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

- Versiona aggiornata (maggio 2024)

CONTESTO		NOTE
Paese di origine	Tunisia	N/D
QUESITO COI		**NOTE**
Tematica	Salute	Morbo di Behçet
Formulazione quesiti COI	**1. Informazioni generali sul sistema sanitario tunisino** **2. Informazioni sulla disponibilità e accesso alle cure per persone con demineralizzazione ossea infantile**	

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 persone con demineralizzazione ossea infantile in Tunisia, si è reputato utile e coerente estendere il rapporto ed includere alcune informazioni complessive sul sistema sanitario tunisino e sull'assistenza garantita a persone con disabilità.

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
27/05/2024

°°°

Lista delle abbreviazioni:
CNAM: fondo nazionale per l'assicurazione sanitaria,
IHD: Indice di Sviluppo Umano
IHDI: Indice di Sviluppo Umano corretto per le disuguaglianze
NCD: Non-Communicable Disease

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 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 15/05/2024]

[2] RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at: https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf [Accessed on 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

> "...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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

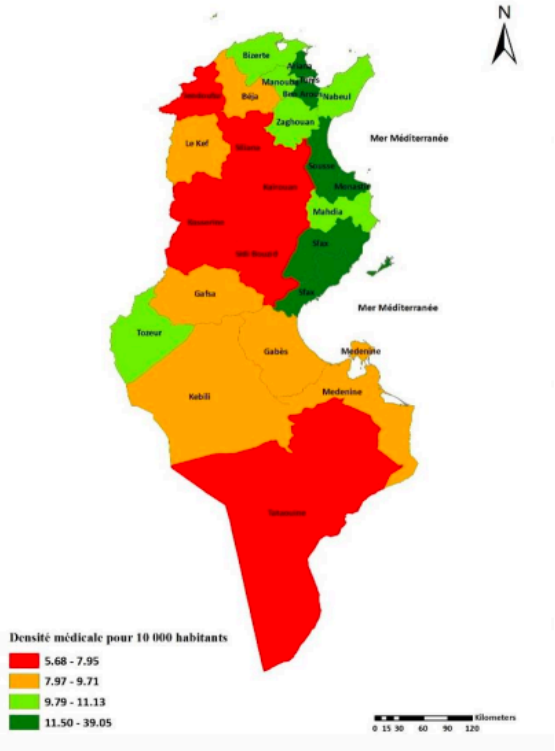

Figura 2. Disponibilità di medici nelle diverse regioni della Tunisia. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [14]

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 15/05/2024]

> ▪ 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 15/05/2024]

[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 15/05/2024]

> 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 con demineralizzazione ossea infantile

Introduzione

La demineralizzazione ossea infantile è un processo patologico caratterizzato dalla perdita di minerali dalla matrice ossea, che può portare alla riduzione della densità ossea aumentando il rischio di fratture e deformazioni ossee, che a loro volta possono determinare lo sviluppo di altri disturbi motori, fino a portare a quadri di disabilità conclamata. Il trattamento della patologia varia in funzione alla causa eziologica sottostante, tuttavia solitamente si avvale di una presa in carico multidisciplinare.[19]

---

[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 04/07/2023]

[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 15/05/2024]

[19] Per approfondimenti si rimanda ad alcuni riferimenti riguardanti alcune patologie di demineralizzazione ossea infantile: Orphanet (no date) Osteoporosi giovanile idiopatica. Available at: https://www.orpha.net/it/disease/detail/85193 [Accessed on 15/05/2024]; Orphanet (no date)

Le fonti riportano come l'osteoporosi sia definita come una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una bassa massa ossea e da un deterioramento microarchitettonico del tessuto osseo e da una diminuzione della massa ossea, con conseguente fragilità e indebolimento delle ossa che si fratturano facilmente, anche in assenza di traumi. Secondo l'Oxford Medical Database, esistono più di 132 entità sindromiche in cui l'osteoporosi e le fratture sono complessi sintomatici. L'osteoporosi, una condizione in cui si verifica una perdita parallela di minerale e matrice ossea, è la causa più comune, mentre il rachitismo, una perdita patologica di osso mineralizzato causata da una riduzione dei livelli di calcio-fosfato con conseguente accumulo di matrice non mineralizzata (osteoide), è meno comune. I difetti nella formazione dell'osso associati a malattie congenite o dello sviluppo come l'Osteogenesi Imperfetta, l'omocistinuria, la galattosemia o varie forme di disturbi displastici dello scheletro possono ridurre la BMC e portare a una fragilità ossea. In particolare, la sindrome di Bruck e la sindrome di Cole-Carpenter presentano una marcata fragilità e le loro basi genetiche eterogenee si sovrappongono all'OI:

> "...Osteoporosis is defined as a systemic skeletal disease characterized by low bone mass and microarchitectural deterioration of bone tissue and a decrease in bone mass, resulting in fragile, weakened bones that fracture easily, even in the absence of trauma.[2] According to the Oxford Medical Database, there are more than 132 syndromic entities in which osteoporosis and fractures are symptom complexes.[11] Osteoporosis, a condition in which there is parallel loss of bone mineral and matrix, is the most common cause, whereas rickets, a pathological loss of mineralized bone caused by a reduction in calcium-phosphate levels with resultant accumulation of nonmineralized matrix (osteoid), is less common. Defects in bone formation associated with congenital or developmental diseases such as OI, homocystinuria, galactosemia, or various forms of skeletal dysplastic disorders, may lower BMC and can lead to bone fragility. In particular, Bruck syndrome and Cole-Carpenter syndrome have marked fragility, and their heterogeneous genetic bases overlap with OI.[8,11,12]…" [20]

La stessa fonte riporta come la comprensione eziologica dell'osteoporosi deve emergere dal fatto che l'osteoporosi deve essere considerata un complesso di sintomi piuttosto che una diagnosi. La caratterizzazione fenotipica clinica e radiografica dettagliata, oltre alla storia naturale della malattia di ogni paziente (bambino o adulto), è la pietra angolare di una corretta gestione:

> "...The etiological understanding of osteoporosis must emerge from the fact that osteoporosis has to be regarded as a symptom complex rather than a diagnosis. The detailed clinical and radiographic phenotypic characterization in addition to the natural history of the disease of every patient (child or adult) is the corner stone of proper management…" [21]

Osteogenesi imperfetta. Available at: https://www.orpha.net/it/disease/detail/666 [Accessed on 15/05/2024]

[20] Al Kaissi A, Windpassinger C, Chehida FB, Ghachem MB, Nassib NM, Kenis V, Melchenko E, Morenko E, Ryabykh S, Hofstaetter JG, Grill F, Ganger R, Kircher SG. How frequent is osteogenesis imperfecta in patients with idiopathic osteoporosis?: Case reports. Medicine (Baltimore). 2017 Sep;96(35):e7863. doi: 10.1097/MD.0000000000007863. Erratum in: Medicine (Baltimore). 2017 Sep 15;96(37):e8141. Erratum in: Medicine (Baltimore). 2017 Oct 20;96(42):e8385. PMID: 28858097; PMCID: PMC5585491. [Accessed on 15/05/2024]

[21] Al Kaissi A, Windpassinger C, Chehida FB, Ghachem MB, Nassib NM, Kenis V, Melchenko E, Morenko E, Ryabykh S, Hofstaetter JG, Grill F, Ganger R, Kircher SG. How frequent is osteogenesis imperfecta in patients with idiopathic osteoporosis?: Case reports. Medicine (Baltimore). 2017 Sep;96(35):e7863. doi: 10.1097/MD.0000000000007863. Erratum in: Medicine (Baltimore). 2017 Sep 15;96(37):e8141. Erratum

Considerando tuttavia l'importanza della presa in carico multidiscplinare delle persone affette da questa patologia si è ritenuto utile approfondire i dati relativi alla presenza di professionisti sanitari per garantire il trattamento della demineralizzazione ossea e delle sue complicazioni. Il report del Ministero della salute della Tunisia riporta come vi siano: 179 neurologi, 36 neuropsichiatri infantili, 414 ortopedici, 79 chirurghi pediatrici, e 1708 fisioterapisti tutti 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
Neurologie	57	9	6	6	5	11	1	3	3	0	0	15	10	5	32	4	0	2	4	6	0	0	0	0	179
Pédo psychiatrie	9	0	1	4	0	1	0	0	0	0	0	4	4	0	10	1	0	1	0	1	0	0	0	0	36

Spécialités chirurgicales	TUNIS	ARIANA	BEN AROUS	MANOUBA	BIZERTE	NABEUL	ZAGHOUAN	BÉJA	JENDOUBA	LE KEF	SILIANA	Sousse	Monastir	Mahdia	SFAX	Kairouan	KASSERINE	SIDI BOUZID	GABÈS	MÉDENINE	TATAOUINE	GAFSA	TOZEUR	KÉBILI	Total général
Chir.Orthopédique et traumatologique	96	16	18	12	14	21	5	9	8	3	4	29	18	12	74	11	7	6	13	20	3	10	2	3	414
Chir. Pédiatrique	35	2	0	0	4	3	2	1	0	0	0	2	11	0	10	3	0	1	3	1	0	1	0	0	79

Figura 3. Disponibilità di specialisti clinici e chirurgici nelle diverse regioni della Tunisia. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [22]

in: Medicine (Baltimore). 2017 Oct 20;96(42):e8385. PMID: 28858097; PMCID: PMC5585491. [Accessed on 15/05/2024]

[22] 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 15/05/2024]

Gouvernorat	Kinésithérapeute	
	2017	2019
Tunis	273	294
Ben Arous	170	147
Ariana	121	129
Mannouba	24	45
Grand Tunis	588	615
Nabeul	129	144
Bizerte	73	93
Zaghouan	10	17
Nord- Est	212	254
Beja	13	19
Jendouba	21	24
Le Kef	19	20
Siliana	5	5
Nord-Ouest	58	68
Sousse	124	161
Monastir	93	93
Mahdia	48	58
Sfax	176	231
Centre-Est	441	543
Kairouan	22	47
Kasserine	22	25
Sidi Bouzid	20	22
Centre-Ouest	64	94
Gabes	23	23
Médenine	49	49
Tataouine	4	8
Sud-Est	76	80
Gafsa	8	31
Tozeur	5	8
Kébili	13	15
Sud-Ouest	26	54
Total général	1465	1708

Figura 4. Disponibilità di fisioterapisti nelle diverse regioni della Tunisia. Tratto da:DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ [23]

Considerando il rischio di disabilità conseguente alla presenza di patologie di demineralizzazione ossea si è ritenuto inoltre utile approfondire le condizioni di assistenza delle persone con disabilità. Le fonti riportano come nell'ambito della disabilità, la Tunisia abbia lavorato per promuovere l'infanzia, tenendo conto delle diverse caratteristiche socio-demografiche di questa fascia d'età. Ciò al fine di instillare nei bambini l'attaccamento all'identità nazionale, prepararli a una vita libera e responsabile, fornire loro le cure e la protezione necessarie, diffondere una cultura dei diritti dell'infanzia, coinvolgere i bambini in tutte le questioni che li interessano in modo adeguato alla loro età e rispettare e rafforzare i loro diritti, tenendo conto del loro interesse. Tuttavia, le fonti riportano come lo Stato tunisino abbia prestato minore attenzione ai bambini con disabilità in termini di protezione sociale, accesso all'istruzione e servizi sanitari adeguati:

> "...Tunisia has worked to promote childhood, taking into account the different socio-demographic characteristics of this age group. This is done with a view to instilling in children an attachment to their national identity, preparing them for a free and responsible life, providing them with the necessary care and protection, disseminating a culture of children's rights, involving children in all matters of interest to them in ways appropriate to their age, and respecting and strengthening their rights, taking into account their best interests. However, less consideration has been given by the

[23] 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 15/05/2024]

> Tunisian State to children with disabilities in terms of social protection, access to education and adequate health services…" [24]

In un recente rapporto sviluppato dall'Organizzazione tunisina per la difesa dei diritti delle persone con disabilità (OTDDPH), l'Associazione per la protezione dei bambini psicotici e autistici (APPAI) e l'Associazione tunisina per lo sviluppo e l'inclusione (TADI), viene riportato come fin dall'inizio del 2023, lo Stato tunisino non è riuscito a raggiungere l'uguaglianza per le persone con disabilità. Questo principio fondamentale è stato purtroppo abortito, da un lato, dalla società, che considera ancora la persona disabile come un peso o una sorta di umiliazione. Infatti, la percezione nei confronti delle persone con disabilità equivale a incapacità, povertà e carità. Dall'altro lato, lo Stato stesso, attraverso i suoi organi (ministeri, segreterie statali, amministrazioni, ecc.), ha il diritto esclusivo di istituire diversi programmi e progetti che rimangono insufficienti rispetto ai requisiti della convenzione e troppo lontani dalle aspettative delle persone con disabilità per promuovere l'uguaglianza de facto delle persone con disabilità. La non discriminazione è ancora un traguardo inaccessibile per le persone con disabilità. Molte di loro sono soggette a pratiche altamente discriminatorie (ad esempio, esclusione dalla scuola e dal lavoro, molestie, abusi, interventi medici non consensuali o forzati con il pretesto dell'assistenza sanitaria, tutele, istituzionalizzazione forzata). La discriminazione contiene una modalità *soft* in relazione a diversi ambiti. Ad esempio, il tasso di disoccupazione nazionale in Tunisia è del 15,4% nel 2020 secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (INS), ma tra le persone con disabilità il tasso raggiunge il 40% nel giugno 2019. Questa discrepanza va oltre il settore dell'occupazione e riguarda altre necessità vitali come la salute e l'istruzione. In termini di protezione legislativa contro la discriminazione, il Comitato è stato molto chiaro nel raccomandare l'incorporazione del concetto di accomodamento ragionevole in conformità con l'articolo 2 della CRPD. Quando è stato consultato su questo tema (domanda 8), lo Stato ha fatto riferimento a una proposta (paragrafo 49, in fine, del rapporto) e agli sforzi per adottare la definizione di discriminazione della CRPD (paragrafo 50, in fine, del rapporto), il cui seguito rimane importante. Tuttavia, la fonte riporta come per quanto noto, non è stato raggiunto nulla nell'area coperta dalla CRPD. Anche se ci sono stati progressi in altre aree del quadro legislativo anti-discriminazione, come la Legge Organica n. 2018-50 del 23 ottobre 2018, sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, la situazione in termini di protezione contro la discriminazione basata sulla disabilità rimane la stessa ed è largamente insufficiente:

> "...Until the beginning of 2023, the Tunisian state has not been able to achieve equality for people with disabilities. This fundamental principle was unfortunately aborted, on the one hand, by society, which still considers the disabled person as a burden, or a kind of humiliation. Indeed, the perception towards people with disabilities is equivalent to incapacity, poverty, and charity. On the other hand, the State itself, through its bodies (ministries, state secretariats, administrations, etc.), has the exclusive right to set up different programmes and projects that remain insufficient to the requirements of the convention, and too far from the expectations of people with disabilities to

[24] OTDDPH - Tunisian Organisation for the Defense of the Rights of Persons with Disabilities; APPAI - Association for the Protection of Psychotic and Autistic Children; TADI - Tunisian Association for Development and Inclusion; et al. (author), CRPD (ed. or publisher): Written contribution from Organizations of People with Disabilities in Tunisia for the 28th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, March 2023 available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=Z2evgg/KQitPmEcSGMucoC5EolTmbvEzCC6/W9GNjMYORL3+rtWQ9zh9r0/ARG3UjSN8POUhknbmJJ6fWwn2fA== [Accessed on 15/05/2024]

> promote the de facto equality of people with disabilities. Non-discrimination is still an inaccessible achievement for people with disabilities. Many of them are subjected to highly discriminatory practices (e.g. exclusion from school and work, harassment, abuse, non-consensual or forced medical interventions under the pretext of health care, guardianship, forced institutionalization). Discrimination contains a soft mode in relation to different areas. For example, the national unemployment rate in Tunisia is 15.4% in 2020 according to the National Institute of Statistics (INS), but among people with disabilities the rate reaches 40% in June 2019. This discrepancy goes beyond the employment sector and concerns other vital necessities such as health and education. In terms of legislative protection against discrimination, the Committee had been very clear in recommending the incorporation of the concept of reasonable accommodation in accordance with Article 2 of the CRPD. When consulted on this issue (question 8), the State referred to a proposal (para. 49, in fine, of the report) and to efforts to adopt the CRPD definition of discrimination (para. 50, in fine, of the report), , the follow-up of which remains important. Nevertheless, to the best of our knowledge, nothing has been achieved in the area covered by the CRPD. Even if there are advances in other areas of the anti-discrimination legislative framework, such as the Organic Law No. 2018-50 of 23 October 2018, on the elimination of all forms of racial discrimination , the state of affairs in terms of protection against discrimination based on disability remains the same and is largely insufficient…" [25]

Similmente, il report annuale sui diritti umani del Dipartimento di Stato degli Stati Uniti riporta come il governo Tunisino, non abbia previsto l'accessibilità delle informazioni e le comunicazioni alle persone con disabilità. Il Ministero degli Affari Sociali era incaricato di proteggere i diritti delle persone con disabilità. Il governo rilascia tessere alle persone con disabilità per ottenere benefici come parcheggi illimitati, servizi medici gratuiti e prioritari, posti a sedere gratuiti e preferenziali sui mezzi di trasporto pubblico e sconti al consumo, tuttavia, gli autobus e i treni pubblici erano poco adatti e non facilmente accessibili alle persone con disabilità. Nel paese c'erano circa 320 centri di educazione speciale, tra cui 310 scuole per bambini con disabilità, una scuola di istruzione superiore e un istituto di formazione professionale. Almeno cinque delle scuole per bambini disabili erano dedicate esclusivamente ad alunni non vedenti. La maggior parte di questi centri erano gestiti da associazioni e finanziati principalmente dal governo. Le opzioni educative o le sistemazioni nel settore pubblico per le persone con disabilità uditive o visive erano limitate. Non esistevano scuole per bambini con disabilità uditive e l'Associazione Ibsar, una ONG che promuove i diritti delle persone con disabilità, ha stimato che oltre il 90% delle persone con disabilità uditive era analfabeta:

> "...The government did not provide for information and communications to be accessible for persons with disabilities. The Ministry of Social Affairs was charged with protecting the rights of persons with disabilities. […] The government issued cards to persons with disabilities for benefits such as unrestricted parking, free and priority medical services, free and preferential seating on public transportation, and consumer discounts. In general, public buses and trains were ill-suited and not easily accessible to persons with disabilities. […] The government provided tax incentives

[25] OTDDPH - Tunisian Organisation for the Defense of the Rights of Persons with Disabilities; APPAI - Association for the Protection of Psychotic and Autistic Children; TADI - Tunisian Association for Development and Inclusion; et al. (author), CRPD (ed. or publisher): Written contribution from Organizations of People with Disabilities in Tunisia for the 28th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, March 2023 available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=Z2evgg/KQitPmEcSGMucoC5EolTmbvEzCC6/W9GNjMYORL3+rtWQ9zh9r0/ARG3UjSN8POUhknbmJJ6fWwn2fA== [Accessed on 15/05/2024]

> to companies to encourage the hiring of persons with physical disabilities. There were approximately 320 Special Education Centers in the country, including 310 schools for children with disabilities, one higher education school, and one vocational training institution. […] At least five of the schools for children with disabilities were dedicated solely to blind pupils. Most of these centers were administered by associations and funded primarily by the government. There were limited education options or public-sector accommodations for persons with hearing or vision disabilities. […] There were no schools for children with hearing disabilities, and Ibsar Association, an NGO promoting rights for persons with disabilities, estimated more than 90 percent of persons with hearing disabilities were illiterate…" [26]

Per quanto riguarda il settore sanitario nell'ambito della disabilità, una recente fonte riporta come lo Stato tunisino investa molto nel diritto alla salute, disponendo di 103 ospedali distrettuali, 33 ospedali regionali e 24 ospedali universitari, a cui si aggiungono le 81 cliniche e i 2091 centri sanitari di base, per un totale di 31.936 posti letto, l'87% dei quali nel settore pubblico. Tuttavia, è importante notare che esiste una grande disparità tra le regioni per quanto riguarda l'assistenza alle persone con disabilità. Infatti, l'indisponibilità di servizi medici diagnostici, in particolare di specialità mediche nelle regioni svantaggiate: psichiatri, neuropsichiatri infantili, oculisti, otorinolaringoiatri e ortopedici, costringe le persone con disabilità a recarsi nelle grandi città o nella capitale per beneficiare di cure di buona qualità. Ciò mette a dura prova le persone con disabilità e aumenta il costo dell'assistenza sanitaria (soprattutto perché i trasporti all'interno delle città e tra di esse non sono accessibili; ciò costringe le persone con disabilità a trovare altri mezzi di trasporto a proprie spese) e questo, ovviamente, non viene rimborsato da nessuna istituzione:

> "...The Tunisian state invests heavily in the right to health. Tunisia has 103 district hospitals, 33 regional hospitals and 24 university hospitals. If we add the 81 clinics and the 2091 basic health centres, there are 31,936 active beds, 87% of which are in the public sector. However, it is important to note that there is a great disparity in the regions as regards the care of people with disabilities. Indeed, the unavailability of diagnostic medical services, particularly medical specialities in disadvantaged regions: psychiatrists, child psychiatrists, ophthalmologists, ENT specialists and orthopaedists, forces people with disabilities to travel to the big cities or to the capital to benefit from good quality care. This puts a strain on people with disabilities and increases the cost of health care (especially as transport within and between cities is not accessible; this forces people with disabilities to find other means of transport at their own expense) and this, of course, is not reimbursed by any institution…"[27]

Per quanto riguarda i costi dell'assistenza sanitaria nell'ambito della disabilità, le fonti riportano come il sistema tunisino consente alle persone con disabilità di beneficiare di cure gratuite o di

---

[26] USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Tunisia, 23 April 2024 available at: https://www.state.gov/reports/2023-country-reports-on-human-rights-practices/tunisia/ [Accessed on 15/05/2024]

[27] OTDDPH - Tunisian Organisation for the Defense of the Rights of Persons with Disabilities; APPAI - Association for the Protection of Psychotic and Autistic Children; TADI - Tunisian Association for Development and Inclusion; et al. (author), CRPD (ed. or publisher): Written contribution from Organizations of People with Disabilities in Tunisia for the 28th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, March 2023 available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=Z2evgg/KQitPmEcSGMucoC5EolTmbvEzCC6/W9GNjMYORL3+rtWQ9zh9r0/ARG3UjSN8POUhknbmJJ6fWwn2fA== [Accessed on 15/05/2024]

tariffe ridotte. Tuttavia, questi benefici sono subordinati all'ottenimento di una tessera di invalidità e all'iscrizione al sistema di sicurezza sociale (CNSS o CNRPS). Queste due condizioni costituiscono una barriera che limita il godimento di questi benefici da parte delle persone con disabilità. Va notato che per ottenere la tessera di invalidità o l'iscrizione a un fondo sociale, la persona disabile deve affrontare un processo amministrativo molto complicato e le informazioni disponibili sono molto scarse. D'altra parte, secondo una recente ricerca, lo Stato tunisino non ha realizzato alcuna campagna informativa per informare le persone con disabilità su queste misure, il che porta ad aggravare l'ignoranza delle persone con disabilità sui loro diritti. Infine, le procedure amministrative per beneficiare di queste misure rimangono oscure e molto incerte:

> "...As regards the cost of health care, the Tunisian system allows people with disabilities to benefit from either free care or reduced rates. However, these benefits are conditional on obtaining a disability card and affiliation to the social security system (CNSS or CNRPS). These two conditions constitute a barrier that limits the enjoyment of these benefits by people with disabilities. It should be noted that in order to obtain a disability card or membership of a social fund, the disabled person is faced with a very complicated administrative process and very little information is available. On the other hand, according to our research, no information campaign has been carried out by the Tunisian state to inform people with disabilities about these measures, which leads to exacerbate the ignorance of people with disabilities about their rights. Finally, the administrative procedures for benefiting from these measures remain obscure and highly uncertain…"[28]

Per quanto riguarda l'accessibilità, è importante notare che la legislazione tunisina non è in linea con gli articoli 25 e 12 della CRPD. Infatti, il codice di etica medica, all'articolo 103, autorizza il medico ad avere il consenso del rappresentante legale della persona priva di capacità giuridica invece di avere il consenso della persona stessa. Si tratta di una violazione del principio del processo decisionale basato sulla volontà e sulle preferenze delle persone con disabilità:

> "...Regarding accessibility, it is important to note that Tunisian legislation is not in line with Article 25 and Article 12 of the CRPD. Indeed, the code of medical ethics in its article 103 authorises the doctor to have the agreement of the legal representative of the person without legal capacity instead of having the consent of the person concerned himself. This is a violation of the principle of decision-making based on the will and preferences of persons with disabilities…" [29]

---

[28] OTDDPH - Tunisian Organisation for the Defense of the Rights of Persons with Disabilities; APPAI - Association for the Protection of Psychotic and Autistic Children; TADI - Tunisian Association for Development and Inclusion; et al. (author), CRPD (ed. or publisher): Written contribution from Organizations of People with Disabilities in Tunisia for the 28th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, March 2023 available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=Z2evgg/KQitPmEcSGMucoC5EolTmbvEzCC6/W9GNjMYORL3+rtWQ9zh9r0/ARG3UjSN8POUhknbmJJ6fWwn2fA== [Accessed on 15/05/2024]

[29] OTDDPH - Tunisian Organisation for the Defense of the Rights of Persons with Disabilities; APPAI - Association for the Protection of Psychotic and Autistic Children; TADI - Tunisian Association for Development and Inclusion; et al. (author), CRPD (ed. or publisher): Written contribution from Organizations of People with Disabilities in Tunisia for the 28th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, March 2023 available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=Z2evgg/KQitPmEcSGMucoC5EolTmbvEzCC6/W9GNjMYORL3+rtWQ9zh9r0/ARG3UjSN8POUhknbmJJ6fWwn2fA== [Accessed on 15/05/2024]

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 15/05/2024]

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

Al Kaissi A, Windpassinger C, Chehida FB, Ghachem MB, Nassib NM, Kenis V, Melchenko E, Morenko E, Ryabykh S, Hofstaetter JG, Grill F, Ganger R, Kircher SG. How frequent is osteogenesis imperfecta in patients with idiopathic osteoporosis?: Case reports. Medicine (Baltimore). 2017 Sep;96(35):e7863. doi: 10.1097/MD.0000000000007863. Erratum in: Medicine (Baltimore). 2017 Sep 15;96(37):e8141. Erratum in: Medicine (Baltimore). 2017 Oct 20;96(42):e8385. PMID: 28858097; PMCID: PMC5585491. [Accessed on 15/05/2024]

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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

Orphanet (no date) Osteoporosi giovanile idiopatica. Available at: https://www.orpha.net/it/disease/detail/85193 [Accessed on 15/05/2024]

Orphanet (no date) Osteogenesi imperfetta. Available at: https://www.orpha.net/it/disease/detail/666 [Accessed on 15/05/2024]

OTDDPH - Tunisian Organisation for the Defense of the Rights of Persons with Disabilities; APPAI - Association for the Protection of Psychotic and Autistic Children; TADI - Tunisian Association for Development and Inclusion; et al. (author), CRPD (ed. or publisher): Written contribution from Organizations of People with Disabilities in Tunisia for the 28th Session of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, March 2023 available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/DownloadDraft.aspx?key=Z2evgg/KQitPmEcSGMucoC5EolTmbvEzCC6/W9GNjMYORL3+rtWQ9zh9r0/ARG3UjSN8POUhknbmJJ6fWwn2fA== [Accessed on 15/05/2024]

RAD-AID, Country Report Tunisia, October 2020, available at: https://rad-aid.org/wp-content/uploads/Tunisia-Country-Report.pdf [Accessed on 15/05/2024]

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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

USDOS - US Department of State: 2023 Country Report on Human Rights Practices: Tunisia, 23 April 2024 available at: https://www.state.gov/reports/2023-country-reports-on-human-rights-practices/tunisia/ [Accessed on 15/05/2024]

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 15/05/2024]

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 15/05/2024]

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 15/05/2024]