

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

- Versiona aggiornata (luglio 2023)

CONTESTO		NOTE
Paese di origine	Tunisia	N/D
QUESITO COI		NOTE
Tematica	Salute	Diabete
Formulazione quesiti COI	1. Informazioni generali sul sistema sanitario tunisino 2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone affette da Diabete	
<p>Nota metodologica</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"; Sebbene la ricerca fosse stata commissionata relativamente alla disponibilità e l'accessibilità delle cure per il diabete 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 del diabete. In questo senso si è reputato anche metodologicamente corretto porre a confronto le risultanze emerse nell'ambito della difficoltà di accesso alle cure per pazienti diabetici (centralizzazione della struttura sanitaria, ricorso alle spese sanitarie out of pocket, e insussistenza di una copertura sanitaria universale), con le informazioni disponibili (e anche maggiormente aggiornate) relative alle criticità del Sistema sanitario tunisino, in particolar modo considerando il trattamento delle malattie croniche; Il presente elaborato rappresenta l'aggiornamento della precedente ricerca COI <i>"Tunisia: informazioni sulla disponibilità e l'accessibilità delle cure per diabete e informazioni generali sul sistema sanitario tunisino. Aprile 2022"</i> disponibile sul portale dedicato: https://www.jumamap.it/it/coi/. Gli interventi di aggiornamento consistono in: 1) aggiornamento delle informazioni e delle fonti; 2) cambio della strutturazione delle sezioni; 3) revisione stilistica e linguistica dell'elaborato; 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 25/07/2023

ooo

Lista delle abbreviazioni:

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

HTA: Ipertensione Arteriosa

IHD: Indice di Sviluppo Umano

IHDI: Indice di Sviluppo Umano corretto per le disuguaglianze

NCD: Non-Communicable Disease

T2D: diabete di tipo 2

1. Informazioni generali sul sistema sanitario

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 private¹:

“...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

¹ Sulla critica alle politiche di privatizzazione della sanità si veda: “...*Outsourcing of clinical and non-clinical public services to private providers was aggressively promoted by the government. Therefore, several functions carried out previously in public hospitals were outsourced, leading to job losses for health workers in government healthcare facilities. Also, public-private partnerships (PPPs) were encouraged at the national, regional and international levels. The deterioration of public health care facilities in general and of hospitals at various levels in particular has meant that the healthcare options available to middle-class citizens and insured patients are limited. Price inflation in the private sector, weak governance and regulatory mechanisms are forcing important segments of the patient population to seek healthcare privately, even at the risk of becoming indebted or impoverished. The marketization of healthcare has become an unacceptable reality.*” Fonte: Global Health Watch, THE RIGHT TO HEALTH IN TUNISIA, Available at: https://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B6_0.pdf [Accessed on 25/07/2023]

² RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at: <https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf> [Accessed on 25/07/2023]

³ Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), Social Protection Country Profile: Tunisia, 2016, available at:

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

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:

“...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

https://www.unescwa.org/sites/default/files/pubs/pdf/tunisia-social-protection-profile-english_0.pdf
[Accessed on 25/07/2023]

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 25/07/2023]

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 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

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, alcuni tunisini possono avere bisogni sanitari non soddisfatti anche perché non dispongono di un'assicurazione sanitaria. Parzialmente in linea con quanto 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 percent have chahedat fakr, a poverty certificate that provides health-care benefits and is given to the lowest 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}

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 25/07/2023]

⁷ The Tunisian Local Governance Performance Index: Selected Findings on Health, Report March 2017 SERIES 2017:3, available at: <https://gld.gu.se/media/1253/tunisia-lgpi-health-report.pdf> [Accessed on 25/07/2023]

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 25/07/2023]

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:

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 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.¹⁰ 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-19 pandemic, show that many Tunisians lack adequate access to health care and water, and most say the government is doing a poor job of providing these services. Poor and rural citizens are especially likely to have trouble getting health care services. These findings point to two priority areas for government action, especially given the demands of the COVID-19 pandemic 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,

https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/EMROPUB_EN_19615-TUN.pdf [Accessed on 25/07/2023]

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 25/07/2023]

¹¹ Afrobarometer, Many Tunisians lack adequate access to health care and water, rate government poorly, September 2020, available at: https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ad393-many_tunisians_lack_adequate_access_to_water_and_health_care-22sept20.pdf [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

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 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

Nel 2020, il WHO ha pubblicato un altro 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. ▪ 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...”¹³

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 25/07/2023]

¹³ 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 25/07/2023]

Inoltre, una fonte riporta come le cure 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...”¹⁴

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 that started 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 disparities between social groups with an Inequality-adjusted Human Development Index (IHDI) of 0.585 (Boutayeb & Helmert, 2011; World Bank, 2020)...”¹⁵

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

¹⁴ Afrobarometer, Many Tunisians lack adequate access to health care and water, rate government poorly, September 2020, available at: https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ad393-many_tunisians_lack_adequate_access_to_water_and_health_care-22sept20.pdf [Accessed on 25/07/2023]

¹⁵ 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 04/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

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...”¹⁶

Questo è in accordo con quanto riportato da un'altra fonte che sottolinea come le malattie croniche siano diffuse in Tunisia, tra cui diabete, obesità e insufficienze cardiache e respiratorie, che colpiscono tutte le fasce d'età, soprattutto nelle regioni emarginate e nelle comunità a basso reddito. Ciò è in parte dovuto alla mancanza di un adeguato seguito medico e di cure preventive a causa della limitata copertura assicurativa e dell'accesso limitato alle infrastrutture mediche in alcune parti del paese, dove la malnutrizione e le scarse condizioni di vita rendono anche grandi porzioni della popolazione estremamente vulnerabili:

“...Chronic diseases are widespread in Tunisia, including diabetes, obesity and cardiac and respiratory insufficiencies, which affect all age categories, especially in marginalised regions and low-income communities. This is partly due to a lack of systematic medical follow-up and preventive care resulting from limited health insurance coverage and limited access to medical infrastructure in some parts of the country, where malnutrition and poor living conditions also leave large fringes of the population extremely vulnerable...”¹⁷

ooo

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

Introduzione

In linea con la sezione precedente, diverse fonti riportano come le malattie non trasmissibili (NCD) sono la principale causa di mortalità e disabilità nel mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo come la Tunisia:

¹⁶ The Tunisian Local Governance Performance Index: Selected Findings on Health, Report March 2017SERIES 2017:3, available at: <https://gld.gu.se/media/1253/tunisia-lgpi-health-report.pdf> [Accessed on 25/07/2023]

¹⁷ 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 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

“.....non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of mortality and disability worldwide especially in developing countries such as Tunisia...”¹⁸

Nello specifico, i principali problemi di salute che hanno causato la maggior morbilità nel 2017 sono stati il mal di schiena, i disturbi da cefalea, i disturbi depressivi, i disturbi da uso di droghe e il diabete (Istituto per la Valutazione delle Metriche e della Salute, 2017). I tassi di diabete sono aumentati di poco più del 44% tra il 2007 e il 2017, il che è stato il più alto incremento percentuale di qualsiasi comorbilità monitorata nel corso di quel decennio (Istituto per la Valutazione delle Metriche e della Salute, 2017):

“...the leading health problems that caused the highest morbidity in 2017 were lower back pain, headachedisorders, depressive disorders, drug use disorders, and diabetes (Institute for Health Metrics and Evaluation,2017). Rates of diabetes increased by just over 44% between 2007 and 2017, which was the highest percentchange of any tracked comorbidity over that decade (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017...”¹⁹

In linea con ciò, un'altra fonte riporta come le due malattie metaboliche, il diabete di tipo 2 (T2D) e l'ipertensione arteriosa (HTA), sono un grave problema di sanità pubblica in Tunisia. Queste malattie complesse causano gravi complicanze degenerative agli organi, portando a disabilità e morte. Il T2D e l'ipertensione sono malattie molto complesse e multifattoriali che coinvolgono fattori genetici e ambientali. La screening per queste malattie è insufficiente, specialmente al di fuori della capitale tunisina e nelle zone rurali dove esiste un grosso problema di accesso alle strutture sanitarie. L'associazione regionale dei diabetici a "Zaghouan" ha identificato un problema importante di screening e gestione del T2D e dell'ipertensione nella regione di "Zaghouan" e ha sottoposto le loro preoccupazioni agli IPT Science shops:

“...The two metabolic diseases, type 2 diabetes (T2D) and high blood pressure (HTA) are a major public health problem in Tunisia. These complex diseases cause serious degenerative organ complications leading to disability and death. T2D and hypertension are very complex multifactorial diseases that use genetic and environmental factors.Screening for these diseases is insufficient, especially outside the Tunisian capital and in rural areas where there is a big problem of access to health care facilities. The regional association of diabetics in “Zaghouan” has identified a major problem of screening and management of T2D and hypertension in the “Zaghouan” region and submit their concern’s to the IPT Science shops...”²⁰

Un'altra fonte riporta come, oltre a questa allarmante scoperta epidemiologica, è emerso che le complicazioni di queste malattie hanno un impatto molto pesante sul bilancio dei problemi di

¹⁸ Khiari, H., Mallekh, R., Cherif, I., & Hsairi, M. (2021). Burden of non-communicable diseases in Tunisia, 1990- 2017: results from the global burden of disease study. *The Pan African medical journal*, 40, 62. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.62.30980>, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8590256/> [Accessed on 25/07/2023]

¹⁹RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at: <https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf> [Accessed on 25/07/2023]

²⁰InSPIRES, Diabetes and high blood pressure in the region of “Zaghouan” Tunisia. , available at: <https://app.inspiresproject.com/projects/25-diabetes--and-high-blood-pressure-in-the-region-of-zaghouan> : [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

salute. In Tunisia, lo screening per queste malattie è insufficiente, specialmente al di fuori della capitale e nelle zone rurali dove esiste un grosso problema di accesso alle strutture sanitarie. Anche la gestione di queste malattie è inadeguata:

“...In addition to this alarming epidemiological finding, it has become apparent that the complications of these diseases weigh very heavily in the balance of health problems. In our country, screening for these diseases is insufficient, particularly outside the capital and in rural areas where there is a major problem of access to health care facilities. The management of these diseases is also inadequate...”²¹

Secondo una fonte, queste criticità potrebbero essere associate a varie debolezze istituzionali che stanno diventando sempre più critiche a causa dell'aumento delle malattie non trasmissibili. Infatti, il sistema sanitario della Tunisia è stato progettato per combattere le malattie trasmissibili, come spesso affermato dagli informatori. Le condizioni croniche, al contrario, coinvolgono percorsi causali multipli e richiedono un livello di gestione che lo Stato fatica a sostenere finanziariamente. Le eventuali forze del sistema attuale sono state descritte come sempre più minacciate dall'aumento della prevalenza di malattie come le malattie cardiovascolari e il diabete:

“...These various institutional weaknesses were becoming increasingly critical as a consequence of the surge in NCDs. Tunisia’s health system was designed to combat transmitted diseases, as informants habitually stated. Chronic conditions, by contrast, involve multiple causal pathways, and require a level of management that the state struggles to meet financially. Whatever strengths the current system were described as being increasingly jeopardized by the rising prevalence of diseases like CVD and diabetes...”²²

Tuttavia il trattamento delle persone diabetiche in Tunisia risulta ancora non ottimale. Infatti, uno studio quantitativo condotto su 100 pazienti presso il CSB (Centro di Salute di Base) e 96 presso l'INNTA (Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire) ha mostrato che solo meno del 30% dei pazienti nelle due strutture di cura ha raggiunto un equilibrio glicemico. Nonostante l'esame clinico sia risultato migliore presso il CSB, la realizzazione dell'ECG (elettrocardiogramma) e i dosaggi dell'HbA1c e del HDL-Ch (colesterolo ad alta densità) sono stati lontani dall'ottimale. In questo senso, uno studio qualitativo ha rilevato alcune ipotesi per spiegare queste discrepanze: la carenza di trattamenti essenziali e di test biologici di base ha diminuito l'attrattiva dei CSB, aggravando così la sovraffollamento negli ospedali. Inoltre, la sovraffollamento delle visite e la mancanza di comunicazione sono state le due principali ragioni dell'insoddisfazione dei pazienti e dei fornitori di cure:

“..L'étude quantitative auprès de 100 patients au CSB et 96 à l'INNTA a montré que l'équilibre glycémique n'a été atteint que dans moins de 30% des patients dans les deux structures de soins. Quoique l'examen clinique était meilleur au CSB, la réalisation de l'ECG, le dosage de l'HbA1c et du

²¹Inspire Project available at:

<https://inspiresproject.com/isginspiring/a-pilot-collaborative-project-that-could-be-adopted-by-other-regions-in-tunisia/> [Accessed on 25/07/2023 through WayBack Machine: <https://archive.org/web/>]

²²Health system challenges of NCDs in Tunisia Article in International Journal of Public Health, · November 2014, DOI: 10.1007/s00038-014-0616-0, Source: PubMed, available at: https://www.researchgate.net/publication/268392078_Health_system_challenges_of_NCDs_in_Tunisia [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

HDL-Ch étaient loins de l'optimal. L'étude qualitative a dégagé certaines hypothèses pour expliquer ces écarts: la pénurie de traitements essentiels et de tests biologiques de base ont diminué l'attractivité des CSB, aggravant ainsi l'encombrement dans les hôpitaux. Par ailleurs, L'encombrement des consultations et le manque de communication étaient les deux raisons majeures de l'insatisfaction des patients et des prestataires de soins...²³

In accordo con quanto riportato, un'altra fonte sottolinea come la qualità della presa in carico del diabete mellito è stata giudicata insufficiente dalla maggioranza dei fornitori di cure mediche (4 su 7), con presenza di discrepanze. Inoltre, le dichiarazioni dei medici di medicina generale presso il CSB erano più sfumate rispetto a quelle dell'INNTA. "Il livello è generalmente buono, tranne che ci sono molte cose da correggere e migliorare, ad esempio i tempi di attesa sono molto lunghi, le sale d'attesa sono molto affollate", ha detto un medico di medicina generale presso il CSB. Al contrario, un residente presso l'INNTA ha ammesso che la qualità delle cure era cattiva, affermando che "gli appuntamenti sono molto distanziati (6 mesi invece di 3), la pressione arteriosa non viene misurata sistematicamente per tutti i pazienti, dato il numero elevato di pazienti per medico, e infine gli ECG non vengono effettuati ogni anno. Inoltre, l'educazione dei pazienti risulta difficile".

"...La qualité de PEC (prise en charge) du diabète sucré a été jugée insuffisante par la majorité de prestataires de soins médicaux (4/7), avec présence de discordances. Par ailleurs, les déclarations des médecins généralistes du CSB étaient plus nuancées qu'au niveau de l'INNTA. «Le niveau est généralement bon sauf qu'il y a beaucoup de choses à corriger et à améliorer, par exemple le temps d'attente est très long, les salles d'attente sont très encombrées», disait un médecin généraliste du CSB. A l'opposé, le résident à l'INNTA a admis que la qualité des soins était mauvaise, disant que «les rendez vous sont très espacés (6 mois au lieu de 3), la pression artérielle n'est pas systématiquement mesurée pour tous les patients, étant donné le nombre important de patients par médecin, finalement les ECG ne sont pas faits chaque année. Aussi bien l'éducation des patients est difficile..."²⁴

Un'altra criticità è l'allarmante attrazione del settore privato per la gestione delle malattie cardiovascolari e del diabete, settore in cui la dualità tra pratica pubblica e privata rappresenta un vero problema: le linee guida del Ministero della Salute non vengono rispettate, la regolamentazione è debole:

"...The attraction of the private sector is alarming. For CVD and diabetes management, the duality of Public/Private practice is a real problem: the MoH guide-lines are not observed, regulation is weak. It is an abyss of money..."²⁵

²³ Ben Mansour, Nadia et al. "Management of diabetics. Comparative study of two contrasting health structures." *La Tunisie medicale* vol. 99,1 (2021): 129-138. , available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636952/> [Accessed on 25/07/2023]

²⁴ Ben Mansour N., Sassi Mahfoudh A., et Ben Romdhane H (2021) *Prise en charge des diabétiques. Etude comparative de deux structures de santé contrastées.* available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636952/> [Accessed on 25/07/2023]

²⁵Health system challenges of NCDs in Tunisia Article in *International Journal of Public Health*, · November 2014, DOI: 10.1007/s00038-014-0616-0, Source: PubMed, available at: https://www.researchgate.net/publication/268392078_Health_system_challenges_of_NCDs_in_Tunisia [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Un'altra fonte riporta come un piano di problematiche sia associato alle carenze di personale, che sono cruciali per il diabete e le malattie cardiovascolari, e delle conseguenze di una formazione e morale deboli:

“...Informants also spoke of staffing shortages which are crucial for diabetes and CVD, and the consequences of weak training and morale...”²⁶

o

Disponibilità dei farmaci essenziali

Nella lista dei medicinali della Direzione Farmaceutica della Tunisia sono presenti i seguenti tipi di insulina:

INSULINA LISPRO
INSULINE ASPARTE
INSULINE DEGLUDEC
INSULINE DETEMIR
INSULINE GLARGINE
INSULINE GLULISINE
INSULINE HUMAINE
INSULINE PORCINE

Figura 1. Lista di farmaci. Tratto da: Direzione Farmaceutica della Tunisia (2023)²⁷

Il report della WHO del 2016 riporta come farmaci come l'insulina e la metformina siano generalmente disponibili nei centri di cure primarie, sebbene i trapianti di rene rimangono poco disponibili come anche diversi esami per il monitoraggio della terapia:

Medicines in primary care facilities

Insulin	●
Metformin	●
Sulphonylurea	NR

Procedures

Retinal photocoagulation	●
Renal replacement therapy by dialysis	●
Renal replacement therapy by transplantation	○

Basic technologies in primary care facilities

Blood glucose measurement	●
Oral glucose tolerance test	○
HbA1c test	○
Dilated fundus examination	○
Foot vibration perception by tuning fork	○
Foot vascular status by Doppler	○
Urine strips for glucose and ketone measurement	●

* The mortality estimates for this country have a high degree of uncertainty because they are not based on any national NCD mortality data (see Explanatory Notes).

† = documentation not provided

○ = not generally available ● = generally available

NR = country responded to survey but did not give a response to a specific question

²⁶Health system challenges of NCDs in Tunisia Article in International Journal of Public Health, · November 2014, DOI: 10.1007/s00038-014-0616-0, Source: PubMed, available at: https://www.researchgate.net/publication/268392078_Health_system_challenges_of_NCDs_in_Tunisia [Accessed on 25/07/2023]

²⁷Direzione Farmaceutica della Tunisia (2023) Liste des DCI available at: <http://www.dpm.tn/index.php/medicaments-a-usage-humain/liste-des-dci> [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Figura 2. Disponibilità dei farmaci antidiabetici. Tratto da: WHO (2016) Availability of medicines, basic technologies and procedures in the public health sector ²⁸

Tuttavia, alcune fonti riportano come ci siano anche problemi legati al finanziamento del sistema sanitario stesso²⁹, che determinano la mancanza di farmaci essenziali, come ha dichiarato un medico: "Chiediamo sempre al paziente di prendere i suoi farmaci e gli diciamo sempre di non smettere. Ma poi gli diciamo, 'no, non abbiamo [questi] farmaci, torna domani':

“...But there were also acknowledged to be problems due to the funding of the health system itself, for as one doctor stated: “We always ask the patient to take his drugs, and we are always saying to him never to stop. But then we say to him, ‘no, we don't have [these] drugs, come back tomorrow...” ³⁰

Questo è in linea con quanto documentato in un altro studio, che riporta come sebbene non ci fosse una sostanziale differenza tra le aree rurali e urbane e le regioni per quanto riguarda l'accessibilità delle strutture sanitarie, più di due terzi delle donne e la metà degli uomini

²⁸WHO (2016) Diabetes Tunisia 2016 country profile. available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/diabetes/tun_en.pdf?sfvrsn=3a579505_38&download=true [Accessed on 25/07/2023]

²⁹ In linea generale, una fonte internazionale riporta come la scarsa aderenza ai farmaci colpisce circa la metà della popolazione di pazienti, portando a gravi complicazioni di salute, morte prematura e un aumento dell'uso dei servizi sanitari. Le tre condizioni croniche più prevalenti - diabete, ipertensione e iperlipidemia - spiccano per la gravità delle complicazioni evitabili per la salute, la mortalità e i costi sanitari. Ci sono tre motivi principali dietro questi bassi tassi di aderenza ai farmaci per le malattie croniche. In primo luogo, il problema della scarsa aderenza è raramente incluso esplicitamente nelle agende politiche nazionali per la salute. In secondo luogo, le intenzioni tendono a attribuire il problema esclusivamente ai pazienti, mentre le prove suggeriscono che le caratteristiche del sistema sanitario - in particolare la qualità dell'interazione tra paziente e fornitore, le procedure per il rinnovo delle prescrizioni o i costi a carico del paziente - sono i principali fattori determinanti. In terzo luogo, i pazienti con condizioni croniche spesso si sentono esclusi dalla decisione riguardante la loro terapia e sono inclini a rifiutarsi di seguirne le indicazioni: “...*Poor adherence to medications affects approximately half of the patient population, leading to severe health complications, premature deaths, and an increased use of healthcare services. The three most prevalent chronic conditions – diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia – stand out regarding the magnitude of avoidable health complications, mortality, and healthcare costs. There are three broad reasons behind these low rates of adherence to chronic disease medications. Firstly, the problem of poor adherence has rarely been explicitly included in national health policy agendas. Secondly, interventions tend to attribute the problem exclusively to patients, while the evidence suggests that health system characteristics – in particular the quality of patient-provider interaction, procedures for refilling prescriptions, or out-of-pocket costs – are lead drivers. Thirdly, patients with chronic conditions frequently feel left out of the decision about their therapy and are inclined to rebuff...*” Fonte: Khan, R. and K. Socha-Dietrich (2018), "Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia", OECD Health Working Papers, No. 105, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8178962c-en>. available at : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/investing-in-medication-adherence-improves-health-outcomes-and-health-system-efficiency_8178962c-en [Accessed on 25/07/2023]

³⁰Tili, F., Tinsa, F., Skhiri, A., Zaman, S., Phillimore, P., & Ben Romdhane, H. (2014). Living with diabetes and hypertension in Tunisia: popular perspectives on biomedical treatment. *International Journal of Public Health*, 60(S1), 31–37. doi:10.1007/s00038-014-0572-8 [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

ottengono i loro farmaci solo dai Centri di Cura Primaria (PHC) nei quali le scorte di farmaci sono limitate e quando presenti sono solo una o due vecchie classi farmaceutiche:

“...The attraction of the private sector is alarming. For CVD and diabetes management, the duality of Public/Private practice is a real problem: the MoH guide-lines are not observed, regulation is weak. It is an abyss of money...”³¹

Similmente, una fonte riporta come sebbene in Tunisia l'insulina sia disponibile nei servizi di assistenza primaria, secondaria e terziaria, gli analoghi dell'insulina sono disponibili solo nelle farmacie private dove sono più costosi. La scarsa disponibilità di analoghi dell'insulina non si riscontrano solo nei settori pubblico e privato, ma anche a diversi livelli del sistema sanitario (ospedali e strutture di assistenza primaria). In Tunisia, i pazienti affetti da diabete non hanno problemi con grandi distanze tra le comunità e le strutture sanitarie che forniscono cure per l'insulina umana, ma non per gli analoghi dell'insulina:

“...In Tunisia insulin is available in primary, secondary, and tertiary healthcare. Analog insulin is available only in private pharmacies where it is more expensive. Poor availability of analog insulin is not found only in the public and private sectors, but also at different levels of the healthcare system (the hospitals and the primary healthcare facilities). In Tunisia, patients, living with diabetes, do not have a problem with large distances between communities and health facilities that provide diabetes care with respect to human insulin but not the analog...”³²

Inoltre un'altra fonte riporta come sebbene il governo Tunisino offra un parziale supporto per l'approvvigionamento di insulina (Fig. 3) questo sia limitato solo all'insulina umana (Fig. 4). La stessa fonte riporta come vi siano diversi schemi che possono garantire l'accesso all'insulina:

- Lo schema Nazionale di Sicurezza Sociale: Assicurazione offerta ai dipendenti in cui governi, datori di lavoro e dipendenti partecipano al pagamento del premio. Il 61% dei paesi ha un Fondo Nazionale di Sicurezza Sociale (NSSF) e la maggior parte di essi (80%) richiede una compartecipazione, ad eccezione di Algeria e Iraq. I paesi che non hanno un NSSF sono Afghanistan, Bahrain, Libia, Pakistan, Palestina, Qatar e Yemen. Vale la pena menzionare che, di questi paesi, Bahrain, Libia, Palestina e Qatar hanno già il pieno sostegno del governo per la fornitura di insulina.
- Le assicurazioni private sono previste per coprire il costo dell'insulina, ma in alcuni paesi del Medio Oriente e del Nord Africa, le compagnie di assicurazione private non coprono le malattie croniche; considerano anche il Diabete di Tipo 1 una malattia congenita o impongono un periodo di latenza molto lungo prima di fornire copertura per l'insulina o richiedono premi molto elevati. In 61% dei paesi, le assicurazioni private coprono il costo dell'insulina, mentre in altri sette paesi (Algeria, Tunisia, Libia, Libano, Iraq, Pakistan e Yemen) l'insulina non è coperta.

³¹Health system challenges of NCDs in Tunisia Article in International Journal of Public Health, · November 2014, DOI: 10.1007/s00038-014-0616-0, Source: PubMed, available at: https://www.researchgate.net/publication/268392078_Health_system_challenges_of_NCDs_in_Tunisia [Accessed on 25/07/2023]

³²Health system challenges of NCDs in Tunisia Article in International Journal of Public Health, · November 2014, DOI: 10.1007/s00038-014-0616-0, Source: PubMed, available at: https://www.researchgate.net/publication/268392078_Health_system_challenges_of_NCDs_in_Tunisia [Accessed on 25/07/2023]

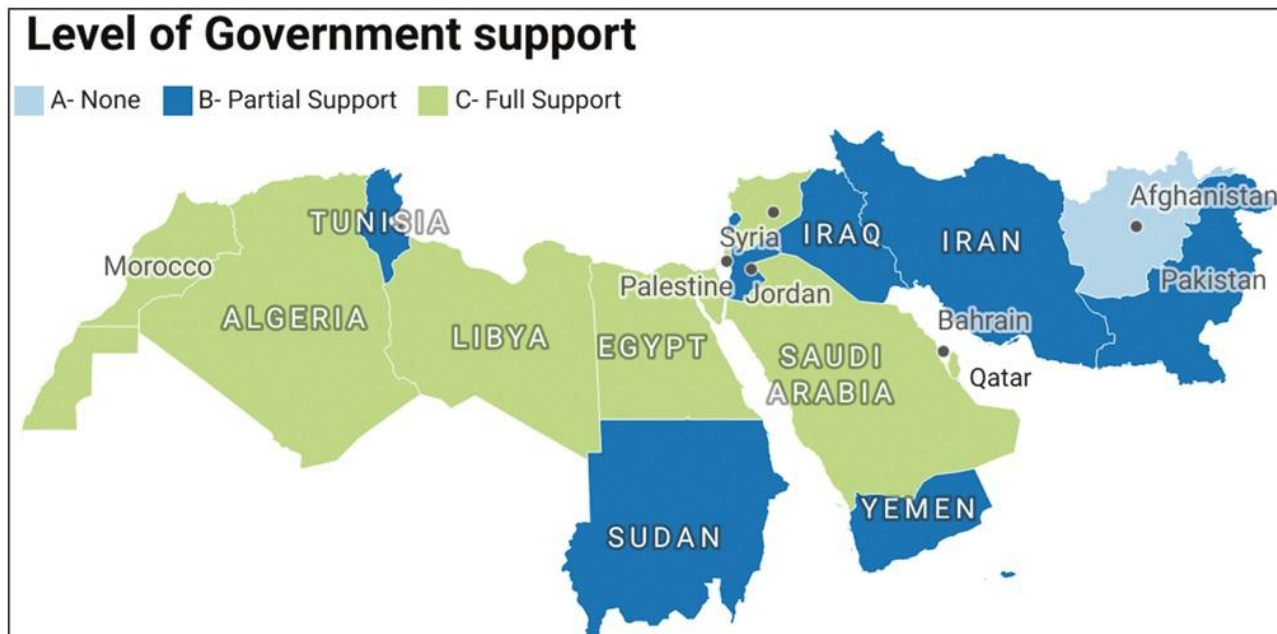
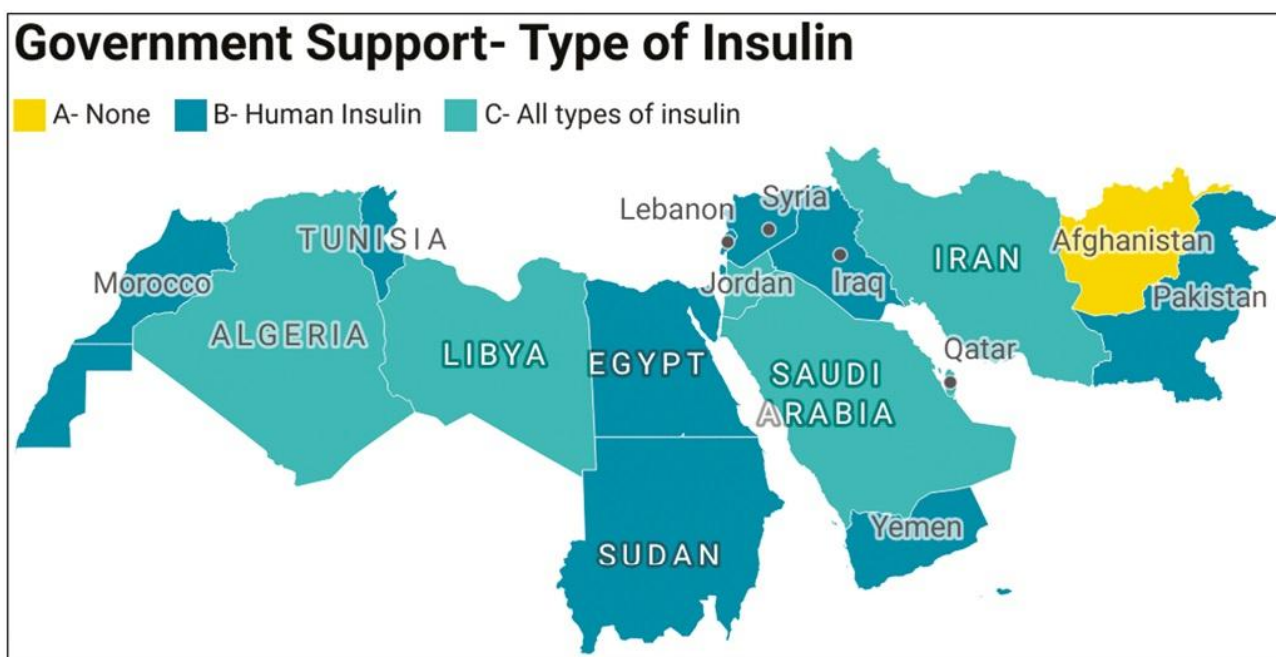


Figura 3. Supporto governativo per l'insulina. Tratto da: A Survey by International Diabetes Federation-Middle East and North Africa Region (IDF-MENA) Member Associations ³³



³³ Saad, Michele Abi; Masood, Shabeen Naz1.; Al Bache, Nizar2; Odhaib, Samih Abed3; Belkhadir, Jamal4; Shegem, Nadima5. Accessibility and Availability of Insulin: A Survey by International Diabetes Federation-Middle East and North Africa Region (IDF-MENA) Member Associations. Journal of Diabetology 13(Suppl 1):p S73-S80, December 2022. | DOI: 10.4103/jod.jod_114_22 [Accessed on 25/07/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Figura 4. Supporto governativo per tipologia di insulina. Tratto da: A Survey by International Diabetes Federation-Middle East and North Africa Region (IDF-MENA) Member Associations ³⁴

“Two countries (Tunisia and Morocco), insulin is provided by the government to anyone in the territory [...]

Insurance schemes can also play a role in access to insulin:

- National Social Security Scheme: Insurance offered to employees whereby governments, employers, and employees participate in the premium. 61% of countries have a National Social Security Fund (NSSF) and the majority of them (80%) require a co-payment, except Algeria and Iraq. Countries that do not have NSSF are Afghanistan, Bahrain, Libya, Pakistan, Palestine, Qatar, and Yemen. It is worth mentioning that, out of these countries, Bahrain, Libya, Palestine, and Qatar have already full government support for the provision of insulin.
- Private insurance is expected to cover for the cost of insulin, but in some countries of MENA Regions, private insurance companies do not cover for chronic diseases; they also consider Type-1 Diabetes a congenital disease, or impose a long latent period before providing insulin coverage or very high premiums. In 61% of countries, private insurance covers for insulin cost, whereas in seven other countries (Algeria, Tunisia, Libya, Lebanon, Iraq, Pakistan, and Yemen) insulin is not covered...” ³⁵

Nello specifico, la lista dei farmaci rimborsabili da parte della CNAM sono i seguenti:

ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	ACTRAPID	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	INSULATARD	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	LEVEMIR	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	MIXTARD	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	TRESIBA	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	LANTUS	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	NOVOMIX	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	NOVORAPID	80%, 90% ou 100%
ENDOCRINOLOGIE	INSULINE	UMULINE	80%, 90% ou 100%

Figura 2. Lista di farmaci rimborsabili CNAM. Tratto da: Liste des Médicaments Remboursables par la CNAMGS Edition 2021 ³⁶

Inoltre, sebbene ci sia la copertura sanitaria, in un recente studio qualitativo, alcuni dei soggetti intervistati hanno riconosciuto che le difficoltà finanziarie sono il problema più grande per l'aderenza del paziente. I pazienti più poveri che non hanno la capacità finanziaria di pagare in anticipo sono costretti ad evitare tali costi, a discapito del loro trattamento. Infatti, sebbene il sistema assicurativo sanitario della Tunisia sia spesso considerato uno dei più completi nella

³⁴ Saad, Michele Abi; Masood, Shabeen Naz1,; Al Bache, Nizar2; Odhaib, Samih Abed3; Belkhadir, Jamal4; Shegem, Nadima5. Accessibility and Availability of Insulin: A Survey by International Diabetes Federation-Middle East and North Africa Region (IDF-MENA) Member Associations. Journal of Diabetology 13(Suppl 1):p S73-S80, December 2022. | DOI: 10.4103/jod.jod_114_22 [Accessed on 25/07/2023]

³⁵ Saad, Michele Abi; Masood, Shabeen Naz1,; Al Bache, Nizar2; Odhaib, Samih Abed3; Belkhadir, Jamal4; Shegem, Nadima5. Accessibility and Availability of Insulin: A Survey by International Diabetes Federation-Middle East and North Africa Region (IDF-MENA) Member Associations. Journal of Diabetology 13(Suppl 1):p S73-S80, December 2022. | DOI: 10.4103/jod.jod_114_22 [Accessed on 25/07/2023]

³⁶ CNAM (2021) Liste des Médicaments Remboursables par la CNAMGS Edition 2021. available at: <http://www.cnamgs.ga/node/259> [Accessed on 25/07/2023]

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

regione, oltre alle criticità di copertura esposte nella sezione precedente, si devono prendere in considerazione i ritardi nel rimborso, che sono stati ampiamente considerati come un problema principale. Prestiti da familiari o pagamenti dilazionati ai farmacisti sono state le "soluzioni" menzionate dai nostri informatori come conseguenza necessaria di questi ritardi:

“..Financial difficulties were also recognised by some we interviewed as the biggest problem for patient adherence. Poorer patients who did not have the financial capacity to pay out in advance were said to avoid such costs arising, to the detriment of their treatment. Although Tunisia’s health insurance system is often regarded as one of the most comprehensive in the region, the delays to reimbursement were widely seen as posing major problems. Loans from family members or staggered payments to pharmacists were the ‘solutions’ our informants mentioned as necessary consequences of these delays...”³⁷

Similmente, un'altra fonte riporta come il rifiuto delle cure sanitarie nei pazienti diabetici tunisini è spiegato principalmente da motivi finanziari, come la mancanza di un'assicurazione sanitaria. Conseguentemente, garantire un miglioramento della copertura sanitaria universale è un pilastro fondamentale per la gestione adeguata delle malattie croniche come il diabete:

“...Health care renunciation in diabetic Tunisian patients is explained mainly by financial reasons (having no health insurance).

- Moving further towards improving universal health cover-age is a key pillar in the proper management of chronic diseases such as diabetes...”³⁸

...

³⁷Tlili, F., Tinsa, F., Skhiri, A., Zaman, S., Phillimore, P., & Ben Romdhane, H. (2014). Living with diabetes and hypertension in Tunisia: popular perspectives on biomedical treatment. *International Journal of Public Health*, 60(S1), 31–37. doi:10.1007/s00038-014-0572-8 [Accessed on 25/07/2023]

³⁸Rejaibi, S., Cherif, I., Ben Mansour, N., Zoghalmi, N., Saidi, O., Skhiri, A., Ben Slama, F., Ben Romdhane, H., Turki, Z., & Aounallah-Skhiri, H. (2020). Health care renunciation in Tunisian diabetic patients, 2016. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.594> [Accessed on 25/07/2023]

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 04/07/2023]
- Afrobarometer, Many Tunisians lack adequate access to health care and water, rate government poorly, September 2020, available at: https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ad393-many_tunisians_lack_adequate_access_to_water_and_health_care-22sept20.pdf [Accessed on 25/07/2023]
- Ben Mansour, Nadia et al. "Management of diabetics. Comparative study of two contrasting health structures." *La Tunisie medicale* vol. 99,1 (2021): 129-138. , available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636952/> [Accessed on 25/07/2023]
- Ben Mansour N., Sassi Mahfoudh A., et Ben Romdhane H (2021) Prise en charge des diabétiques. Etude comparative de deux structures de santé contrastées. available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636952/> [Accessed on 25/07/2023]
- 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 25/07/2023]
- Direzione Farmaceutica della Tunisia (2013) Liste des DCI available at: <http://www.dpm.tn/index.php/medicaments-a-usage-humain/liste-des-dci> [Accessed on 25/07/2023]
- 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 25/07/2023]
- Global Health Watch, THE RIGHT TO HEALTH IN TUNISIA, Available at: https://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B6_0.pdf [Accessed on 25/07/2023]
- Health system challenges of NCDs in Tunisia Article in *International Journal of Public Health*, · November 2014, DOI: 10.1007/s00038-014-0616-0, Source: PubMed, available at: https://www.researchgate.net/publication/268392078_Health_system_challenges_of_NCDs_in_Tunisia [Accessed on 25/07/2023]
- InSPIRES, Diabetes and high blood pressure in the region of "Zaghouan" Tunisia. , available at: <https://app.inspiresproject.com/projects/25-diabetes--and-high-blood-pressure-in-the-region-of-zaghouan-> [Accessed on 25/07/2023]
- Inspire Project available at: <https://inspiresproject.com/isginspiring/a-pilot-collaborative-project-that-could-be-adopted-by-other-regions-in-tunisia/> [Accessed on 25/07/2023 through WayBack Machine archive: <https://web.archive.org/web/20230324154811/https://www.inspiresproject.com/isginspiring/a-pilot-collaborative-project-that-could-be-adopted-by-other-regions-in-tunisia/>]
- Khan, R. and K. Socha-Dietrich (2018), "Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia",

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

OECD Health Working Papers, No. 105, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8178962c-en>. available at :

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/investing-in-medication-adherence-improves-health-outcomes-and-health-system-efficiency_8178962c-en [Accessed on 25/07/2023]

Khiari, H., Mallekh, R., Cherif, I., & Hsairi, M. (2021). Burden of non-communicable diseases in Tunisia, 1990-2017: results from the global burden of disease study. *The Pan African medical journal*, 40, 62. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.62.30980>, available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8590256/> [Accessed on 25/07/2023]

RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at:

<https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf> [Accessed on 25/07/2023]

Rejaibi, S., Cherif, I., Ben Mansour, N., Zoghalmi, N., Saidi, O., Skhiri, A., Ben Slama, F., Ben Romthane, H., Turki, Z., & Aounallah-Skhiri, H. (2020). Health care renunciation in Tunisian diabetic patients, 2016. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.594> [Accessed on 25/07/2023]

Saad, Michele Abi; Masood, Shabeen Naz1,; Al Bache, Nizar2; Odhaib, Samih Abed3; Belkhadir, Jamal4; Shegem, Nadima5. Accessibility and Availability of Insulin: A Survey by International Diabetes Federation-Middle East and North Africa Region (IDF-MENA) Member Associations. *Journal of Diabetology* 13(Suppl 1):p S73-S80, December 2022. | DOI: 10.4103/jod.jod_114_22 [Accessed on 25/07/2023]

The Tunisian Local Governance Performance Index: Selected Findings on Health, Report March 2017 SERIES 2017:3, available at: <https://gld.gu.se/media/1253/tunisia-lgpi-health-report.pdf> [Accessed on 25/07/2023]

Tlili, F., Tinsa, F., Skhiri, A., Zaman, S., Phillimore, P., & Ben Romdhane, H. (2014). Living with diabetes and hypertension in Tunisia: popular perspectives on biomedical treatment. *International Journal of Public Health*, 60(S1), 31–37. doi:10.1007/s00038-014-0572-8 [Accessed on 25/07/2023] 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 25/07/2023]

WHO (2016) Diabetes Tunisia 2016 country profile. available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/diabetes/tun_en.pdf?sfvrsn=3a579505_38&download=true [Accessed on 25/07/2023]

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 25/07/2023]

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 25/07/2023]