

Lo strano caso del dottor Brian Day Pubblico e privato nella sanità canadese: alla ricerca di un equilibrio

Giandomenico Barcellona

Avvocato in Roma

Riassunto

Il sistema sanitario in Canada è a carattere universalistico e tale universalismo è protetto fino a giungersi all'interdizione dell'erogazione di prestazioni assistenziali in regime privato quando sia già prevista la copertura da parte del servizio pubblico. Questo sistema soffre dell'assenza di corrette sinergie tra stato e mercato producendo lunghe liste d'attesa, razionando le cure o addirittura negando le prestazioni in tempo utile. Inoltre sopprime la libertà di cura e limita eccessivamente quella di esercizio delle attività professionali ed economiche. Il dottor Brian Day è da tempo impegnato nel tentativo di modernizzazione del sistema, ostacolato da chi teme conseguenze negative che potrebbero derivare da un eccesso di privatizzazione.

Parole chiave: assistenza sanitaria, Canada, libertà di cura, sinergia pubblico privato

Abstract. *The strange case of dr. Brian Day*

The health care system in Canada is universalistic in nature, and that universalism is protected to the extent that private medical treatment is forbidden when its provision falls within the scope of public services. This system suffers from the absence of proper synergies between state and market, with consequences such as long waiting lists, rationed provision or even untimely treatment. It also suppresses the freedom of treatment and excessively restricts the freedom to exercise professional and economic activities. Dr. Brian Day has long been engaged in an attempt to modernize the system, hampered by those who fear that negative consequences could result from an excess of privatization.

Keywords: health care, Canada, freedom of treatment, public-private synergy

1. La sfida al monopolio legale del sistema sanitario pubblico in Canada

Il dottor Brian Day è un medico ortopedico canadese di fama internazionale, socio della clinica *Cambie Surgery Centre* in Vancouver, autore di numerose pubblicazioni scientifiche nonché già presidente della *Canadian Medical Association* e dell'*Arthroscopy Association of North America*.

Tuttavia la sua notorietà è dovuta alla battaglia politica e giudiziaria con la quale sfida l'organizzazione sanitaria del Canada invocando elementi di privatizzazione e pronunciandosi a favore di un sistema sanitario misto pubblico privato in un settore ad alta rigidità pubblica come l'attuale sistema sanitario canadese.

Per tali ragioni viene chiamato *doctor profit* dai suoi detrattori e *doctor prophet* da parte di coloro che invece supportano l'introduzione di principi di sinergia tra pubblico e privato e

di libertà di scelta da parte del paziente.

Il sistema sanitario canadese, chiamato comunemente *medicare*, è essenzialmente pubblico anche se – in ragione della natura federale del Canada – ogni provincia conserva ampi margini per la regolamentazione e l'organizzazione.

La legge fondamentale è il *Canada Health Act*, una legge federale del 1984, con la quale in ossequio al principio dell'universalità si prevede che ad ogni cittadino sia garantito libero accesso ai servizi sanitari necessari (medici, ospedalieri, infermieristici) a fronte di finanziamenti da parte del governo centrale basati sulla fiscalità generale.

Tali finanziamenti vengono invece proporzionalmente ridotti alle singole province se esse permettono l'erogazione privata dietro corrispettivo di servizi medici e ospedalieri già forniti dal servizio sanitario; ragione per la quale le province li interdicono.

Va precisato che per interdizione della sanità privata, nel contesto descritto, non si deve intendere il divieto della proprietà privata di cliniche o ambulatori ma la possibilità da parte dei medici e delle strutture private di erogare verso corrispettivo prestazioni già oggetto di copertura da parte della sanità pubblica: l'oggetto dell'interdizione consiste nella libera interazione tra medici e pazienti sia attraverso il ricorso ad assicurazioni private che attraverso spese *out of pocket*.

Oltre alla tutela pubblica generale e nonostante le forti limitazioni sussiste comunque un mercato privato residuale: si è calcolato che – anche e soprattutto attraverso i piani di protezione organizzati dalle imprese per i loro dipendenti – circa il 65% dei cittadini è dotato di polizza assicurativa e che i servizi non coperti dal governo rivestono circa il 30% della spesa sanitaria totale.

Stante le preclusioni descritte, è però evidente che la sanità privata subisce molte limitazioni ed essenzialmente – salvo eccezioni – trova spazio nelle cure integrative per servizi non coperti (ad esempio, la chirurgia laser per correzione della vista, cure odontoiatriche, alcune tipologie di farmaci, alcune tipologie di *long term care* e di *home care*) o nei servizi accessori (come la possibilità di ottenere camere singole negli ospedali).

Queste limitazioni all'erogazione di servizi medici e ospedalieri privati (a pagamento o coperti da polizze assicurative) e altri aspetti restrittivi della regolamentazione sono oggetto della sfida del dottor Day.

Sin dall'inizio degli anni duemila alcune cliniche private iniziarono in effetti a

contravvenire ai divieti relativi alla possibilità di fornire a pagamento prestazioni già oggetto della sanità pubblica, erogando prestazioni privatamente oltre le limitate circostanze in cui tale pratica è ammessa o facendosi corrispondere somme ulteriori (in cambio di servizi medici ulteriori a quelli previsti dal servizio pubblico) rispetto a quelle che la parte pubblica già corrispondeva alla struttura a fronte della prestazione resa (Glauser, 2011).

Il *Cambie Surgery Center*, in particolare, è stato l'istituto più attivo in questa battaglia che ha condotto apertamente; sia attraverso l'impegno politico sia nell'attività quotidiana laddove ha pubblicizzato la possibilità di ottenere verso corrispettivo la prestazione sanitaria in tempi brevi evitando così le lunghe liste d'attesa.

Accusata di facilitare i ricchi la clinica ha replicato che i servizi a pagamento si aggiungono a quelli ordinari per cui i tempi di attesa per gli utenti del servizio pubblico divengono in realtà più brevi con beneficio per tutti.

Il dottor Day ha poi, senza perifrasi, attaccato il governo federale: «Those guilty of supporting or enforcing this legislation [preventing access to private care] while propagating the myth that such laws are good, should reflect on whether they are guilty of complicity in the causation of deaths» (Fayerman, 2012).

In seguito ad un controllo effettuato nel 2012 da parte della *Medical Service Commission*, organo indipendente con l'incarico di gestire il *Medical Service Plan* della British Columbia, l'autorità governativa ha ordinato alla clinica la cessazione di tale condotta.

Di qui il contenzioso che, dopo una lunga serie di rinvii tra tattica legale e prudenza politica, al mese di marzo 2016 risulta pendente innanzi alla Suprema Corte della British Columbia, dove soffre per le tattiche dilatorie utilizzate dall'avvocatura del Governo. Il giudizio sarà ancora lungo in quanto è presumibile che l'emananda sentenza verrà in ogni caso appellata di fronte alla Suprema Corte federale (Day, 2014).

Nel frattempo, attraverso escamotage contabili che riversano gli extra costi su servizi accessori, il *Cambie Surgery Centre* e le altre cliniche interessate hanno trovato un provvisorio *appeasement* con il governo in modo tale da continuare l'attività privata senza che la provincia venga sanzionata a livello federale con la diminuzione dei fondi (Montgomery, 2009).

A favore delle istanze portate avanti dalla clinica sono intervenute persone danneggiate dal tempo di presa in carico da parte della sanità pubblica.

Un adolescente proveniente da Kelowna ha lamentato di essere divenuto paraplegico in seguito al ritardo con il quale ha ricevuto l'intervento chirurgico tramite il servizio sanitario nazionale.

Un ragazzo che abbisognava di un intervento al ginocchio per un infortunio subito a scuola durante la lezione di educazione fisica nel 2009 si è rivolto alla clinica del dottor Day dopo che la sua operazione presso il *BC Children Hospital* era stata programmata per non prima del mese di settembre 2010.

È stato sottolineato non senza ironia che se l'infortunio fosse occorso all'insegnante, questi avrebbe goduto del rapido accesso alle cure garantito ai casi di infortunio sul lavoro.

Ancora, una donna di 36 anni che necessitava di una colonscopia avrebbe dovuto aspettare nove mesi. Solo un esame diagnostico tempestivo ottenuto privatamente e il successivo immediato intervento chirurgico ne hanno consentito la guarigione e la sopravvivenza.

Il dottor Day ha precisato che il numero degli intervenienti in giudizio è stato appositamente limitato ma che potenzialmente si sarebbe potuto trattare di migliaia di casi.

L'associazione degli anestesisti ha presentato un *affidavit* alla Corte con il quale, pur non prendendo assertiva posizione processuale, lamenta la lungaggine delle liste d'attesa sottolineando il malfunzionamento del sistema (Keller, 2012).

Di fronte a queste casistiche, il Ministero della Salute ha replicato: «Our hearts go out to patients and their families when they are struggling with a medical illness and need care, and we want to assure the public that our entire health care system provides appropriate care as quickly as possible. In the vast majority of cases, people receive excellent care in a timely fashion. When a physician determines that a patient has an urgent clinical need, the patient does not wait for surgery» (Fayerman, 2012).

Si sostiene da parte di molti che una privatizzazione, anche parziale, del sistema sanitario condurrebbe alla perdita dei principi irrinunciabili dell'eguaglianza e dell'universalità nonché priverebbe il settore pubblico di risorse finanziarie e umane. E che il problema della sanità canadese non è la sua organizzazione pubblicistica ma piuttosto la pochezza del finanziamento del settore dell'assistenza pubblica, pari a circa il 6,5% del PIL (Angell, 2008).

Il vanto del sistema canadese è fornire cure per tutti in relazione al bisogno,

indipendentemente dalla possibilità che ciascuno ha di pagarle. Questo è un principio sacrosanto: uno stato che non assicura che tutti i cittadini possano godere dei servizi sanitari non ha ragione di esistere né di imporre tributi. Ordine pubblico, difesa esterna e tutela della salute (dove è ormai inscindibile l'aspetto legato alla tutela sanitaria come strumento preventivo generale da quello individuale consistente nel diritto ad ottenere cure adeguate) costituiscono il minimo sentimento comune per l'esistenza di una collettività umana organizzata.

Ma il medesimo principio è anche perorato dal dottor Day, il quale ritiene che la coesistenza di un settore privato integrato a quello pubblico sia una modalità organizzativa maggiormente idonea al raggiungimento di quel fine.

È evidente però che il giudizio timoroso dei canadesi riguardo all'implementazione di elementi di mercato privato nel sistema sanitario pubblico è influenzato da quel che vedono di negativo a proposito dell'ingombrante vicino americano. Ognuno dei due paesi rivendica i pregi del proprio sistema sottolineando i difetti di quello del vicino. Mentre i rispettivi critici interni fanno precisamente l'opposto. Ma in sostanza i canadesi temono di perdere un buon sistema pubblico, gli americani diffidano del settore pubblico temendo razionamenti, lungaggini burocratiche e impedimenti nell'accesso alle cure. Le rivendicazioni e i dibattiti tra tesi opposte sono correnti anche tra la popolazione.

Va precisato che il sistema americano in realtà non è così privato come sembra: basti dire che per i programmi assistenziali pubblici più importanti – *Medicare* e *Medicaid* – per quanto parziali, viene spesa in USA in termini percentuali una cifra sul PIL maggiore di quanto viene speso in Canada per la copertura universale. E anche nella sua componente privata, centrata sulle assicurazioni e le *Health Maintenance Organization*, il sistema sanitario soffre di regolamentazione ipertrofica e di burocrazia (pur trattandosi di burocrazia privata) ed è iniquamente organizzato su normative che favoriscono grossi player atteggiandosi senza meno più verso un modello di capitalismo *crony* che di libero mercato.

Va detto, per fornire un quadro veritiero e completo, che alcuni elementi della sanità degli Stati Uniti, quali velocità della presa in carico e qualità, sono di assoluta eccellenza.

Tutto sommato tuttavia il sistema sanitario americano certamente non è un buon esempio di organizzazione orientata a ottenere una integrazione, collaborativa e/o competitiva, tra pubblico e privato. D'altra parte i fautori del cambiamento in Canada non chiedono affatto

un avvicinamento al sistema vigente negli USA.

Certo, queste sono tutte generalizzazioni: la qualità della sanità – in USA come in Canada come altrove – varia di molto da luogo a luogo. Nessun sistema è perfetto ed è sostitutivo del buon governo, come nessun sistema può teoricamente essere adeguato per tutte le evenienze a prescindere da vocazione culturale, storia, attualità, allocazione attuale delle risorse sul territorio etc.

Il Canada nel suo modello organizzativo pubblico è favorito dall'indole generalmente collaborativa dei suoi cittadini e amministratori e dal fatto che l'età media del paese è alquanto bassa, così evitandosi – almeno per il momento – i gravosi problemi legati alle esigenze acute tipiche di un'età media avanzata come anche il dovere affrontare – con ben altre risorse economiche che quelle attuali – le esigenze croniche (*long term care* e di *home care*) della popolazione anziana, aspetto peraltro già oggi solo residualmente a carico del sistema pubblico e per diversi aspetti lasciato al sistema privato.

Ciò nondimeno, dando per buone le generalizzazioni ma con il giusto peso che si deve a esse attribuire, non è certo il modello americano quello da prendere in esame per una parziale privatizzazione del sistema canadese e non c'è bisogno di arrivare a tanto per permettere il libero accesso da parte di pazienti verso strutture sanitarie private. Sia perché, come sopra già riportato, il sistema statunitense appare pesantemente organizzato in assoluto sia perché il Canada parte comunque da un suo sistema strutturato ed essenzialmente pubblico che non funziona male e che non va stravolto.

In questo senso, dunque, i canadesi sono eccessivamente impauriti dall'idea dello *slippery slope*, temendo senza reale ragione che la possibilità di una sanità privata accanto o integrata a quella pubblica e l'accoglimento della domanda proposta giudizialmente dalla clinica del dottor Brian Day conducano necessariamente alla fine del servizio sanitario nazionale e ad un sistema totalmente privato assicurativo.

Questi timori sono talora talmente ingigantiti in modo minaccioso e retorico, unitamente a un'errata descrizione di quello che è il modello americano, che destano il sospetto coprono posizioni di privilegio e potere.

Specularmente, non tutti i servizi sanitari universali rendono allo stesso modo: la Gran Bretagna, luogo elettivo del sistema sanitario universale, laddove è nato, non sta evidentemente ottenendo risultati lusinghieri: addirittura uno scandalo nel 2013 ha portato

alla luce che centinaia di pazienti ricoverati negli ospedali pubblici sono deceduti per disidratazione (Shirbon, 2013).

Insomma, al di là delle ideologie, dove serve si deve intervenire in modo tale da risolvere le problematiche concrete.

Sta di fatto che il servizio sanitario del Canada problematiche ne ha e va sicuramente migliorato. Come appare chiaro infatti il lato oscuro della sanità canadese è costituito dal tempo d'attesa per ottenere le prestazioni, la c.d. "presa in carico".

Al riguardo, anche per l'esito della battaglia giudiziaria in corso, riveste importanza fondamentale il precedente *Chaoulli v. Quebec*¹.

Nella decisione del 2005 relativa a tale caso la Suprema Corte del Canada ha statuito che il *Quebec Insurance Act* e l'*Hospital Insurance Act* costituivano violazione delle previsioni che tutelano il diritto alla vita e alla sicurezza contenute nella Carta dei diritti umani e delle libertà del Quebec (*Quebec Charter of Human Rights and Freedom*) nella misura in cui proibivano la possibilità di ottenere prestazioni sanitarie in regime privato e assicurativo a fronte di lunghe liste d'attesa.

Il caso origina dai dolori dell'anziano George Zeliotis il quale, avendo sofferto di numerosi problemi di salute, divenne portavoce della battaglia tesa a ridurre le liste d'attesa per ricoveri ospedalieri nel Quebec.

James Chaoulli, che agì congiuntamente al primo e che dà il nome al caso, è un medico che tentò di ottenere un'autorizzazione come ospedale privato indipendente (dall'organizzazione del sistema pubblico) e che vide la sua richiesta rigettata dall'amministrazione.

Pur se si trattò di una decisione contrastata, presa da una maggioranza di quattro giudici a fronte di tre che si pronunciarono con una *dissenting opinion*, il precedente – anche se tecnicamente valido per il solo Quebec (si rammenti sempre la natura federale del Canada) – fa stato quanto a logica, contenuti e autorevolezza.

Ancor di più in quanto tre dei quattro giudici che dichiararono l'incostituzionalità opinarono nel senso che quelle leggi costituissero altresì una violazione della *section seven* del *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, e non già solo della carta fondamentale della provincia del Quebec.

Il giudice Dechamps ritenne invece che una volta accertata la violazione della normativa

1 Per commenti sulla sentenza citata v. Caulfield, 2005; Marchildon, 2005; Kurata, 2007.

provinciale non vi fosse alcun motivo per pronunciarsi sul *Canadian Charter*.

Lo stesso giudice Deschamps si premurò inoltre con prudenza di circoscrivere l'oggetto del giudizio alla sola decisione circa il fatto se la proibizione fosse giustificata dal fine di mantenere l'integrità del servizio pubblico, precisando che non si trattava di metterne in discussione la sua natura essenzialmente pubblica.

Premurandosi anche di avvertire di non politicizzare la questione e di non caricarla dal lato emotivo. Avvertimenti peraltro inutili perché la rilevanza politica del caso era oggettivamente altissima e perché l'emozione non è così facilmente espungibile dal diritto (e aggiungo: fortunatamente) che si fonda infine proprio sul "senso" (sentimento) di giustizia.

Seppure la sentenza fosse, come detto, valida per il solo Quebec da lì in avanti si è assistito ad un proliferare nell'intero Canada di cliniche private che – forti della *ratio* della decisione esaminata – hanno via via implementato la loro attività, estendendo sempre più la tipologia di cure erogate e le occasioni nelle quali erogarle.

Così, le violazioni delle normative sono state sempre più evidenti; con reazioni piuttosto timide, tolleranti e impacciate del sistema dei controlli che ha piuttosto avuto come obiettivo quello di mantenere un basso profilo alla vicenda invece che sanzionare e inibire con forza quelle violazioni (atteggiamento, quest'ultimo, poco consono in via generale alla mentalità canadese, quasi sempre tollerante, incline al compromesso e accomodante), ciò che avrebbe portato ad un scontro frontale – in un senso o nell'altro – risolutivo.

Invece è proprio la risoluzione chiara del conflitto il fine dell'azione intrapresa dal *Cambie Surgery Centre*, che ha come oggetto non solo la possibilità d'accesso alle cure private in caso di tempi d'attesa irragionevoli (come nel caso Chaoulli) ma più in radice la rimozione dell'inibizione della possibilità per i pazienti di ottenere privatamente (e di converso, per i medici di erogare) prestazioni sanitarie anche in tutti quei casi nei quali è già prevista la copertura sanitaria pubblica universale.

Le reazioni alla sentenza Chaoulli sono state – come prevedibile – contrastanti: da una parte chi ha tuonato predicendo la fine del servizio pubblico (cosa che però nel Quebec non è affatto avvenuta) e dall'altra chi l'ha accolta come salutare per riparare i malfunzionamenti di un sistema appannato.

Si è anche dibattuto sugli effetti diretti della sentenza su province rette da regole similari

a quella cassata, quali Ontario, Manitoba, British Columbia, Alberta e l'isola del Principe Edward.

Dal punto di vista delle reazioni più propriamente politiche, la *Canadian Medical Association* ha approvato una mozione con la quale si richiede un intervento legislativo teso a riconoscere in tutta la nazione il libero accesso al settore privato e a quello assicurativo almeno per i casi nei quali non v'è pronta presa in carico da parte del servizio pubblico. E persino in un libro bianco della provincia del Quebec dello stesso anno della decisione (2005) sono state espresse opinioni nel senso della inevitabilità di tali innovazioni, al contempo sottolineando la necessità di adottare cautele (attraverso l'utilizzo di specifici accorgimenti normativi, tra i quali un minimo di anni obbligatori di servizio all'interno del servizio sanitario) per assicurare che non avvenisse una fuoriuscita di massa dei medici dal settore pubblico.

Appare evidente la preoccupazione del Canada di conservare risorse adeguate per il buon funzionamento del servizio sanitario. Ma non è ragionevole che ciò avvenga tramite mezzi che comprimono eccessivamente altri valori in rapporto al risultato marginale che può ottenersi attraverso quella compressione.

Insomma agli occhi di osservatore esterno, anche in comparazione con quel che accade negli altri paesi sviluppati, sembra palese un eccesso di rigidità nella legislazione canadese e – di converso – la mancanza di quella tipica bilanciata ponderazione comparativa degli interessi contrapposti. Invero la situazione canadese appare invero unica quanto a compressione della libertà di cure nel novero dei sistemi sanitari dei paesi avanzati. Manca l'equilibrio tra raggiungimento dei fini e mezzi utilizzati; che sono evidentemente sproporzionati perché quegli stessi fini perseguiti possono venire raggiunti in modo molto meno indolore. Anzi si può addirittura ragionevolmente supporre che un'introduzione che avvenga in modo saggio di elementi privatistici possa condurre a miglioramenti qualitativi generali, e forse anche a risparmi.

Anche dal punto di vista etico i malati non possono divenire gli agnelli sacrificali di un sistema la cui ideologia si basa su di un presunto – ma affatto provato – ottimo paretiano.

Pure nell'ottica paretiana, l'illegittimità di una determinata azione, nella specie la libertà di erogare e ricevere cure privatamente, non può essere dichiarata su base presuntiva o col ricorso al principio di precauzione assumendo su base meramente speculativa che il

consentire le cure private peggiorerebbe – o potrebbe peggiorare – la situazione dei pazienti del servizio pubblico. Tale illegittimità potrebbe essere semmai dichiarata (solo) quando si può affermare con ragionevole certezza che il peggioramento della posizione di un soggetto (il paziente pubblico) deriva dal miglioramento della posizione di un altro soggetto (il soggetto che ricorre alle cure private). Persino seguendo quel canone, quindi, la proibizione di un comportamento dovrebbe essere l'*extrema ratio*, mentre in situazioni di incertezza e ambiguità si dovrà intervenire tramite una regolamentazione finalizzata al bilanciamento delle posizioni soggettive e di tutela e salvaguardia di tutti gli interessi coinvolti piuttosto che con un divieto integrale².

Un eccesso di rigore logico conduce a risultati paradossali: seguendo il tipo di ragionamento conservativo descritto, al fine di tutelare il miglior impiego delle risorse del sistema sanitario pubblico si potrebbero/dovrebbero vietare anche tutta una serie di attività meno fondamentali di quanto sia il bene salute ma che possono metterlo a repentaglio. Ad esempio si dovrebbero inibire quelle attività pericolose che possono condurre ad incidenti i quali poi impegnano le risorse sanitarie in favore di quei soggetti che si sono volontariamente messi in situazione di pericolo, a discapito di altri la cui malattia è stata di origine casuale ma che vedono – a causa del comportamento dei componenti del primo gruppo – allungarsi i tempi d'attesa per ricevere assistenza. Infatti, sempre portando il ragionamento sulla preservazione delle risorse a conseguenze estreme, si dovrebbe ritenere che non corrisponde ad equità o eguaglianza che chi è stato semplicemente sfortunato trovi le risorse sanitarie impegnate in favore di chi è stato imprudente o irresponsabile. L'esito finale naturale di questo modo di affrontare il problema dovrebbe essere allora il razionamento delle cure.

Sotto altro aspetto, non ritengo plausibile che i canadesi possano rinunciare a giocare ad hockey.

La sanità privata trova quindi una demonizzazione irragionevole e contraddittoria; e in più inutile, se solo si pensa che sistemi assicurativi e sistemi misti pubblico/privato sono patrimonio di alcuni tra i servizi sanitari universali più avanzati del mondo, quali la Svizzera e Singapore.

² Questo tipo di ragionamento, affine al principio di precauzione, può essere applicato alla sfera delle libertà o al suo inverso, essendo una scelta assiologia precedente al ragionamento in questione la scelta del valore importante da proteggere e il costo che si è disposti a pagare per proteggerlo. I decisori potranno ritenere congruo in misura minore o maggiore tale costo a seconda del fatto se venga posto a carico di loro stessi o esternalizzato in capo a soggetti diversi dai decisori medesimi. A tal proposito v. Selick, 2010.

Anche l'Italia conosce bene la inevitabile problematica della razionalizzazione delle risorse e si è dotata di specifiche normative – che prevedono sanzioni e premi – per trovare un giusto equilibrio e trarre valore dall'integrazione pubblico/privato. Si pensi alla disciplina delle incompatibilità, alla regolamentazione della libera attività professionale dei medici esercenti nel servizio sanitario pubblico, all'esclusione da avanzamenti di carriera e da incarichi universitari per chi non è inserito strutturalmente nell'ospedalità pubblica; per arrivare infine alla disciplina delle convezioni e dell'accreditamento con le strutture e istituzioni sanitarie private. Di certo si può ben dire che situazioni patologiche sussistono anche nell'ambito del servizio sanitario nazionale italiano, ma per errori tecnici da correggere nell'assetto normativo più che per un'errata concezione del sistema nelle sue fondamenta.

I politici canadesi dopo la sentenza Chaoulli e anche dopo l'azione intentata dalla clinica del Dottor Day, si sono astenuti dall'intervenire legislativamente in materia, preferendo lasciare la soluzione della *vexata quaestio* ai giudici e non volendo correre il rischio di prendere decisioni in un senso o nell'altro impopolari. Ma non mancano quelli tra loro che ribadiscono l'opportunità e l'equità del divieto di erogare prestazioni private per assicurare la concentrazione delle risorse nel servizio pubblico. Salvo che poi – come spesso avviene – coloro che impediscono la libertà altrui si assicurano la propria, perché c'è sempre qualcuno più uguale degli altri: le cronache riportano che nel 2007 all'allora primo ministro Jean Chretien fu diagnosticata la necessità di un intervento di bypass coronarico. Venne operato il mattino successivo alla diagnosi. Intervistato su come mai non avesse dovuto attendere a causa della solite liste d'attesa rispose: «fortunatamente in ospedale non c'era molto lavoro in quel momento» (Canadian Politicians Without a Queue, 2010).

Altri politici, evidentemente meno fortunati, sono stati costretti a rivolgersi alla deprecabile sanità americana: nel 2010 il premier del territorio del Newfoundland e Labrador, Danny Williams, ha programmato il suo intervento chirurgico negli Stati Uniti.

Ancora prima, nel 2007, la liberale Belinda Stronach si sottopose a mastectomia negli Stati Uniti (Cheplick, 2016).

Per la verità questo tipo di condotta non è frequente da parte dei membri del parlamento; né ci sarebbe nulla di male se non fosse che queste persone sono quelle che vietano ai propri cittadini la possibilità di ottenere cure sanitarie privatamente nel proprio paese.

Dunque se qualcuno ha bisogno di rivolgersi a strutture sanitarie private allora deve uscire dal territorio nazionale, salvo le coraggiose iniziative private al limite della legalità alle quali si è accennato.

Così avviene che per evitare di dare vantaggi alla classe media o medio alta, si restringono i vantaggi alla sola classe più facoltosa (invece che allargarli a quanta più popolazione possibile). Ciò è moralmente errato, deleterio dal punto di vista dello sviluppo della sanità e anche economicamente svantaggioso: non solo si esportano capitali altrove, ma si preclude un mercato che potrebbe portare occupazione e, con il suo sviluppo, miglioramenti nella tecnica, nelle apparecchiature medicali, nella ricerca e anche all'abbassamento dei costi.

Insomma, il comprensibile rifiuto di un sistema assicurativo sanitario come quello americano paralizza i canadesi dall'adottare soluzioni di liberalizzazione molto più ragionevoli e prossime all'impianto sistematico che già possiedono. Peraltro consigliate dall'organizzazione mondiale della sanità che ritiene opportuno coinvolgere tutte le risorse disponibile valutando positivamente le integrazioni e le collaborazioni tra sistema pubblico e sistema privato.

Così per un malinteso senso di eguaglianza verso il basso solo i molto ricchi possono accedere a cure che potrebbero essere, in assenza degli attuali divieti, accessibili a una più larga parte della popolazione. Applicando lo stesso giudizio equitativo si dovrebbe dedurre che la concentrazione del novantanove per cento della ricchezza finanziaria nelle mani dell'uno per cento della popolazione possa essere definito un bene per l'eguaglianza, il che è formalmente ineccepibile perché in quello scenario effettivamente quasi tutti i soggetti sono in condizioni economiche simili. Ma la prospettive cambiano a seconda che se si guardi la mediana, la moda o invece la media.

Di ragionamenti eccessivamente sofisticati e cerebrali, è il caso di dire, si può morire.

In modo molto più aderente alla realtà il dottor Brian Day sul sito della *Canadian Constitution Foundation* (una *charity* che ha per statuto la difesa dei diritti costituzionali dei cittadini) ha osservato: «il nostro governo non ci proibisce di scommettere, fumare, bere; come è possibile ci proibisca di curarci?» (Canadian Constitution Foundation, 2014).

Ed è stato nella stessa sede rammentato che persino l'ideatore del servizio universale, Lord Beveridge, ha affermato che lo stato nello stabilire requisiti minimi dei diritti di

cittadinanza deve lasciare agli individui lo spazio per le loro azioni libere e volontarie³.

Insomma dal punto di vista morale e della libertà ma anche da quello dell'economia, dal punto di vista delle conseguenze sanitarie e del buon senso, non si può arrivare a ritenere che per assicurare il diritto alle cure la migliore soluzione – anzi l'unica possibile – sia quella di prevedere il divieto di curarsi.

Bibliografia

Angell M. (2008). Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States.

Canadian Medical Association Journal, 179, 9: 916. DOI:10.1503/cmaj.081177.

Canadian Constitution Foundation (2014). *Brian Day: 30 years of health-care dysfunction*,

<http://theccf.ca/brian-day-30-years-of-health-care-dysfunction/> (10/10/2016).

Canadian Politicians Without a Queue (2010). *ThePatientFactor.com*, 3 febbraio 2010,

<http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/canadian-politicians-without-a-queue/> (10/10/2016).

Caulfield T. (2005). *Chaoulli v. Quebec (Attorney General): The Supreme Court of Canada*

Deals a Blow to Publicly Funded Health Care. Health Law Perspectives, University of Houston, [http://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/September2005/\(TC\)ChaoulliComment.pdf](http://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/September2005/(TC)ChaoulliComment.pdf) (10/10/2016).

Cheplick T. (2016). Top Canadian Politician Chooses U.S. Health Care. The Heartland

Institute, 31 maggio 2016, <https://www.heartland.org/news-opinion/news/top-canadian-politician-chooses-us-health-care> (10/10/2016).

Day B. (2014). Patients fight for freedom. *British Columbia Medical Journal*, 56, 5: 261.

Fayerman P. (2012). Will Canada's health care system evolve into European parallel private model? Charter of Rights case will decide it. *Vancouver Sun*, 1 agosto 2012,

³ Sempre il dottor Day (Ward, 2002) si è espresso come segue: «Less than five per cent of patients are rich people who pay out of their own wallet. Most are workers with work-related injuries and claims at the Workers Compensation Board and some ICBC claimants. Private clinics have saved the WCB \$100 million in wage-loss benefits alone last year. These patients would have, otherwise, been waiting to get into hospitals.» Day spiega che molti suoi oppositori politici nei fatti si comportano in modo diverso: dai sindacati che cercano accordi di copertura per i lavoratori sino a membri del governo che sono andati a curarsi presso la sua clinica, assicurandogli tacitamente persino un supporto: «You don't think we built this in the middle of the NDP time in government without some assurances, do you? We didn't have a deal. But our gentleman's agreement with the last government was that we wouldn't embarrass them. They were also receptive to the fact that we were treating mostly injured unionized workers. They saw the economic sense in that».

<http://vancouver.sun.com/news/staff-blogs/will-canadas-health-care-system-evolve-into-european-parallel-private-model-charter-of-rights-case-will-decide-it> (10/10/2016).

Glauser W. (2011). Private clinics continue explosive growth. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 8: 437. DOI:10.1503/cmaj.109-3816.

Keller J. (2012). *The Canadian Press*, 19 settembre 2012. Testo disponibile all'indirizzo web: http://www.huffingtonpost.ca/2012/09/19/bc-private-health-care-anesthesiologists-_n_1898634.html.

Kurata V. (2007). Chaoulli, Critical Theory and Charter Rights. *Health Law Review*, 2: 30. Testo disponibile all'indirizzo web: <http://www.hli.ualberta.ca/HealthLawJournals/~media/hli/Publications/HLR/15-2-5-Kurata.pdf> (10/10/2016).

Marchildon G.P. (2005). The Chaoulli Case: Two-Tier Magna Carta? *Law & Governance*, Longwoods.com, <http://www.longwoods.com/content/17190> (10/10/2016).

Montgomery S. (2009). Medicare groups worry as private clinics grow. *The Canadian Press*, 20 luglio 2009. Testo disponibile all'indirizzo web: <http://www.theglobeandmail.com/news/national/medicare-groups-worry-as-private-clinics-grow/article1200278/> (10/10/2016).

Selick K. (2010). Liberty in Canada? Don't count on it. *Montreal Gazette*, 2 settembre 2010. Testo disponibile all'indirizzo web: <http://www.pressreader.com/canada/montreal-gazette/20100902/282776352855539> (10/10/2016).

Shirbon E. (2013). Health service, pride of Britain, ravaged by hospital scandal. *Reuters*, 6 febbraio 2013, <http://www.reuters.com/article/us-britain-hospital-idUSBRE9150SP20130206> (10/10/2016).

Ward D. (2002). A new Day for health care. *Vancouver Sun*, 8 aprile 2002. Testo disponibile all'indirizzo web: <http://www.brianday.ca/news/a-new-day-for-health-care/> (10/10/2016).