



l'incapacità della Grecia di adempiere agli obblighi derivanti dal diritto internazionale ed europeo riguardo all'accoglienza dei richiedenti asilo<sup>3</sup>.

Per poter comprendere l'impatto che l'immigrazione ha avuto sul sistema sanitario greco, occorre premettere qualche cenno sulle caratteristiche del servizio sanitario greco, con particolare riferimento alle criticità strutturali che lo contraddistinguono, nonché sul modo in cui la crisi economica e le conseguenti politiche di tagli alla spesa pubblica hanno inciso su di esso<sup>4</sup>.

Innanzitutto, è bene ricordare che la Costituzione greca del 1975 contiene un ampio catalogo di diritti sociali. In particolare, l'art. 21 Cost. sancisce il diritto alla salute, prevedendo che spetti allo Stato prendersi cura della salute dei cittadini, nonché assicurare la protezione dei giovani, degli anziani e degli invalidi, specialmente dei più poveri<sup>5</sup>.

La riforma costituzionale del 2001, inoltre, ha sancito all'art. 25 Cost. il principio dello Stato sociale, per cui i diritti dell'uomo in quanto individuo e in quanto membro della società, così come il principio del *welfare state* sono posti sotto la garanzia dello Stato, i cui organi sono tutti obbligati ad assicurarne il libero esercizio. Inoltre, è stato previsto che nessuna restrizione di questi diritti possa essere imposta se non per legge e nel rispetto del principio di proporzionalità.

I servizi sanitari in Grecia sono principalmente erogati dal Servizio sanitario nazionale (Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΕΣΥ). L'ESY è stato istituito con L. 1937/1983, assumendo come modello i sistemi universalistici presenti in Italia e Spagna. La legge istitutiva dell'ESY prevedeva in primo luogo che lo Stato fosse responsabile della fornitura dei servizi sanitari (assistenza primaria e secondaria) in favore dei propri cittadini. In secondo luogo, il servizio sanitario doveva essere universale, ovvero riguardare tutti i cittadini a prescindere dalle condizioni socio-economiche. Infine, la legge stabiliva il principio di decentramento del servizio sanitario.

In realtà, queste tre caratteristiche risultavano, già prima della crisi, in larga parte disattese.

Innanzitutto, analizzando le prestazioni sanitarie rese dall'ESY si registra uno sbilanciamento delle strutture e dei servizi pubblici in favore dell'assistenza secondaria, a danno dell'assistenza primaria, che invece è erogata principalmente da medici privati. Questo è dovuto, tra l'altro, al fatto che il servizio sanitario greco è stato strutturato ponendo al centro le strutture ospedaliere in cui è erogata l'assistenza secondaria; viceversa, scarseggiano le strutture pubbliche di assistenza primaria (centri sanitari)<sup>6</sup>.

In secondo luogo, le deficienze del servizio universale emergono dal fatto che, accanto al sistema pubblico, in Grecia è presente un fiorente sistema privato<sup>7</sup>. Ciò è dovuto principalmente allo scarso livello di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio pubblico, riconducibile tra l'altro all'alto tasso di corruzione (pagamenti in nero, sovrapprescrizione di medicinali), alle difficoltà di accesso (lunghi periodi di attesa) ed allo scarso grado di soddisfazione

---

<sup>3</sup> Sull'incapacità del sistema sanitario greco di rispondere in maniera adeguata alle esigenze sollevate dai flussi migratori, v. AA.VV., *Greece: assessing health-system capacity to manage large influxes of migrants – Joint report on a mission of the Ministry of Health of Greece, Hellenic Center for Disease Control and Prevention and WHO Regional Office for Europe*, 2015, disponibile online su [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

<sup>4</sup> Per un'analisi dei caratteri del servizio sanitario greco, dalla sua istituzione ad oggi, v. N. KALAVREZOU, *Health Sector Reform in Greece since 2010: Facts, Policies and Implementation*, gennaio 2016, disponibile sul sito SSRN.

<sup>5</sup> Sulla tutela dei diritti sociali nell'ordinamento costituzionale greco, v. G. ARAVANTINOU LEONIDI, *Costituzionalismo e crisi economica. I diritti sociali in Grecia*, in *Democrazia e sicurezza*, n. 3/2015.

<sup>6</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 17 ss.

<sup>7</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 9 ss.

per la qualità dei servizi somministrati. Questo porta i soggetti che possono permetterselo a rivolgersi al settore privato, mentre tendenzialmente si rivolge al servizio pubblico solo chi non può permettersi di ricorrere al privato. Il che, evidentemente, pregiudica quelle finalità di universalismo ed egualitarismo che la legge si proponeva.

Infine, nonostante la legge istitutiva dell'ESY sancisse il principio di decentramento, per circa vent'anni tale disposizione è rimasta inattuata. Solo nel 2001 e nel 2005 sono state create delle autorità regionali competenti, ma queste rimangono sotto il controllo dello Stato centrale e non degli enti territoriali. Occorre dire tuttavia che la riluttanza del Governo centrale ad attuare il decentramento sanitario è giustificata dall'alto tasso di corruzione che riguarda in particolar modo gli enti territoriali.

In definitiva, quindi, si può osservare come il sistema sanitario greco presenti alcune criticità strutturali risalenti nel tempo, che sono state acute e messe in evidenza a seguito dello scoppio della crisi economica.

## **2. L'impatto della crisi sul sistema sanitario greco e le riforme post-crisi**

Non è possibile soffermarsi in questa sede sulle cause e sulle conseguenze della crisi economico-finanziaria che ha colpito la Grecia. Ai fini del presente contributo, tuttavia, occorre sottolineare che uno dei motivi principali del *default* è stato indicato nell'insostenibilità della spesa pubblica greca, specialmente in relazione al sistema di *welfare*. Di conseguenza, le misure adottate per far fronte alla crisi sono state volte principalmente a ridurre queste spese.

Per accedere ai finanziamenti concessi dal Fondo europeo di stabilità finanziaria (FESF) e, successivamente, dal Meccanismo europeo di stabilità (MES), il Governo greco ha dovuto sottoscrivere alcuni *Memorandum of Understanding* con le istituzioni della cd. Troika (Commissione europea, BCE e FMI). In particolare, per quanto concerne il settore sanitario, con il *Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality*, sottoscritto il 9 febbraio 2012, la Grecia si è impegnata a continuare il processo di riforma del sistema sanitario intrapreso nel 2010, con il primo *MOU*, con l'obiettivo di portare la spesa sanitaria sotto il 6% del PIL. Nello specifico, la concessione del finanziamento era condizionata all'adozione, da parte della Grecia, di riforme strutturali riguardanti, tra l'altro, la *governance* sanitaria, da attuarsi mediante la concentrazione dei processi decisionali sotto il Ministero della Salute, e la riduzione dei costi sanitari, legati principalmente all'acquisto e alla somministrazione di medicinali.

Questo *Memorandum*, così come gli atti adottati dalle istituzioni europee negli anni successivi con riferimento al sistema sanitario greco, hanno dunque fissato le condizioni alle quali era subordinata la concessione dei finanziamenti europei. In questo modo, le istituzioni europee hanno di fatto incanalato l'azione riformatrice del Governo greco entro binari predefiniti, incidendo dunque indirettamente sulle politiche sociali nazionali, anche in assenza di una formale cessione di sovranità all'UE in questo ambito.

In attuazione di questi accordi, quindi, il Governo greco ha intrapreso un processo di riforma della sanità volto da un lato alla riduzione delle spese sanitarie e, dall'altro, ad apportare modifiche alla *governance* del sistema sanitario.

Per quanto riguarda il taglio delle spese sanitarie, tra il 2012 e il 2015 si è registrata una forte diminuzione delle risorse a disposizione dell'ESY, anche dovuta alla diminuzione

delle entrate per effetto del crollo dei contributi previdenziali (*social security revenues*) in conseguenza della crisi economica e della crescita della disoccupazione<sup>8</sup>.

Per ovviare in parte alle diminuzioni delle entrate contributive, sono state introdotte delle tariffe a carico del paziente, che questi deve versare a fronte della fruizione di servizi nelle strutture pubbliche. In particolare, è stata introdotta una tariffa forfettaria di 5€ a visita. Inoltre, la L. 4093/2012 ha introdotto una tariffa di 25€ in caso ricovero in ospedale (*impatient care*), a prescindere dal periodo di ricovero e dalla gravità del caso. La misura, che è entrata in vigore il 1° gennaio 2014, tuttavia è stata abrogata quasi immediatamente a causa delle proteste che la sua introduzione ha suscitato nell'opinione pubblica<sup>9</sup>.

È stato poi introdotto il sistema dei cd. *Diagnostic-related-groups* (DRG). In poche parole, se prima gli ospedali venivano rimborsati sulla base di un importo fisso per giorno di ricovero, con questo sistema l'importo viene stabilito per categorie di pazienti classificati in base alla diagnosi, indipendentemente dal numero di giorni di ricovero. In questo modo, si è cercato di ovviare alle inefficienze del sistema sanitario, che in passato avevano portato a ricoveri più lunghi del necessario. L'entrata a regime del DRG, tuttavia, è stata rallentata dalla mancata adozione da parte del Governo della normativa secondaria cui la legge istitutiva (L. 4286/2014) demandava la propria attuazione<sup>10</sup>.

Infine, per diminuire le spese legate alla fornitura di beni e, soprattutto, medicinali, la L. 4155/2013 ha introdotto un sistema nazionale di contratti pubblici elettronici (*e-procurement*), che dovrebbe aumentare la trasparenza ed aiutare a combattere la corruzione negli appalti pubblici legati alla sanità<sup>11</sup>.

Per quanto riguarda le riforme organizzative, nel 2011 è stato istituito l'EOPYY, ovvero l'organizzazione unica per la fornitura di servizi sanitari. In sostanza, si tratta di un ente in cui sono stati fusi tutti i fondi sanitari fino ad allora esistenti. L'istituzione dell'EOPYY ha contribuito ad armonizzare il sistema dei fondi sanitari che in precedenza era molto frammentato<sup>12</sup>.

A questo proposito, bisogna dire che fino al 2011, l'ESY garantiva una copertura a quasi il 100% della popolazione, attraverso una rete di fondi sanitari (*social insurance funds* o *healthcare funds*). Si trattava di fondi connessi all'impiego, per cui i cittadini, a seconda del lavoro svolto, versavano i propri contributi ad uno specifico fondo sanitario. Il problema di questo sistema è che esso copre i disoccupati solo per un anno dopo la perdita del posto di lavoro. Con l'aumento della disoccupazione di lunga durata, questo ha fatto sì che una parte consistente della popolazione restasse priva di copertura sanitaria (nel 2014, sono state stimate un milione di persone prive di copertura)<sup>13</sup>.

---

<sup>8</sup> Cfr. C. ECONOMOU, D. KAITELIDOU, A. KENTIKELIS, A. SISSOURAS, A. MARESSO, *The impact*, cit., 12 ss.

<sup>9</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 33.

<sup>10</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 33 ss.

<sup>11</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 34.

<sup>12</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 23 ss.

<sup>13</sup> Cfr. A. KENTIKELIS, M. KARANIKOLOS, A. REEVES, M. MCKEE, D. STUCKLER, *Greece's health crisis: from austerity to denialism*, in *The Lancet*, 2014, 748-753, secondo cui «Another concern is the erosion of health coverage. Social health-insurance coverage is linked to employment status, with newly unemployed people aged 29–55 years covered for a maximum of 2 years. Rapidly increasing unemployment since 2009 is increasing the number of uninsured people. Those without insurance are eligible for some health coverage after means testing, but the criteria for means testing have not been updated to take into account the new social reality. An estimated 800000 potential beneficiaries are left without unemployment benefits and health coverage. To respond to unmet need, several social clinics (primary care practices staffed by volunteer doctors) have sprung up in urban centres».

Per far fronte a questa situazione, sono state elaborate delle soluzioni, tra cui in particolare l'adozione di "health vouchers", che tuttavia non sono riusciti nell'intento di dare una copertura sanitaria a tutti.

Da ultimo, nel febbraio 2016 è stata adottata la Legge 4368/2016, che è volta a garantire cure minime anche ai soggetti più vulnerabili, quali in particolare i soggetti non assicurati, i loro familiari, i minorenni, e i richiedenti asilo.

L'EOPYY, in definitiva, ad oggi è l'acquirente unico dei servizi sanitari e dei medicinali per il sistema sanitario nazionale. Questa concentrazione ha aumentato la capacità contrattuale del sistema e dovrebbe portare ad una diminuzione dei costi di approvvigionamento, nonché ad una maggiore efficienza del servizio pubblico.

Infine, con la legge 4238/2014 è stata istituita la Rete nazionale della prima assistenza (PEDY), nella quale sono confluite tutte le strutture che forniscono assistenza primaria. Questa riforma ha inteso razionalizzare il sistema precedente di assistenza primaria pubblica che, come detto, si era rivelato carente<sup>14</sup>.

In definitiva, la crisi economica ha messo in luce le carenze già presenti nel sistema sanitario greco e ha costretto le autorità greche, anche per far fronte agli impegni assunti con le istituzioni finanziatrici, ad attuare pesanti tagli alla spesa sanitaria. I MOU stipulati con la Troika infatti prevedevano come condizione per il rilascio del finanziamento il raggiungimento della soglia del 6% del PIL per la spesa sanitaria, a fronte di un PIL in costante diminuzione. Le riduzioni della spesa, come si è detto, sono state in parte attuate mediante riforme strutturali che hanno migliorato l'efficienza e l'economicità del sistema; tuttavia, per la maggior parte si è trattato di tagli lineari, che hanno portato ad una riduzione dei servizi erogati, a danno dei cittadini più poveri che non possono permettersi di rivolgersi alla sanità privata. Inoltre, il sistema sanitario organizzato sulla base dei fondi professionali, in presenza di un alto tasso di disoccupazione di lunga durata, ha fatto sì che parte della popolazione rimanesse scoperta<sup>15</sup>.

### 3. La disciplina giuridica dell'immigrazione in Grecia

Come detto, le difficoltà legate alla crisi del debito sovrano sono state aggravate dalla necessità per le autorità greche di accogliere ondate di migranti, che in alcuni periodi hanno raggiunto numeri insostenibili. In particolare, il 2015 è stato un anno record, con più di un milione di migranti arrivati in Europa, dei quali circa 821.000 sbarcati in Grecia. Nel 2016 il *trend* si è invertito, a causa soprattutto dell'accordo stipulato tra l'UE e la Turchia nel marzo 2016, che ha alleviato il peso degli sbarchi sulle coste elleniche, spostandolo in particolare sull'Italia. Secondo i dati dell'UNHCR, nel 2016 sono sbarcate in Europa circa 350.000 persone, di cui 173.000 in Grecia – seconda dopo l'Italia (181.000) – perlopiù concentrati nei primi mesi dell'anno, ovvero prima dell'accordo UE-Turchia. Anche per effetto di questo accordo, quindi, nel 2016 si è registrata una forte riduzione del numero di sbarchi e, soprattutto nella seconda parte dell'anno, del numero di arrivi in Grecia<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Cfr. N. KALAVREZOU, *Health Sector*, cit., 25 ss.

<sup>15</sup> Per maggiori dettagli sulle conseguenze della crisi, in termini di qualità delle prestazioni sanitarie, v. C. ECONOMOU, D. KAITELIDOU, A. KENTIKELIS, A. SISSOURAS, A. MARESSO, *The impact*, cit., 26 ss.

<sup>16</sup> V. dati pubblicati dal UNHCR sul sito [popstats.unhcr.org](http://popstats.unhcr.org)

Nonostante questa riduzione, la situazione rimane critica. Secondo i dati pubblicati dall'UNHCR, il numero di rifugiati e richiedenti asilo presente in Grecia alla fine del 2015 era di 30.239 rifugiati e 26.141 richiedenti asilo (totale 56.578)<sup>17</sup>.

Per quanto riguarda la condizione giuridica dei migranti, occorre premettere che la Grecia è firmataria dei principali trattati internazionali in materia, quale in particolare la Convenzione di Ginevra sui rifugiati. La Grecia, inoltre, aderisce alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo e, in quanto membro dell'UE, garantisce il rispetto dei diritti sanciti nella Carta di Nizza<sup>18</sup>.

La tutela dei diritti dei richiedenti asilo trova inoltre fondamento nella Costituzione greca, la quale da un lato afferma che i trattati internazionali ratificati dalla Grecia «*fanno parte integrante del diritto interno greco e hanno un valore superiore alle eventuali disposizioni contrarie della legge*» (art. 28 Cost.) e, dall'altro, stabilisce che «*tutte le persone che si trovano sul territorio greco godono di una piena protezione per la loro vita, il loro onore e la loro libertà, senza distinzione di nazionalità, di razza, di lingua, né di convinzioni religiose o politiche*» (art. 5, c. 2, Cost.).

In quanto Stato membro dell'UE, inoltre, la Grecia applica l'*acquis* comunitario in materia di asilo e immigrazione. In particolare, essa è soggetta al Regolamento di Dublino che, come noto, disciplina i criteri per stabilire quale Stato membro sia competente a conoscere delle domande di asilo, identificandolo in linea generale nel Paese in cui è avvenuto l'ingresso nell'UE, nonché alle direttive europee che regolano le procedure e le condizioni di accoglienza dei rifugiati nei Paesi europei.

La disciplina delle procedure di accoglienza degli immigrati in Grecia è contenuta nella Legge 4251/2014 (Codice dell'immigrazione) e nella Decisione ministeriale n. 2745/13<sup>19</sup>.

In particolare, quest'ultima prevede che, all'arrivo dei migranti sul territorio greco, questi vengano sottoposti immediatamente ad una prima visita medico-sanitaria presso le strutture di arrivo (*entry points*). Questi controlli sono a carico delle autorità sanitarie locali. Finita la visita, la Decisione ministeriale n. 2745/13 prevede che vengano registrati i dati personali e le impronte digitali dei migranti. Infine, i migranti ricevono l'ausilio di assistenti sociali e psicologi.

Terminata questa prima procedura, i migranti sono trasferiti nei *First reception centers* (FRC), dove vengono esaminati più approfonditamente dal personale medico-sanitario. Se i FRC sono pieni, i migranti possono essere trasferiti in centri di detenzione. Per legge, i migranti possono rimanere nei FRC per non più di 25 giorni, durante i quali possono formulare richiesta di asilo. Se, quindi, formulano richiesta di asilo, vengono trasferiti in strutture apposite, dove possono rimanere fino a 18 mesi in attesa della decisione sulla loro richiesta<sup>20</sup>.

Al di là di quanto previsto dalla legge, la situazione presente in Grecia di fatto è drammatica.

Gli FRC e le strutture di accoglienza dei richiedenti asilo sono finanziati in parte a carico dell'UE e in parte a carico dello Stato. I fondi forniti da quest'ultimo, però, sono molto ridotti, complice la crisi delle finanze pubbliche. La carenza di risorse economiche determina

---

<sup>17</sup> Non sono, invece, disponibili dati certi sul numero di migranti irregolari presenti in Grecia. Tuttavia, è sufficiente confrontare il numero di sbarchi verificatosi in questi anni sulle coste greche ed il numero di domande di asilo presentate, per comprendere quanto sia carente il sistema di asilo greco. Un gran numero dei profughi arrivati in Grecia, infatti, o risiede illegalmente sul territorio, o più comunemente ha lasciato la Grecia. Su questo aspetto e sui problemi che questo pone rispetto alle regole di Dublino, si tornerà in seguito.

<sup>18</sup> Cfr. AA.VV., *Greece: assessing health-system*, cit., 6 ss.

<sup>19</sup> Cfr. AA.VV., *Greece: assessing health-system*, cit., 13 ss.

<sup>20</sup> Cfr. AA.VV., *Greece: assessing health-system*, cit., 13 ss.

problemi legati alla carenza di strutture adeguate, di personale medico-sanitario e di medicinali.

Le condizioni di accoglienza dei migranti in Grecia sono state oggetto di denunce da parte delle istituzioni internazionali e delle ONG attive sul territorio. Esse, inoltre, hanno portato a diverse condanne da parte della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione europea (su cui v. par. 5).

#### 4. L'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti

Per quanto riguarda le condizioni di accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti, occorre distinguere tra i richiedenti asilo e i migranti irregolari.

I richiedenti asilo hanno diritto all'accesso gratuito ai servizi sanitari, ai medicinali e al ricovero ospedaliero, a condizione che non siano assicurati e che siano indigenti (Decreto presidenziale 220/2000, che recepisce la normativa europea in materia di accoglienza).

I servizi sanitari garantiti ai richiedenti asilo comprendono in particolare:

- a) esami clinici ed esami medici in ospedali pubblici e centri sanitari;
- b) medicinali forniti dietro prescrizione di un medico operante presso le strutture di cui al punto precedente;
- c) assistenza ospedaliera in ospedali pubblici.

Al di là di quanto previsto dalla legge, tuttavia, questi servizi non sono sempre effettivamente garantiti ai richiedenti asilo, come d'altra parte ai cittadini greci. Come osservato da un report di Medici senza frontiere del 2016, infatti, benché teoricamente i migranti abbiano diritto di accedere ai servizi sanitari, in realtà tale accesso è reso difficile dall'assenza di strutture adeguate e di risorse umane e finanziarie<sup>21</sup>.

Inoltre, l'accesso ai servizi previsti dalla legge è sovente rallentato o impedito per motivi burocratici. In particolare, a seguito della crisi finanziaria, che ha imposto un taglio delle spese sanitarie, è stato previsto che per l'accesso dei richiedenti asilo ai servizi sanitari sia necessaria la previa autorizzazione da parte di una Commissione (Committee). In pratica, come affermato dalla relazione dell'UNHCR, questo ha portato a significativi ostacoli burocratici, comprese procedure più stringenti per accedere alla chirurgia e ai medicinali, e persino a restrizioni all'accesso dei richiedenti asilo agli ospedali pubblici<sup>22</sup>.

Nel febbraio 2016, come detto, è stata adottata una legge (la n. 4368/2016), volta a garantire l'accesso a cure minime alle categorie più vulnerabili, tra cui i richiedenti asilo. Ciò nonostante, l'accesso effettivo a queste cure continua ad incontrare impedimenti di tipo bu-

---

<sup>21</sup> Cfr. report di Médecins sans frontières, *Greece in 2016: Vulnerable people get left behind*, ottobre 2016, disponibile sul sito [www.msf.org](http://www.msf.org), in cui si legge: «hospitals are struggling to respond to the needs of both local people and migrants, mainly due to a lack of resources. As a result, people regularly face difficulties in accessing proper healthcare, especially specialised care. Whilst they theoretically have access to the treatment in hospital for specialised issues, in reality access is difficult due to a general lack of capacity, including a lack of financial and human resources».

<sup>22</sup> UNHCR, *Observations on the current situation of asylum in Greece*, Dicembre 2014: «As regards access to health services, asylum-seekers who are uninsured and destitute have in principle free access to hospitals and medical care. In addition to the negative repercussions of the financial crisis on the health sector in Greece, asylum-seekers who ask for access to health services require, in some cases, prior approval by a Committee. In practice, this has led to significant administrative barriers, including more stringent procedures to undergo surgery and to access medical devices and sanitary material, and refusal or restriction of the provision of health services by the public hospitals to asylum-seekers. Asylum-seekers with disabilities receive a basic allowance in case they are not provided with reception accommodation, however the allowance is lower than for Greek nationals with similar disabilities».

rocratico. A questo proposito, un report di Medici senza frontiere del 2016 ha osservato che, nonostante la legge abbia ampliato la platea di beneficiari dei servizi sanitari, i richiedenti asilo incontrano barriere amministrative, dal momento che per l'accesso ai servizi è richiesto il possesso di un codice fiscale e di un numero di registrazione, di cui i migranti non sono in possesso e che spesso non sanno come ottenere.

Per quanto riguarda, invece, gli immigrati irregolari, l'art. 26 del Codice dell'immigrazione stabilisce che le strutture pubbliche non devono fornire servizi sanitari a cittadini di Paesi terzi che non siano in possesso di passaporto o di altro documento valido, di permesso di soggiorno o, in generale, che non siano in grado di provare di essere entrati e di risiedere legalmente in Grecia<sup>23</sup>.

Questo divieto tuttavia non si applica alle strutture sanitarie che operano sotto le autorità locali. Inoltre, non si applica ai minori e ai casi di estrema urgenza, ovvero quando vi sia un rischio di morte. Di fatto, però, come emerge dagli studi condotti dall'Organizzazione mondiale della salute, le strutture sanitarie somministrano cure anche ai migranti irregolari al di fuori delle condizioni di estrema urgenza<sup>24</sup>.

## 5. Le sentenze di Corte di Giustizia e Corte EDU sull'immigrazione in Grecia

La situazione critica del sistema di accoglienza dei richiedenti asilo in Grecia è stata al centro di diverse pronunce della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione europea<sup>25</sup>.

In queste sentenze, le Corti europee hanno ritenuto che il respingimento di un richiedente asilo verso la Grecia fosse in contrasto con il principio di *non-refoulement* (non respingimento) sancito dalla Convenzione di Ginevra. Infatti, nonostante il recepimento da parte della Grecia della normativa europea in materia di accoglienza dei rifugiati, i giudici europei hanno rilevato che i richiedenti asilo in Grecia subiscono regolarmente trattamenti inumani e degradanti, a causa tra l'altro della scarsità di strutture e delle carenze del sistema di accoglienza. In particolare, in tali pronunce viene sottolineato come i richiedenti asilo non abbiano effettivo accesso ai servizi sanitari. Pertanto, benché in quei casi la Grecia fosse il Paese competente a conoscere la domanda di asilo ai sensi del Regolamento Dublino III, le Corti hanno stabilito che lo Stato membro presso cui la domanda era stata presentata avrebbe dovuto conoscere esso stesso la domanda, anziché disporre il trasferimento del richiedente asilo verso la Grecia.

La sentenza più significativa da questo punto di vista è quella pronunciata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo per il caso *M.S.S. c. Belgio e Grecia*, del 21.01.2011, la quale da una parte ha condannato il Belgio per violazione del principio di *non-refoulement* e, dall'altra, ha condannato lo Stato ellenico per il trattamento assimilabile a tortura riservato ai richiedenti asilo. Tale pronuncia, sulla quale le sentenze successive si sono fondate per affermare la sussistenza di trattamenti inumani e degradanti, fa rinvio alle descrizioni delle condizioni di

---

<sup>23</sup> Nella traduzione non ufficiale in inglese, l'art. 26 del Codice dell'immigrazione recita: «*Public services, legal entities of public law, local authorities, public utilities and social security organisations shall not provide their services to third-country nationals who do not have a passport or any other travel document recognised by international conventions, an entry visa or a residence permit and, generally, who cannot prove that they have entered and reside legally in Greece*».

<sup>24</sup> V. AA.VV., *Greece: assessing health-system*, cit., 13.

<sup>25</sup> Tra le sentenze che si occupano della condizione dei richiedenti asilo in Grecia, v. in particolare: Corte EDU, *M.S.S. c. Belgio e Grecia*, 21.01.2011; Corte EDU, *Sharifi e al. c. Italia e Grecia*, 21.10.2014; Corte EDU, *Al.K. c. Grecia e Mohamad c. Grecia*, 11.12.2014.



accoglienza contenute in diversi report redatti da Amnesty international, Human rights watch e UNHCR. Sulla base di tali documenti, la Corte di Strasburgo ha rilevato che i centri di accoglienza presentano gravi condizioni in termini di sovraffollamento, sporcizia, carenza di spazio, carenza di ventilazione, scarsa possibilità di camminare, materassi sporchi e insufficienti, servizi igienici inadeguati, scarso accesso alle cure sanitari<sup>26</sup>. Inoltre, i richiedenti asilo incontrano ostacoli burocratici insormontabili per l'accesso ai servizi sanitari, dal momento che le strutture sanitarie non sembrano consapevoli dei propri obblighi di fornire ai medesimi cure mediche gratuite<sup>27</sup>.

Più di recente, nella sentenza *Al.K. c. Grecia* del 11.12.2014, la Corte EDU ha rilevato come nei centri di detenzione per richiedenti asilo, le cure mediche consistessero solamente nella distribuzione di analgesici attraverso le sbarre, mentre i richiedenti asilo che necessitavano di cure diverse dovevano sopportarne le spese<sup>28</sup>.

A conclusioni analoghe è giunta la Corte di Giustizia, nella sentenza *N.S. c. Secretary of State for Home Department* del 21 dicembre 2011<sup>29</sup>. La Corte di Lussemburgo, infatti, dopo aver constatato che l'onere sopportato dalla Grecia in ragione dell'afflusso di migranti «è sproporzionato rispetto a quello sopportato dagli altri Stati membri e che le autorità greche sono materialmente incapaci di farvi fronte», ha preso atto dell'accertamento compiuto dalla Corte EDU, nella citata sentenza *M.S.S.*, riguardo alla sussistenza in Grecia di una «carenza sistematica nella procedura di asilo e nelle condizioni di accoglienza dei richiedenti asilo». Sulla base di queste premesse, dunque, la Corte di Giustizia ha concluso che la normativa europea in materia di asilo dovesse essere interpretata nel senso che gli Stati membri sono tenuti a non trasferire un richiedente asilo verso lo Stato membro che sarebbe competente a conoscerne la domanda, quando questi abbiano motivi seri e comprovati di credere che il richiedente corra un rischio reale di subire trattamenti inumani o degradanti ai sensi dell'art. 4 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

In definitiva, le sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione europea riguardanti la condizione dei migranti in Grecia mostrano come, al di là della disciplina applicabile, il sistema sanitario greco, complici le criticità strutturali e la carenza di risorse dovute alla crisi economica, non sia stato in grado di rispondere adegua-

---

<sup>26</sup> Corte EDU, *M.S.S.*, cit., par. 161: «*The above-mentioned reports attest to a systematic practice of detaining asylum-seekers in Greece from a few days up to a few months following their arrival. The practice affects both asylum-seekers arriving in Greece for the first time and those transferred by a member State of the European Union under the Dublin Regulation. Witnesses report that no information is given concerning the reasons for the detention.*

162. *All the centres visited by the bodies and organisations that produced the reports listed above describe a similar situation to varying degrees of gravity: overcrowding, dirt, lack of space, lack of ventilation, little or no possibility of taking a walk, no place to relax, insufficient mattresses, dirty mattresses, no free access to toilets, inadequate sanitary facilities, no privacy, limited access to care. Many of the people interviewed also complained of insults, particularly racist insults, proffered by staff and the use of physical violence by guards*

<sup>27</sup> Corte EDU, *M.S.S.*, cit., par. 171: «*Generally, the people concerned depend for their subsistence on civil society, the Red Cross and some religious institutions.*

172. *Having a "pink card" does not seem to be of any benefit in obtaining assistance from the State and there are major bureaucratic obstacles to obtaining a temporary work permit. For example, to obtain a tax number the applicant has to prove that he has a permanent place of residence, which effectively excludes the homeless from the employment market. In addition, the health authorities do not appear to be aware of their obligations to provide asylum-seekers with free medical treatment or of the additional health risks faced by these people.*

<sup>28</sup> Corte EDU, *Al.K.*, cit., «*Plusieurs détenus se plaignaient de maladies dermatologiques et gastriques. Ils se plaignaient aussi du suivi médical, le médecin n'effectuant pas de visite dans le dortoir pour examiner les détenus et distribuant simplement des analgésiques à travers les barreaux de la porte. Les détenus qui avaient besoin d'un autre type de soins médicaux devaient en assumer les frais.*

<sup>29</sup> Corte di Giustizia, sent. *N.S. c. Secretary of State for Home Department* del 21.12.2011 (C-411/10).

tamente alle sfide poste dai flussi migratori degli ultimi anni. Occorre tuttavia considerare che la Grecia, in un periodo di forti difficoltà economico-finanziarie, ha dovuto farsi carico di gran parte del peso dell'accoglienza, in assenza di meccanismi di condivisione degli oneri di accoglienza tra gli Stati membri dell'Unione europea. Tali sentenze, dunque, se da un lato sono ineccepibili sotto il profilo giuridico, dall'altro tuttavia da un punto di vista politico – e, se si vuole, etico – richiamano con forza gli Stati europei a mettere in pratica il principio di solidarietà sancito dai Trattati.