finanziarie[49] :

> "...Khalil, a young man suffering from bipolar disorder talked to Meshkal/Nawaat about his struggle with the mental health care system in Tunisia. According to Khalil, he will now have to buy a medicine that is 30 times more expensive than the one he is currently using because it is suddenly out of stock. [...] doctor Attia from Razi hospital said that the problem of medication is on multiple levels and is due to the fact that there is no budget to purchase such medicines…"[50]

La lista dei medicinali per le patologie psichiatriche che sono parzialmente o totalmente coperte dalla CNAM sono i seguenti:

[48] World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2008). WHO-AIMS Report on Mental Health System in Tunisia. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/tunisia_who_aims_report.pdf?sfvrsn=3ddd1efb_3&download=true [Accessed on 20/10/2025]

[49] Nota: Nawaat è un blog indipendente e collettivo che ha ricevuto numerosi premi da media internazionali per il suo ruolo nelle primavere arabe e le rivoluzioni in Medio Oriente e Nord Africa. Per ulteriori informazioni https://nawaat.org/

[50] Ben Mbarek G. (2021) Tunisia. As Mental Healthcare Needs Increase, Public Services Fail to Keep Up. Available at: https://nawaat.org/2021/03/26/tunisia-as-mental-healthcare-needs-increase-public-services-fail-to-keep-up/ [Accessed on 20/10/2025]

PSYCHIATRIE	ALPRAZOLAM	ALPRAZ	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	ALPRAZOLAM	XANAX	50%
PSYCHIATRIE	AMISULPRIDE	AMISULPRIDE	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	AMISULPRIDE	SOLIAN	50%
PSYCHIATRIE	AMITRIPTYLINE	LAROXYL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	BUSPIRONE	BUSPAR	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	CHLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	TRANXENE	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	CHLORPROMAZINE	LARGACTIL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	CLOMIPRAMINE	ANAFRANIL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	ESCITALOPRAM	SEROPLEX	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	ETIFOXINE	STRESAM	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	FLUOXETINE	FLUOXETINE SANTE PHARMA	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	FLUOXETINE	PROZAC	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	GINKGO BILOBA	TANAKAN	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	HALOPERIDOL	HALDOL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	HALOPERIDOL	HALDOL DECANOAS	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	HYDROXYZINE	ATARAX	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	LEVOMEPROMAZINE	NOZINAN	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	LORAZEPAM	TEMESTA	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	MAPROTILINE	LUDIOMIL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	MEXAZOLAM	MELEX	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	OXAZEPAM	SERESTA	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	PAROXETINE	DEROXAT	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	PIPOTIAZINE	PIPORTIL L	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	PIPOTIAZINE	PIPORTIL L4	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	PRAZEPAM	LYSANXIA	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	RISPERIDONE	RISPERIDONE LP	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	SULBUTIAMINE	SURMENALIT	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	SULPIRIDE	DOGMATIL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	TIANEPTINE	STABLON	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	TRIMIPRAMINE	SURMONTIL	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	VENLAFAXINE	EFFEXOR	80%, 90% ou 100%
PSYCHIATRIE	ZOLPIDEM	STILNOX	80%, 90% ou 100%

Figura 4. Lista di farmaci rimborsabili CNAM. Tratto da: Liste des Médicaments Remboursables par la CNAMGS Edition 2021 [51]

°°°

2. Informazioni sulla presenza di stigma sociale e discriminazione delle persone affette di malattie mentali in Tunisia

Le fonti riportano come i percorsi verso l'assistenza sanitaria mentale: più di un terzo della popolazione oggetto dello studio (34,1%) ha cercato aiuto innanzitutto presso guaritori tradizionali o religiosi, mentre un quinto dei casi (19,0%) ha fatto ricorso alla medicina generale (un medico privato nel 12,9% dei casi, un medico di base in un ospedale generale nel 5,2% dei casi e un medico di base in un centro di assistenza sanitaria primaria nel 3,0% dei casi). Il 40,9% ha consultato direttamente uno psichiatra (un medico privato nel 21,1% dei casi, l'ospedale Razi nel 17,7% dei casi e uno psichiatra in un ospedale generale nel 2,1% dei casi). Il 34,0% dei casi ha consultato il settore privato (il 12,9% un medico generico e il 21,1% uno psichiatra del settore privato). Ritardo nella consultazione: il ritardo dall'insorgenza dei primi sintomi alla prima consultazione psichiatrica variava da 0 a 120 mesi (10 anni). Il ritardo medio nella consultazione era di 15 mesi (±23,0) con una mediana di 6 mesi. Il ritardo era superiore a 6 mesi in circa la metà dei casi (48,3%). I sintomi che hanno motivato la prima consultazione erano allucinazioni (43,5%), seguite da disturbi del sonno (37,5%) e comportamento aggressivo (36,2%) (Tabella 2). Il motivo principale del ritardo nella consultazione era la mancanza di conoscenza dei sintomi psichiatrici nel 56,4% dei casi, seguito dalle credenze sulla malattia nel 25,7% dei casi (Figura 2). Secondo uno studio condotto in

[51]CNAM (2021) Liste des Médicaments Remboursables par la CNAMGS Edition 2021. available at: http://www.cnamgs.ga/node/259 [Accessed on 25/07/2023] **NOTA:** fonte non più disponibile, accesso tramite wayback machine: https://web.archive.org/web/20220518191653/https://www.cnamgs.ga/node/259

Tunisia per valutare le credenze e gli atteggiamenti dei parenti dei pazienti affetti da schizofrenia, nel 76,9% dei casi sono state riscontrate cause religiose. I partecipanti hanno citato prima spiegazioni religiose (volontà di Dio o destino, punizione divina), poi magiche (stregoneria e possessione da parte dei "djinn") e circa un terzo dei partecipanti credeva in pratiche non mediche come la lettura di versetti del Corano, la carità e l'esorcismo [35,36]. Secondo i risultati del presente studio, un quinto dei casi (19,0%) ha fatto ricorso a un medico di base. In Tunisia, come in altri paesi africani, la maggior parte dei medici di base (che rappresentano una parte consistente dei non specialisti) non è sufficientemente preparata per diagnosticare e gestire adeguatamente le malattie mentali [15]. In Tunisia, la formazione dei medici nei centri di assistenza sanitaria di base è un processo continuo [17]. Pertanto, questo processo include solo coloro che hanno fatto domanda per tale formazione, il che lo rende insufficiente. La carenza di personale, unita all'enorme bisogno di assistenza, costituisce il principale limite di questa formazione [15]. È stato inoltre confermato l'impatto della cultura e del sostegno sociale sul riconoscimento dei problemi di salute mentale e sulla rapidità dei percorsi di cura [28]. Ciò potrebbe spiegare l'importanza delle consultazioni nel settore privato nel nostro studio, che sono socialmente più accettate e meno stigmatizzanti rispetto alle consultazioni presso un ospedale psichiatrico. Un recente studio qualitativo sui fattori responsabili del ritardo nel trattamento dei pazienti con SMI ha dimostrato che il fattore più comune responsabile del ritardo nel trattamento era l'inconsapevolezza della malattia e che la maggior parte dei familiari intervistati all'inizio non era a conoscenza della malattia del paziente [43]. [...] Fattori associati al ritardo nella consultazione: i risultati di questo studio hanno mostrato che non c'era alcuna relazione significativa tra il profilo socio-demografico dei pazienti studiati (età, sesso, livello di istruzione, stato civile, area e livello socio-economico) e il ritardo nella consultazione:

> "...Pathways to mental health care: more than the third of the study population (34.1%) sought help at traditional healers or religious healers in the first place, and a fifth of the cases (19.0%) had recourse to general medicine (a private practitioner in 12.9%, a GP in a general hospital in 5.2% and a GP in a primary health care center in 3.0%). A psychiatrist was directly sought in 40.9% (a private practitioner in 21.1%, the Razi Hospital in 17.7% and a psychiatrist in a general hospital in 2.1%). Private sector was sought in a total of 34.0% of the cases (12.9% in general medicine and 21.1% to a psychiatrist in the private sector). Consultation delay: the delay from the onset of first symptoms to first psychiatric consultation varied from 0 to 120 months (10 years). The average consultation delay was 15 months (±23.0) with a median of 6 months. The delay was more than 6 months in around half of the cases (48.3%). The symptoms that motivated the first consultation were hallucinations (43.5%), followed by sleep disorders (37.5%) and aggressive behavior (36.2%) (Table 2). The main reason of delayed consultation was lack of knowledge about psychiatric symptoms in 56.4% of cases followed by illness beliefs in 25.7% (Figure 2). According to a study conducted in Tunisia assessing beliefs and attitudes of relatives of patients with schizophrenia, religious causes were found in76.9% of cases. The participants first cited religious explanations (God's will or fate, God's punishment) then magical ones (witchcraft and possession by "djinns") and around the third of the participants believed in non-medical practices such as reading Holy Koran verses, charity and exorcism [35,36]. According to the results of the present study, one fifth of the cases (19.0%) had recourse to a GP. In Tunisia like in other African countries, the majority of GPs (which represents a large part of non-specialists) are not well enough trained to properly diagnose and manage mental illness [15]. In Tunisia, training of the physicians in primary health care centers is an ongoing process [17]. Thus, this process includes only those who applied for such training which makes it insufficient. The lack of staff combined with the huge need for care are principal limits for this training [15] [...] The impact of culture and social support on recognition of mental health problems and the speed of pathways to care has also been confirmed [28]. This may explain the important

> part of consultations within the private sector in our study, which is socially better accepted and less stigmatizing than consulting at a mental hospital. A recent qualitative study of factors responsible for the delay in treatment in patients with SMI showed that the most common factor responsible for treatment delay was unawareness of illness and most of the interviewed family members had no knowledge about the patient's illness at the beginning [43]. [...] Factors associated with consultation delay: the results of this study showed that there was no significant relationship between the socio-demographic profile of studied patients (age, gender, level of education, marital status, area and socio-economic level) and the delay in consultation…"[52]

In via generale, le fonti riportano come secondo l'OMS, nel 2019 le malattie mentali colpiscano una persona su otto nel mondo, sono una delle principali cause di morbilità e un importante problema di salute pubblica e che lo stigma danneggia la qualità della vita delle persone affette da malattie mentali:

> "...Mental illnesses affect one in eight people in the world according to the WHO in 2019. They are a leading cause of morbidity and a major public health problem. Stigma harms the quality of life of people with mental illness…"[53]

Nello specifico del contesto della ricerca, una fonte riporta come lo stigma e la discriminazione nei confronti delle persone affette da disturbi mentali siano un problema significativo di salute pubblica in Tunisia. Lo stigma legato ai disturbi mentali esiste nel sistema sanitario e tra gli operatori sanitari. Per le persone che vivono con disturbi di salute mentale, è una barriera importante alla ricerca di aiuto, all'accesso a cure e trattamenti di qualità e alla guarigione. I dati dell'Atlante della salute mentale 2017 mostrano che gli operatori sanitari che lavorano nell'assistenza sanitaria generale ricevono una formazione limitata in materia di salute mentale in Tunisia:

> "...Stigma and discrimination against people with mental health disorders is a significant public health issue in Tunisia. Stigma related to mental health disorders exists in the health care system and among health care providers. For people living with mental health disorders, it is a major barrier to seeking help, accessing quality care and treatment, and recovery. Data from the Mental Health Atlas 2017 show that health care providers working in general health care receive limited mental health-related training in Tunisia…"[54]

Questo è confermato in un altro studio che riporta come la maggior parte dei medici di base del nostro campione aveva convinzioni negative esagerate sulla pericolosità delle persone con

---

[52] Khiari H, Ouali U, Zgueb Y, Mrabet A, Nacef F. Pathways to mental health care for patients with severe mental illness in Tunisia. Pan Afr Med J. 2019 Oct 29;34:118. doi: 10.11604/pamj.2019.34.118.19661. PMID: 31934259; PMCID: PMC6945374. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6945374/ [Accessed on 20/10/2025]

[53] M. Ben Amor*, Y. Zgueb, A. Aissa, U. Schöberlein Ouali and R. Zaibi Jomli (2023) Determinants of mental illness stigma among Tunisian students. European Psychiatry S871. Available at: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1845 [Accessed on 20/10/2025]

[54] World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2008). WHO-AIMS Report on Mental Health System in Tunisia. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/tunisia_who_aims_report.pdf?sfvrsn=3ddd1efb_3&download=true [Accessed on 20/10/2025]

problemi di salute mentale. In particolare, la maggior parte dei medici di base del nostro campione non ha risposto positivamente alle seguenti domande: (1) le persone con malattia mentale sono pericolose il più delle volte; (2) il pubblico non ha bisogno di essere protetto dalle persone con malattia mentale. Questa paura, un effetto della stigmatizzazione comune in altri contesti a basse risorse [12, 27-30], può contribuire a spiegare, in parte, perché la maggior parte dei medici di base del nostro campione (91,8%) ha riferito di sentirsi molto fiduciosa nella propria capacità di indirizzare i pazienti a cure più specializzate che, in Tunisia, sono spesso lontane dalle case e dalle comunità dei pazienti [23, 58]. La fiducia nell'invio a cure specializzate sembra anche tradursi concretamente nella pratica auto-riferita; ogni settimana, i medici di base indirizzano la maggior parte delle persone consultate per problemi di salute mentale a risorse specializzate (55,6; SD = 30,8; Q1 = 30,0, Q2 = 50,0, Q3 = 80,0):

> "...most PCPs in our sample held exaggerated negative beliefs about the dangerousness of people with mental health prob- lems. More specifically, most PCPs in our sample did not answer the following questions favorably: (1) people with mental illness are dangerous more often than not; and (2) the public does not need to be protected from peo- ple with mental illness. This fear, an effect of stigmatiza- tion common in other low-resource settings [12, 27–30], may help explain, in part, why most PCPs in our sample (91.8%) reported feeling very confident in their capabil- ity to refer patients to more specialized care, which, in Tunisia, is frequently remote from the homes and com- munities of patients [23, 58]. Confidence in referral to specialized care also seems to be concretely translated into self-reported practice; per week, PCPs refer most people consulting for mental health issues to special- ized resources (55.6; SD = 30.8; Q1 = 30.0, Q2 = 50.0, Q3 = 80.0)…" [55]

Similmente, la fonte riporta che siano state implementate diverse campagne per il contrasto dello stigma, ma che la stigmatizzazione può portare a un disinteresse, soprattutto tra il personale delle cure primarie, a una sottodiagnosi e/o a una segnalazione insufficiente, a opzioni di trattamento limitate al di là delle cure specialistiche e a poche iniziative di ricerca nel campo [79, 80]. Pertanto, il rinvio dei pazienti che presentano disturbi da uso di sostanze, suicidio/autolesionismo e psicosi (inclusa la schizofrenia) è ancora molto comune in Tunisia [78], limitando il contatto e il coinvolgimento dei medici di base con queste patologie nelle cure primarie, come dimostrato nel nostro campione:

> "...The ongoing drafting of national substance use and suicide prevention strategies, as well as the implementa- tion of national anti-stigma campaigns monitored by the Committee for Mental Health Promotion at the level of the Ministry of Health, aim to further promote the recognition of substance use disorders, self-harm, and suicide in Tunisia, as these conditions continue to be heavily stigmatized in the country [23, 39, 78]. Stigmatization may lead to disinterest, especially among primary care staff, underdiagnoses and/or under-reporting, limited options for treatment beyond specialized care, and few research initiatives in the field [79, 80]. Thus, referral of patients presenting with substance use disorders, suicide/ self-harm, and psychosis (including schizophrenia)

[55] Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]

> is still very common in Tunisia [78], limiting PCPs' contact and involvement with these conditions in primary care, as shown in our sample…" [56]

E ancora, lo stesso piano per la Salute mentale in Tunisia riporta come la questione stessa della malattia mentale sia sempre stata tabù e negata, se non addirittura sfruttata da guru e altri marabutti. Le famiglie sono più propense a consultare "terapeuti tradizionali" e altri "uomini di religione" che medici, in particolare specialisti psichiatrici. Gli stessi ospedali psichiatrici sono stigmatizzati e sono stati oggetto di una campagna di disinformazione fin dal periodo post-rivoluzionario:

> "...la question même de la Maladie Mentale a toujours été frappée de tabou et de déni, sinon d'instrumentalisation (gourous et autres marabouts). C'est ainsi que les familles auraient plus tendance à consulter des « thérapeutes traditionnels » et autres « hommes de religions » que des médecins et en particulier des spécialistes en psychiatrie. L'hôpital psychiatrique lui-même est frappé de stigmatisation, c'est ainsi qu'il a été l'objet d'une campagne de désinformation dès la période de post-révolution…"[57]

°°°

Bibliografia

- Advances in Social Sciences Research Journal – Vol. 8, No. 4, Publication Date: April 25, 2021, DOI:10.14738/assrj.84.10082., The Social Roots of Health Inequity in Tunisia: A Preliminary Study on the Social Determinants of Health Inequity, available at: https://documents.aucegypt.edu/Docs/src/SDH/The%20Social%20Roots%20of%20Health%20Inequity%20in%20Tunisia.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- Afrobarometer, Many Tunisians lack adequate access tohealth care and water, rate government poorly, September 2020, avialable at: https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ad393-many_tunisians_lack_adequate_access_to_water_and_health_care-22sept20.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- Ahmed Jallouli, Rafik Machraoui, Younes Samia, Évaluation de la qualité de vie des patients épileptiques : étude d'une série tunisienne, Revue Neurologique, Volume 179, 2023, https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.01.415 [Accessed on 25/07/2023]
- Ben Mbarek G. (2021) Tunisia. As Mental Healthcare Needs Increase, Public Services Fail to Keep Up. Available at: https://nawaat.org/2021/03/26/tunisia-as-mental-healthcare-needs-increase-public-services-fail-to-keep-up/ [Accessed on 20/10/2025]

[56] Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]

[57] Unité de Promotion de la Santé Mentale (2013). La Stratégie Nationale de Promotion de la Santé Mentale (SNAPSAM). Ministry of Health. Available at: https://www.mindbank.info/item/6277/. [Accessed on 20/10/2025]

- Bouattour W, Turki M, Ellouze S, Messedi N, Charfeddine F, Halouani N, Aribi L, Aloulou J. Psychological responses of Tunisian general population during COVID-19 pandemic. Pan Afr Med J. 2021 Oct 4;40:74. doi: 10.11604/pamj.2021.40.74.26379. PMID: 34909069; PMCID: PMC8637751. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8637751/ [Accessed on 20/10/2025]
- Chahed, Mohamed Kouni, and Chokri Arfa. "Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Tunisia." PLoS medicine vol. 11,9 e1001729. 22 Sep. 2014, doi:10.1371/journal.pmed.1001729) , available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170955/ [Accessed on 20/10/2025]
- Charfi, F., Ouali, U., Spagnolo, J., Belhadj, A., Nacef, F., Saidi, O., & Melki, W. (2021). Highlighting successes and challenges of the mental health system in Tunisia: an overview of services, facilities, and human resources. Journal of Mental Health, 1-9. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2021.1875414?scroll=top&needAccess=true [Accessed on 20/10/2025]
- CNAM (2021) Liste des Médicaments Remboursables par la CNAMGS Edition 2021. available at: http://www.cnamgs.ga/node/259 [Accessed on 25/07/2023] **NOTA:** fonte non più disponibile, accesso tramite wayback machine: https://web.archive.org/web/20220518191653/https://www.cnamgs.ga/node/259
- Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), Social Protection Country Profile: Tunisia, 2016, available at: https://www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/tunisia-social-protection-profile-english_0.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- Emna Kacema, Salma Sakkaa, Thouraya Mguidicha, Saloua Frayb, Nadia Bouattourc, Khadija Sonda Moallad, Sawsan Daoude, Hanene Hajkacemd, Nouha Farhate, Mariem Damake, Chokri Mhiria (2021) Depression and anxiety in adults with myotonic dystrophy type 1 in Tunisian population. Abstracts / Journal of the Neurological Sciences 429 (2021) 118075. Available at: https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(21)01114-X/abstract [Accessed on 20/10/2025]
- Global Health Watch, THE RIGHT TO HEALTH IN TUNISIA, Avalilable at: https://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B6_0.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- H. Belhadj1,*, R. Jomli2 (2017) Prevalence of depression in Tunisian general population. 25th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry 41S (2017) S521–S582. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.696 [Accessed on 25/07/2023]
- Houyem Khiari et al. (2019) Pathways to mental health care for patients with severe mental illness in Tunisia. Pan African Medical Journal. 2019;34:118. Available at: https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/34/118/full/ [Accessed on 20/10/2025]
- Jessica Spagnolo1*, François Champagne1, Nicole Leduc2, Michèle Rivard2, Myra Piat3, Marc Laporta4, Wahid Melki5 and Fatma Charfi6. (2018) Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. Int J Ment Health Syst (2018) 12:63. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0243-x [Accessed on 20/10/2025]
- Khiari H, Ouali U, Zgueb Y, Mrabet A, Nacef F. Pathways to mental health care for patients with severe mental illness in Tunisia. Pan Afr Med J. 2019 Oct 29;34:118. doi: 10.11604/pamj.2019.34.118.19661. PMID: 31934259; PMCID: PMC6945374. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6945374/ [Accessed on 20/10/2025]
- La Stratégie nationale de promotion de la santé mentale. Ministry of Health, Tunis. 2013. Available at: https://www.mindbank.info/item/6277 [Accessed on 20/10/2025
- M. Ben Amor*, Y. Zgueb, A. Aissa, U. Schöberlein Ouali and R. Zaibi Jomli (2023) Determinants of mental illness stigma among Tunisian students. European Psychiatry S871. Available at: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1845 [Accessed on 20/10/2025]

- République Tunisienne, Ministère de la Santé (2019) DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ available at: http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf [Accessed on 20/10/2025] **NOTA:** Fonte non più disponibile, accesso tramite: https://web.archive.org/web/20221127152323/http://www.santetunisie.rns.tn/images/statdep/DMOGRAPHIES-2019.pdf
- RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at: https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- S. Kolsi1*, E. Fakhfakh2, N. Messedi1, I. Chaari1, F. Charfeddine1, L. Aribi1, N. Farhat2, C. Mhiri2 and J. Aloulou1 (2023) ANXIETY AND DEPRESSION IN TUNISIAN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE. Published online by Cambridge University Press. Available at: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2041 [Accessed on 20/10/2025]
- The Tunisian Local Governance Performance Index: Selected Findings on Health, ReportMarch 2017SERIES 2017:3, available at: https://gld.gu.se/media/1253/tunisia-lgpi-health-report.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- Unité de Promotion de la Santé Mentale (2013). La Stratégie Nationale de Promotion de la Santé Mentale (SNAPSAM). Ministry of Health. Available at: https://www.mindbank.info/item/6277/. [Accessed on 20/10/2025]
- Uta Ouali, Amina Aissa, Amine Larnaout, Zeineb Abbes, Fatma Charfi, Asma Bouden, Joseph Ventura (2024) Youth mental health in Tunisia: challenges and resources. www.thelancet.com/psychiatry Vol 12 February 2025 Available at: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00329-8 [Accessed on 25/07/2023]
- World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2008). WHO-AIMS Report on Mental Health System in Tunisia. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/tunisia_who_aims_report.pdf?sfvrsn=3ddd1efb_3&download=true [Accessed on 20/10/2025]
- WHO (2015) Tunisia NCDs Country Profile, available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/EMROPUB_EN_19615-TUN.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- WHO Eastern Mediterranean Region (2017) Reducing the stigma of mental health disorders in Tunisia with a focus on future doctors. Available at: https://www.emro.who.int/mnh/news/reducing-the-stigma-of-mental-health-disorders-in-tunisia-with-a-focus-on-future-doctors.html [Accessed on 20/10/2025]
- WHO (2018) Tunisia Country Profile, available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/TUN-Health-System-Profiles-2018.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- WHO (2020) Health workforce snapshot TUNISIA. available at: https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/Tunisia-HWF-Snapshot_2020.pdf [Accessed on 20/10/2025]
- World Health Organization (WHO) and Ministry of Health Tunisia. (2020). Mental Health Atlas. Member State Profile Tunisia. Available at: https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-tun-2020-country-profile [Accessed on 20/10/2025]