

Brevi note sul caso

“*Cambie*” della Corte

Suprema della Columbia Britannica
a proposito del rapporto tra la sanità
pubblica e la sanità privata in Canada*

[Supreme Court of British Columbia, *Cambie Surgeries Corporation v. British Columbia (Attorney General)*, 2020 BCSC 1310]

Arianna Pitino**

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. La sentenza della Corte Suprema del Canada nel caso *Chaoulli v. Quebec* del 2005. – 3. La pronuncia della Corte Suprema della Columbia Britannica nel caso *Cambie v. British Columbia* del 2020. – 4. Un confronto tra *Chaoulli* e *Cambie*, aspettando la pronuncia della Corte Suprema del Canada.

ABSTRACT:

Il *Canadian Healthcare Act* del 1984 prevede un sistema sanitario pubblico basato sul bisogno di salute e non sulla capacità di pagare, secondo i principi di universalità e accessibilità ai servizi sanitari in tutte le province canadesi. La costituzionalità del modello sanitario canadese è stata accertata per la prima volta nel 2005 nel caso *Chaoulli*, dove la Corte Suprema del Canada ha dichiarato l'incostituzionalità del divieto per le assicurazioni sanitarie private di rimborsare i servizi sanitari *medically necessary* in Quebec assumendo come parametro la Carta dei diritti e delle libertà del Quebec. Quindici anni dopo, nel caso *Cambie*, è in discussione la costituzionalità del *Medicare Protection Act* della Columbia Britannica non solo per i limiti che esso pone alle assicurazioni sanitarie private, ma anche per le norme che vietano l'*extra-billing* e la *dual practice* all'interno

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Ricercatrice confermata di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Genova, arianna.pitino@unige.it.

della Provincia. La Corte Suprema della Columbia Britannica nel 2020 ha respinto ogni motivo di incostituzionalità. In questo momento (a partire da giugno 2021) è in corso il secondo grado di giudizio davanti alla Corte d'appello della Columbia Britannica. Il caso Cambie, che probabilmente arriverà davanti alla Corte Suprema del Canada, rischia di produrre conseguenze ben maggiori a livello provinciale e federale rispetto a *Chaoulli* e richiede pertanto di essere attentamente monitorato nei prossimi anni.

The Canadian Healthcare Act 1984 provides for a public single-payer healthcare system based on need and not on ability to pay, according to principles of universality and accessibility to healthcare services in all Canadian Provinces. The constitutionality of the Canadian healthcare model has been questioned in the Chaoulli case in 2005. The Supreme Court of Canada declared the unconstitutionality of the ban on private health insurances for the purchasing of medically necessary health services in Quebec under the Quebec Charter of Rights and Freedoms. Fifteen years later, in the ongoing Cambie case, a private healthcare provider is alleging the unconstitutionality of the British Columbia Medicare Protection Act (MPA) not only for the ban on private health insurances, but also for the prohibition of extra-billing and dual practice within the Province. In September 2020 the Supreme Court of British Columbia ruled in favor of the validity of British Columbia MPA. Now (starting June 2021) the Cambie case is being discussed before the Court of Appeal of British Columbia. In the next years it is likely that the Cambie case will be upheld before the Supreme Court of Canada and it risks to produce far more reaching consequences at both provincial and federal level than Chaoulli did in 2005. Therefore, the Cambie case needs to be carefully monitored in the next future.

Public healthcare is «as sustainable as we want it to be»
Romanow Commission on the Future of health Care in Canada, 2002

1. Introduzione

La Carta canadese dei diritti e delle libertà tutela i tradizionali diritti di libertà, ma non si occupa dei diritti sociali e di quelli economici. Questi ultimi, tuttavia, possono divenire oggetto di tutela costituzionale grazie all'interpretazione estensiva dei diritti previsti in modo esplicito nella Carta canadese dei diritti e delle libertà soprattutto ad opera della Corte Suprema del Canada. È questo il caso del diritto alla salute, protetto e garantito in via giurisprudenziale come corollario del principio di eguaglianza sancito dall'art. 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà¹.

Il *Canada Health Act 1984 (CHA 1984)* è la legge federale che definisce il modello pubblico di assistenza sanitaria in Canada. Tale legge prevede che le prestazioni sanitarie incluse

¹ L'art. 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà prevede che «Tutti gli individui sono uguali di fronte alla legge e hanno diritto a ricevere dalla stessa uguale protezione e uguali vantaggi senza discriminazione e, in particolare, senza discriminazioni basate sulla razza, sulle origini nazionali o etniche, sul colore, sulla religione, sul sesso, sull'età o su condizioni di disabilità fisica e mentale». A proposito della tutela giurisprudenziale del diritto alla salute derivante dall'art. 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà, sia consentito rinviare ad A. PITINO, *Il principio di non discriminazione e l'adverse effect discrimination in materia di diritto alla salute in alcuni recenti casi giurisprudenziali*, in G. ROLLA, (a cura di), *Eguale, ma diversi. Identità ed autonomia secondo la giurisprudenza della Corte Suprema del Canada*, Milano, Giuffrè, 2006, p. 184 ss.

tra quelle *medically necessary* siano finanziate in via esclusiva dal sistema sanitario pubblico (c.d. *single-payer system*), disincentivando ogni altra forma di pagamento sia diretto da parte dei pazienti, sia indiretto da parte di assicurazioni private. Secondo il *CHA 1984*, infatti, tutti i canadesi devono poter accedere ai servizi sanitari senza incontrare ostacoli di tipo economico o di altro tipo (art. 3) e senza che la ricchezza sia una condizione di accesso preferenziale alle cure sanitarie. La stessa legge prevede inoltre che le somme di denaro eventualmente corrisposte dagli assistiti per le prestazioni sanitarie *medically necessary* – sotto forma di *extra-billing* (pagamenti richiesti da medici e dentisti aggiuntivi rispetto a quelli già a carico del sistema sanitario provinciale) e di *users charge* (contributi economici richiesti ai pazienti dai sistemi sanitari provinciali) – vengano sottratte dai fondi che il Governo federale trasferisce annualmente alle Province per il finanziamento dei rispettivi sistemi sanitari provinciali (*CHA 1984*, artt. 18 e 19).

Le disposizioni appena richiamate del *CHA 1984* sono strettamente connesse all’attuazione dei criteri e delle condizioni su cui si basa il sistema sanitario canadese², con particolare riguardo all’*universalità* e all’*accessibilità* alle cure esclusivamente in base al bisogno.

Tramite il *Canada Health Transfer (CHT)*, il più consistente programma di finanziamento federale, il Governo canadese contribuisce alla spesa sanitaria provinciale e, in base alla propria competenza esclusiva in materia di *spending power* (art. 91, cc. 1 e 3 e art. 106 del *Constitution Act 1867*), subordina il trasferimento annuale delle relative risorse al rispetto da parte delle Province dei criteri e delle condizioni definiti nel *CHA 1984*³.

La spesa sanitaria complessiva, con una proporzione sostanzialmente invariata dal 2000 a oggi, è finanziata per circa il 70% da risorse pubbliche (*CHT* e altre risorse vincolate federali, risorse provinciali, municipali e fondi di sicurezza sociale) e per il 30% da risorse private (assicurazioni e spesa diretta degli utenti c.d. *out-of-pocket*)⁴.

La spesa sanitaria in Canada è aumentata in modo costante dal 1975 a oggi e, tra le cause principali, sembrano esservi la crescita della popolazione (con particolare riguardo agli ul-

² I criteri e le condizioni stabiliti dal *CHA 1984* cui le leggi sanitarie delle Province e dei Territori canadesi devono attecchire constano di cinque criteri (*public administration, portability, universality, comprehensiveness and accessibility*), due condizioni (obbligo di trasmettere al Ministro della salute federale le informazioni richieste alle Province e di rendere i finanziamenti federali ricevuti nei documenti pubblici e in quelli di promozione dei sistemi sanitari provinciali) e 2 divieti (*extra-billing* e *users charge*). Per un’analisi dei principi su cui si basa il modello sanitario canadese si rinvia all’analisi già svolta in A. PITINO, *Il sistema sanitario canadese tra principi comuni ed autonomia: una “partita aperta” tra Federazione e Province?*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l’analisi comparata*, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 344 ss.

³ Per un’analisi più approfondita del riparto di competenze tra la Federazione e le Province in materia di tutela della salute sia consentito rinviare ancora ad A. PITINO, *La tutela della salute in Canada nella prospettiva giurisprudenziale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e Salute*, Padova, Cedam, 2007, p. 233 ss.

⁴ S. NORRIS, *Federal Funding for Health Care*, in *Library of Parliament, Research Publications*, parr. 2.3 e 4, https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/201845E#txt8 sottolinea come l’emergenza Covid-19 ha determinato l’erogazione a partire da luglio 2020 di risorse ulteriori (19 bilioni di dollari canadesi) da parte del Governo alle Province, secondo quanto definito nel documento *Safe Restart Agreement*, consultabile all’indirizzo <https://www.canada.ca/en/intergovernmental-affairs/services/safe-restart-agreement.html>

trasessantenni per i quali la spesa sanitaria è notevolmente maggiore rispetto alle persone più giovani), l'aumento dell'inflazione, la scarsa efficienza del settore sanitario, i cambiamenti tecnologici e il diverso utilizzo dei servizi sanitari⁵.

In Canada il modello pubblico di tutela della salute è, allo stesso tempo, una vittoria politica contro la privatizzazione dell'assistenza sanitaria e una delle caratteristiche identitarie di questo Stato⁶, ed è divenuto oggetto di studio a partire soprattutto dalla Commissione Romanow del 2002⁷ al fine di indagarne la sostenibilità nel lungo periodo. Con l'Accordo del 2004 (il c.d. *Health Accord*) tra la Federazione e le Province era stata definita una crescita del finanziamento sanitario federale pari al 6% annuo. Nel 2011 il Governo federale ha però stabilito unilateralmente che a partire dal 2016 l'aumento annuo del finanziamento destinato alla sanità sarebbe stato parametrato alla crescita del PIL fino al 2024, garantendo un incremento minimo annuo del 3%. Ciò ha determinato una contrazione dei trasferimenti federali alle Province rispetto al decennio precedente, mentre la spesa sanitaria ha continuato a crescere rendendo necessario un maggiore impiego di risorse a livello provinciale⁸. Nel 2017 la Federazione ha sottoscritto Accordi individuali con le Province collegando il finanziamento federale della sanità ai PIL e alla spesa pro-capite provinciali, continuando però a garantire un incremento minimo annuo del 3%. Negli anni il finanziamento sanitario federale è dunque passato dalla quota iniziale del 50% negli anni Cinquanta al minimo storico dell'11% alla fine degli anni Novanta, fino ad arrivare all'attuale 23% che sembra però destinato a tornare all'11% da qui al 2075⁹.

I dati economici sembrano quindi porre un problema di sostenibilità finanziaria del sistema sanitario pubblico nel lungo periodo, che appare tanto più grave se si considera che il *Parliamentary Budget Office* ha stimato che, anche presupponendo una quota di finanziamento federale pari al 25% del totale della spesa sanitaria provinciale, molte Province continuerebbero a veder crescere i rispettivi costi sanitari in misura superiore all'in-

⁵ Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2019*, Ottawa, 2019, p. 23 ss.

⁶ A proposito del confronto politico che ha portato alla definizione del Sistema sanitario pubblico in Canada v. G.P. MARCHILDON, *Private Finance and Canadian Medicare: Learning from History*, in C.M. FLOOD, B. THOMAS, *Is Two-Tier Health Care the Future?*, University of Ottawa Press, 2020, open access all'indirizzo <https://press.uottawa.ca/is-two-tier-health-care-the-future.html>, p. 15 ss. (ultima consultazione Agosto 2021).

⁷ ROMANOW COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADA, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Final Report, Canada, 2002.

⁸ CANADIAN HEALTH COALITION, *Public Health Care - We've got this!*, 2019, p. 2 s., <http://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2019/06/Weve-got-this-Report-1.pdf>.

⁹ H. MACKENZIE, *The Canada Health Transfer Disconnect: An Aging Population, Rising Health Care Costs and a Shrinking Federal Role in Funding Canadian Federation of Nurses Unions*, 2015, p. 5, <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU-Finance-Book-2015-final.pdf>, riferisce come il *Public Budget Officer* ha stimato che la spesa sanitaria federale scenderà al 18,6% nel 2026, a 13,8% nel 2050 e all'11,9% nel 2075. Per un approfondimento sulla diminuzione nel tempo dei finanziamenti federali v. inoltre A. PITINO, *Il sistema sanitario canadese tra principi comuni ed autonomia: una "partita aperta" tra Federazione e Province?*, cit., p. 352 ss.

cremento dei finanziamenti federali¹⁰. Una circostanza che può evidentemente mettere a rischio la qualità dei sistemi sanitari provinciali e la capacità degli stessi di rispondere ai bisogni di salute dei canadesi in modo efficace ed efficiente soprattutto per ciò che concerne l'erogazione tempestiva, o comunque entro tempi ragionevolmente contenuti, delle prestazioni sanitarie.

Tutti aspetti che vanno tenuti in considerazione quando si ragiona sul rapporto tra sanità pubblica e sanità privata in Canada e sulla possibilità che l'attuale modello sanitario prevalentemente pubblico si trasformi in futuro in un sistema sanitario a “due livelli” pubblico/privato (c.d. *two-tier system*) in cui il secondo¹¹ potrebbe attrarre risorse notevolmente maggiori rispetto a ciò che riesce a fare oggi¹².

Attualmente, infatti, nella maggior parte delle Province canadesi è consentito stipulare assicurazioni private soltanto per le prestazioni sanitarie non incluse tra quelle *medically necessary* finanziate pubblicamente. Le leggi sanitarie di sei Province (Alberta, Columbia Britannica, Manitoba, Ontario, Prince Edward Island e Quebec, con alcune eccezioni, v. *infra* par. 3), interpretando in modo più rigido la piena accessibilità alle prestazioni *medically necessary*, vietano espressamente alle assicurazioni private di rimborsare le spese sostenute per tali prestazioni sanitarie. Altre Province (New Brunswick, Newfoundland and Labrador e Saskatchewan) e i Territori canadesi non prevedono limiti all'acquisto di assicurazioni sanitarie private. Tutte le leggi sanitarie provinciali, però, pongono limiti di vario tipo alla sanità privata per tutelare il sistema sanitario pubblico, che possono essere così riassunti: divieto di *extra-billing*, cioè di pagamenti aggiuntivi rispetto a quelli corrisposti dal sistema sanitario provinciale alle strutture che erogano le prestazioni sanitarie; divieto di *dual practice*, che obbliga i medici a lavorare in via esclusiva per il sistema sanitario pubblico oppure per quello privato; divieto per i medici che lavorano nel settore privato di richiedere per le prestazioni *medically necessary* tariffe più alte di quelle stabilite dal sistema pubblico¹³.

Le strutture sanitarie private possono invece stipulare accordi con le Province ed erogare prestazioni sanitarie *medically necessary* rimborsate dal sistema sanitario pubblico.

¹⁰ OFFICE OF THE PARLIAMENTARY BUDGET OFFICER, *Federal Financial Support to Provinces and Territories: A Long Term Scenario Analysis*, Ottawa, March 2018, p. 12 ss., https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/Fed%20Transfers/Fed_Transfers_Prov_Territories_EN.pdf.

¹¹ Quando si parla di sanità privata non ci si riferisce alle strutture sanitarie *not-for-profit*, molto diffuse in Canada, né al privato *for-profit* costituito da organizzazioni o enti di dimensioni ridotte, ma alle grandi corporazioni private *for-profit* che hanno più interesse alla privatizzazione del modello sanitario canadese, come evidenziato da R.B. DEBER, *Delivering Health Care: Public, Not-for-Profit or Private?*, in G.P. MARCHILDON, T. MCINTOSH, P.G. FOREST (a cura di), *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 236 ss.

¹² I dati del CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2019*, cit., p. 10 s. mostrano come la maggior presenza del privato *for-profit* in sanità tenda a far aumentare (anziché diminuire) la spesa sanitaria pubblica, come si evince soprattutto dalla comparazione tra gli Stati Uniti (spesa sanitaria pubblica pari al 16,9% del PIL) e il Canada (spesa sanitaria pubblica pari al 10,7% del PIL).

¹³ Al proposito v. C.M. FLOOD, B. THOMAS, *The Courts and Two-Tier Medicare*, in C.M. FLOOD, B. THOMAS, *Is Two-Tier Health Care the Future?*, cit., p. 2.

Finora i limiti diretti e indiretti posti dalle Province e, più in generale, la qualità dei sistemi sanitari provinciali hanno impedito che la sanità privata superasse il limite del 30% di spesa complessiva (v. *supra*, in questo par.)¹⁴.

Tuttavia, come si vedrà, non sono mancate in Canada le occasioni per mettere in discussione questo assetto dei rapporti tra pubblico e privato, soprattutto nelle Province come il Quebec e, da ultimo, la Columbia Britannica in cui il privato sanitario, trovando le limitazioni maggiori, ha cercato di sfruttare a suo vantaggio la tutela costituzionale del diritto alla salute derivante dall'art. 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà facendo leva sulle inefficienze di alcuni sistemi sanitari provinciali che negli ultimi anni sono divenute particolarmente problematiche¹⁵. In particolare, la presenza di lunghe liste di attesa, ha portato la sanità privata a rivendicare in sede giurisdizionale l'incostituzionalità delle misure legislative che impediscono alle assicurazioni private di rimborsare le prestazioni sanitarie *medically necessary* (*Chaoulli*, 2005)¹⁶ e quelle che vietano ai medici l'*extra-billing* e la *dual practice* (*Cambie*, 2020)¹⁷. Nella prospettiva della sanità privata, infatti, tali limitazioni costringono *tutti* i pazienti a lunghe attese, esponendoli sia a un rischio elevato di esiti fatali (ad esempio in caso di malattie cardiache), sia a sofferenze prolungate, violando così il diritto alla salute dei cittadini canadesi garantito dall'art. 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà. Rimuovere i divieti posti dalle Province consentirebbe invece, se non altro ai canadesi che possono sostenere i costi elevati della sanità privata, di accedere in tempi più rapidi alle prestazioni sanitarie (c.d. *jump the queue*).

Un'impostazione che, come si vedrà, sembra contrastare con i principi del sistema sanitario canadese di universalità e di accessibilità alle cure esclusivamente in base al bisogno e non a seconda della capacità delle persone di pagare le prestazioni sanitarie.

2. La sentenza della Corte Suprema del Canada nel caso *Chaoulli v. Quebec* del 2005

Nel caso *Chaoulli v. Quebec* del 2005 la Corte Suprema del Canada è stata chiamata per la prima volta a pronunciarsi sulla costituzionalità del sistema sanitario pubblico canadese e, in particolare, sul rapporto tra la sanità pubblica e la sanità privata definito dal *CHA 1984* e dalle leggi sanitarie provinciali¹⁸. I ricorrenti avevano impugnato il *Quebec Health*

¹⁴ Così C.M. FLOOD, *The illegality of private health care in Canada*, in *Canadian Medical Association Journal*, 2001, p. 828.

¹⁵ Come riportato da C.M. FLOOD, B. THOMAS, K. WHITE, *The Courts and Two-Tier Medicare*, in *Health Policy*, vol. 15, n. 4, 2020, p.15.

¹⁶ *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, 2005, 1, SCR 791.

¹⁷ *Cambie Surgeries Corporation v. British Columbia (Attorney General)*, 2020, BCSC 1310.

¹⁸ A proposito della sentenza *Chaoulli v.* soprattutto *Chaoulli v. T. CAULFIELD, Chaoulli v. Quebec (Attorney General): The Supreme Court of Canada Deals a Blow to Publicly Funded Health Care*, in *Health Law Perspectives*, 2006, p. 3, G.P. MAR-

Act (art. 15 dell’*Health Insurance Act* e art. 11 dell’*Hospital Insurance Act*) nella parte in cui impediva di ottenere dal sistema sanitario privato le prestazioni *medically necessary* già oggetto di finanziamento pubblico, visto il divieto di rimborsare il costo delle stesse tramite assicurazioni private, anche quando i pazienti erano costretti ad aspettare molti mesi prima di trovare una risposta al proprio bisogno di salute¹⁹.

La maggioranza della Corte Suprema, provando a bilanciare la tutela del diritto alla salute – con particolare riguardo al problema delle liste di attesa che, quando sono eccessivamente lunghe, rischiano di negare di fatto tale diritto – con l’esigenza di mantenere intatti i principi federali su cui si basa l’organizzazione dei sistemi sanitari provinciali, ha dichiarato l’incostituzionalità del *Quebec Health Act (QHA)* nella parte in cui vietava alle assicurazioni private, in modo assoluto e inderogabile, di provvedere al pagamento delle prestazioni sanitarie *medically necessary* erogate da strutture sanitarie private. In particolare, la Corte Suprema ha riscontrato la violazione da parte del *QHA* dell’art. 1 della Carta dei diritti fondamentali del Quebec che tutela il diritto alla vita e l’inviolabilità della persona. L’incostituzionalità del divieto di rimborsare il costo delle prestazioni *medically necessary* tramite assicurazioni private è stata dunque accertata dalla Corte Suprema nei casi in cui, come quello che ha dato origine al ricorso, il sistema pubblico non è in grado di garantire l’accesso alle cure in tempi ragionevoli, incidendo così in modo sproporzionato sulla vita, la libertà e la sicurezza dei pazienti.

A questo proposito è particolarmente significativo il par. 158 della sentenza *Chaoulli*, in cui la maggioranza della Corte Suprema ha dichiarato che

«the prohibition on obtaining private health insurance, while it might be constitutional in circumstances where health care services are reasonable as to both quality and timeliness, is not constitutional where the public system fails to deliver reasonable services. Life, liberty and security of the person must prevail».

Particolarmente interessante anche la *concurring opinion* dei giudici McLachlin, Major e Bastarache i quali, oltre alla violazione dell’art. 1 della Carta dei diritti del Quebec, hanno riscontrato anche quella dell’art. 7 della Carta canadese dei diritti e delle libertà che tutela il diritto alla vita e alla sicurezza delle persone. Gli stessi giudici hanno inoltre rilevato come il divieto di contrarre assicurazioni private non avrebbe potuto essere giustificato

CHILDON, *The Chaoulli case: Two-Tier Magna Carta?*, in *Healthcare Quarterly* 8, 2005, p. 49, S. DEAN, *Canada’s Landmark Chaoulli Decision: A Vital Blueprint For Change In The Canadian Health Care System*, in *Law and Business Review of the Americas*, vol. 13, n. 2, art. 8, 2007, p. 417, M.C. PREMONT, *Wait-time guarantees for health services: an analysis of Quebec’s reaction to the Chaoulli Supreme Court decision*, in *Health Law Journal*, vol. 15, 2007, p. 43 ss., C.M. FLOOD, S. XAVIER, *Health Care Rights in Canada: the Chaoulli Legacy*, in *Medicine and Law*, vol. 27, n. 3, 2008, p. 617. Tra i commenti più recenti v. O. IBRAHIM, *The Future of Canadian Universal Health Care System: A Contextual Analysis of Section 7 of The Charter and Chaoulli*, in *International Journal of Legal Studies and Researches*, vol. 9, n. 1, 2020.

¹⁹ Il caso originava dal ricorso di George Zelotis, un paziente in lista d’attesa per un intervento chirurgico all’anca, e di Jacques Chaoulli, un medico del settore privato che si vedeva preclusa la possibilità di operare il suo paziente a causa del divieto posto dalla Provincia di potere essere pagato tramite la sua assicurazione privata.

neppure ai sensi dell'art. 1 della Carta canadese dei diritti e delle libertà, non essendovi nessuna correlazione logica tra il divieto in questione e l'obiettivo, legittimamente perseguito dal Governo provinciale, di mantenere un sistema sanitario pubblico forte. Se la maggioranza della Corte Suprema avesse condiviso questa impostazione, la sentenza *Chaoulli* avrebbe potuto trovare applicazione non solo in Quebec, ma anche in tutte le altre Province canadesi (v. *infra*, par. 4).

Sempre nella sentenza *Chaoulli* altri tre giudici (Binnie, LeBel e Fish) hanno espresso una *dissenting opinion* dichiarando che il *QHA* non violava né la Carta dei diritti del Quebec, né la Carta canadese dei diritti e delle libertà. Essi hanno inoltre sottolineato come le decisioni relative al sistema sanitario sono di tipo politico e, dunque, di competenza degli organi di governo federale e provinciali e non della Corte Suprema.

Il Governo del Quebec nel 2006 ha approvato una nuova legge sanitaria²⁰ con la quale ha modificato il *Quebec Health Act* per renderlo conforme alla sentenza *Chaoulli*. I rilievi espressi dalla Corte Suprema sono stati però interpretati in modo minimale, dato che il divieto per le assicurazioni private di finanziare le prestazioni sanitarie *medically necessary* non è stato rimosso del tutto, ma soltanto per alcune prestazioni caratterizzate da liste d'attesa particolarmente lunghe. Ciò sembra avere determinato quasi nessuna conseguenza per le assicurazioni sanitarie private, poco incentivate a immettere sul mercato nuovi prodotti assicurativi visto il numero limitato di prestazioni sanitarie *medically necessary* rimborsabili anche dopo la modifica in questione.

La legge sanitaria del 2006 ha introdotto anche un nuovo sistema di accordi tra gli ospedali e le cliniche private per l'erogazione da parte di queste ultime di prestazioni sanitarie *medically necessary* rimborsate dal sistema pubblico. Infine, il Governo del Quebec ha individuato per alcune prestazioni sanitarie (interventi chirurgici all'anca, al ginocchio e cataratta) un limite massimo di attesa pari a sei mesi, definito "*time-wait guarantee*", che gli ospedali sono tenuti a rispettare.

Soprattutto gli ultimi due interventi (accordi con gli ospedali privati e *time-wait guarantee*) sembrano avere avuto l'effetto di migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di ridurre le liste d'attesa in Quebec in modo compatibile con la tutela effettiva del diritto alla salute in Canada²¹.

La sentenza *Chaoulli* che, come si è visto, ha diviso la Corte Suprema, ha quindi avuto soprattutto l'effetto di obbligare il Governo provinciale a intervenire senza ulteriori indugi sulla situazione decisamente problematica delle liste d'attesa, che finivano per negare di

²⁰ GOVERNMENT OF QUEBEC, *An Act to amend the Act respecting health services and social services and other legislative provisions*, 2006.

²¹ Y. LABRIE, *The Chaoulli decision and Health Care Reform: a Missed Opportunity?*, in *MEI- Ideas for a more prosperous society*, 2015, https://www.iedm.org/sites/default/files/pub_files/lepoint0415_en.pdf (ultima consultazione agosto 2021), GOVERNMENT OF QUEBEC, *Better Access to Surgery – An Expanded Activity-Based Funding Program*, Technical Paper 1, Expert Panel for Patient-Based Funding, 2014, p. 13, C.M. FLOOD, B. THOMAS, K. WHITE, *The Courts and Two-Tier Medicare*, cit., p. 16.

fatto la tutela del diritto alla salute ai canadesi residenti in Quebec. Tale sentenza, invece, contrariamente a ciò che si era temuto all’inizio, non sembra avere prodotto cambiamenti di rilievo nel sistema sanitario pubblico né in Quebec, né nelle altre Province canadesi.

3. La pronuncia della Corte Suprema della Columbia Britannica nel caso *Cambie v. British Columbia* del 2020

Il 10 settembre 2020 la Corte Suprema della Columbia Britannica ha emesso un’importante sentenza nel caso *Cambie Surgeries Corporation et al v. Attorney General of B.C.*²². Questa pronuncia merita attenzione per due motivi: a quindici anni di distanza dalla sentenza *Chaoulli* mette di nuovo in discussione il rapporto tra il sistema sanitario pubblico e quello privato in Canada; quasi certamente, nei prossimi mesi, questo caso arriverà davanti alla Corte Suprema del Canada che sarà così chiamata, per la seconda volta, a pronunciarsi sul modello sanitario pubblico canadese²³.

Una struttura sanitaria privata, la *Cambie Surgeries Corporation*, era stata citata in giudizio dal Governo della Columbia Britannica per avere richiesto ai pazienti pagamenti aggiuntivi per l’erogazione di prestazioni sanitarie *medically necessary* incluse nel piano sanitario provinciale (c.d. *extra-billing*) e per avere ricevuto per queste stesse prestazioni pagamenti sia dalla Provincia, sia direttamente dai pazienti (c.d. *dual practice*). Tali comportamenti, infatti, sono vietati sia dal *CHA 1984* (art. 3), in base al quale il ragionevole accesso ai servizi sanitari non deve essere ostacolato da nessuna barriera di tipo economico (o di altro tipo), sia dal *Medicare Protection Act* della Columbia Britannica (*MPA*).

Il *MPA*, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie *medically necessary* incluse nel piano sanitario provinciale, prevede infatti che i medici che lavorano per il sistema pubblico, i c.d. “*enrolled physicians*”, non possano chiedere ai pazienti pagamenti superiori (*extra-billing*) a quelli stabiliti dal sistema sanitario pubblico (*MPA*, art. 17, c. 1); i medici “pubblici”/*enrolled physicians* possono ricevere compensi soltanto dal sistema pubblico, ma non dai pazienti oppure dalle assicurazioni private, essendo vietata la *dual practice* e cioè la possibilità di lavorare contemporaneamente per il sistema sanitario pubblico e per quello privato (*MPA*, artt. 14, 17 e 18); le assicurazioni private non possono rimborsare ai medici

²² Il giudizio è iniziato il 6 settembre 2016 e si è concluso il 28 febbraio 2020, mentre la sentenza è stata pubblicata il 10 settembre 2020.

²³ In dottrina v. i saggi contenuti nel volume C.M. FLOOD, B. THOMAS, *Is Two-Tier Health Care the Future?*, University of Ottawa Press, 2020, *open access* all’indirizzo <https://press.uottawa.ca/is-two-tier-health-care-the-future.html> (ultima consultazione agosto 2021) e K.S. PALMER, *Canadian Medicare on Trial: How a B.C. Court case could change the Canadian health care system*, <https://www.canadiandoctorsformedicare.ca/cambie>. Contro la sentenza *Cambie v. J. BARON, A Bizarre Form of Social Cruelty: Vancouver Cambie Surgery’s Fight for Better Health Care*, in *C2C Journal*, 2021, <https://c2cjournal.ca/2021/06/a-bizarre-form-of-social-cruelty-vancouver-cambie-surgerys-fight-for-better-health-care/>, direttrice della *Canadian Constitution Foundation* che supporta la *Cambie Surgeries* nel giudizio davanti alla Corte d’appello della Columbia Britannica.

“pubblici”/*enrolled physicians* le prestazioni sanitarie *medically necessary*, ma soltanto quelle non incluse nel piano sanitario della Columbia Britannica (*MPA*, art. 45); all’opposto, i medici che non lavorano per il sistema sanitario pubblico, i c.d. *unenrolled physicians*, possono applicare liberamente le loro tariffe e ricevere compensi esclusivamente dai pazienti oppure dalle assicurazioni private, ma non dal sistema pubblico.

Secondo la *Cambie Surgeries Corporation* queste norme del *MPA* della Columbia Britannica sarebbero incostituzionali, violando in particolare gli articoli 7 (diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza) e 15 (diritto alla salute) della Carta canadese dei diritti e delle libertà, poiché costringono tutti i canadesi a sottoporsi a lunghe liste d’attesa senza nessuna possibilità di ottenere le prestazioni sanitarie in tempi più rapidi pagando somme superiori a quelle stabilite dal sistema pubblico. Nel caso *Cambie* vengono dunque messi in discussione i divieti di *extra-billing* e, soprattutto, di *dual practice*, oltre a quello già oggetto della sentenza *Chaoulli* che impedisce alle assicurazioni private di rimborsare le prestazioni sanitarie *medically necessary*.

Da parte della Columbia Britannica lo scopo delle limitazioni previste dal *MPA* è finalizzato a impedire che possa svilupparsi un sistema sanitario privato parallelo a quello pubblico, che rischierebbe di compromettere il modello sanitario canadese previsto dal *CHA 1984* basato sui principi di universalità e di accessibilità. Un sistema sanitario a due livelli pubblico/privato, secondo la Provincia, finirebbe infatti per avvantaggiare i pazienti più ricchi e più in salute, consentendo loro un accesso prioritario alle prestazioni sanitarie nel settore privato, a discapito del sistema sanitario pubblico che dovrebbe farsi carico dei pazienti in condizioni economiche e di salute più precarie (malattie croniche, età, ecc...) e quindi privi dei requisiti per accedere alla sanità privata.

La Corte Suprema della Columbia Britannica, nella recente sentenza *Cambie* (settembre 2020), ha rigettato le questioni di costituzionalità sollevate dalla *Cambie Surgery Corporation* concernenti gli artt. 7 e 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà. In particolare, la Corte Suprema provinciale è giunta alla conclusione che le norme del *MPA* non violano il diritto alla vita dei residenti in Columbia Britannica poiché da un lato è stato dimostrato che i pazienti in condizioni di urgenza e/o emergenza ricevono cure tempestive e di qualità e, dall’altro, che nessuno in Columbia Britannica è mai deceduto a causa delle liste d’attesa (parr. 1748-1763).

Nella lunga sentenza (di ben 883 pagine) è stato altresì osservato come, anche se le disposizioni del *MPA* avessero violato gli artt. 7 e 15 della Carta canadese dei diritti e delle libertà, esse sarebbero risultate comunque giustificabili (e, dunque, avrebbero potuto sopravvivere a una dichiarazione di incostituzionalità) ai sensi dell’art. 1 della medesima Carta, essendo esse finalizzate a preservare e assicurare «*the sustainability of the universal*

public healthcare system and ensuring access to necessary medical services is based on need and not the ability to pay» (par. 21)²⁴.

La Corte Suprema della Columbia Britannica è giunta a tali conclusioni comparando per prima cosa la Columbia Britannica con altri Stati in cui, in presenza di un sistema sanitario a due livelli pubblico/privato (par. 2257-2273)²⁵, le liste d’attesa del sistema pubblico risultano più lunghe e non più brevi di quelle riscontrabili nella Provincia stessa. Sono stati quindi presi in considerazione i numerosi studi che dimostrano come un singolo sistema sanitario pubblico sia preferibile a uno a due livelli pubblico/privato (par. 2274-2389). In particolare è stato evidenziato come, senza il divieto di *dual practice*, i maggiori profitti che i medici realizzano nelle strutture private finirebbero per sottrarre risorse al sistema pubblico dal punto di vista numerico (meno medici disposti a lavorare nel sistema pubblico), della quantità di tempo che i medici dedicherebbero al sistema sanitario pubblico e della qualità delle prestazioni sanitarie. A quest’ultimo proposito, infatti, sarebbero soprattutto i medici più giovani e meno esperti a lavorare nel sistema sanitario pubblico meno remunerativo di quello privato, che tenderà invece ad attrarre i medici migliori e con più esperienza.

Il sistema sanitario a due livelli pubblico/privato sembra inoltre non idoneo a porre rimedio al problema delle liste d’attesa troppo lunghe, dato che i medici che lavorano in entrambi i settori non avrebbero interesse a ridurle, essendo queste un incentivo affinché i pazienti si rivolgano alle strutture private per ottenere le prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno. Inoltre, i pazienti che possono permettersi assicurazioni private in grado di coprire i costi elevati della sanità privata sono comunque una minoranza incapace, in quanto tale, di ridurre in modo sostanziale le liste d’attesa.

²⁴ Secondo l’art. 1 della Carta canadese dei diritti e delle libertà («*The Canadian Charter of Rights and Freedoms guarantees the rights and freedoms set out in it subject only to such reasonable limits prescribed by law as can be demonstrably justified in a free and democratic society*») le Corti in Canada sono chiamate a compiere un *test* di proporzionalità dal quale può risultare che la limitazione di un diritto garantito dalla Carta canadese dei diritti e delle libertà è funzionale alla preminente tutela di un interesse della collettività. Al riguardo la giurisprudenza della Corte Suprema, nelle sentenze *R. v. Oakes* [1986] 1 S.C.R. 103 ed *Egan v. Canada* [1995] 2 S.C.R. 513, ha elaborato il c.d. *Oakes test*, secondo cui un diritto contenuto nella Carta canadese dei diritti e delle libertà può essere limitato se: *the objective of the legislation must be pressing and substantial; the means chosen to attain this legislative end must be reasonable and demonstrably justifiable in a free and democratic society*. A quest’ultimo proposito si deve dimostrare che: *the rights violation must be rationally connected to the aim of the legislation; the impugned provision must minimally impair the Charter guarantee; and there must be a proportionality between the effect of the measure and its objective so that the attainment of the legislative goal is not outweighed by the abridgment of the right*. In dottrina v. N. OLIVETTI RASON, *Vicende della Corte Suprema del Canada: problemi e prospettive del principio costituzionale d’eguaglianza*, in G. ROLLA, *Eguagli, ma diversi. Identità ed autonomia secondo la giurisprudenza della Corte Suprema del Canada*, cit., p. 47 s. e S. RODRIGUEZ, *La Corte Suprema del Canada e l’art. 1 della Carta dei diritti e delle libertà. Una free and democratic society in continua evoluzione*, in G. ROLLA, *L’apporto della Corte Suprema alla determinazione dei caratteri dell’ordinamento costituzionale canadese*, Milano, Giuffrè, 2008, p. 241 ss. Con specifico riferimento alla sentenza *Cambie v. C.M. FLOOD, Two-Tier healthcare after Cambie*, in *Healthcare Management Forum*, vol. 34, n. 4, 2021, p. 223.

²⁵ Gli Stati i cui sistemi sanitari sono oggetto di comparazione nella sentenza *Cambie* sono Regno Unito, Nuova Zelanda, Irlanda, Australia e Quebec dopo la sentenza *Chaoulli* (par. 2259).

Le assicurazioni sanitarie private, inoltre, si adoperano per attrarre i pazienti più giovani e più in salute, lasciando al sistema assicurativo pubblico i pazienti più anziani e meno in salute (con oneri maggiori, quindi, per il sistema sanitario pubblico). L'esclusività del sistema pubblico, infine, tende a mantenere più bassi i costi amministrativi connessi alla tutela della salute, mentre la compresenza di due sistemi paralleli pubblico/privato tende a farli aumentare, sottraendo così importanti risorse che potrebbero essere destinate al finanziamento delle prestazioni sanitarie²⁶.

Nel mese di giugno 2021 ha preso avvio un nuovo procedimento giurisdizionale davanti alla Corte d'appello della Columbia Britannica in seguito all'appello presentato dalla *Cambie Surgery Corporation* contro la sentenza della Corte Suprema provinciale. Una volta superato questo secondo grado di giudizio all'interno della Provincia, ci si aspetta che il caso venga infine sottoposto alla Corte Suprema del Canada.

In attesa dell'esito delle future pronunce giurisdizionali, la prima sentenza *Cambie* sembra avere già prodotto alcuni cambiamenti positivi nel sistema sanitario della Columbia Britannica dato che, dopo anni di austerità finanziaria, nel 2019-20 il Governo ha incrementato del 5,5% il finanziamento del sistema sanitario provinciale e ha destinato fondi aggiuntivi per ridurre le liste di attesa per gli interventi chirurgici che, negli ultimi anni, erano diventate tra le più lunghe del Canada²⁷.

4. Un confronto tra *Chaoulli* e *Cambie*, aspettando la pronuncia della Corte Suprema del Canada

La violazione del diritto alla salute determinata da liste d'attesa eccessivamente lunghe è stato il principale argomento utilizzato in Canada da quanti vorrebbero trasformare l'attuale sistema sanitario pubblico in uno basato sulla doppia presenza del pubblico e del privato, con meno limiti per il secondo, in modo più simile al modello sanitario degli Stati Uniti (c.d. *multy-payer system*).

Per prevenire tale trasformazione dell'attuale modello pubblico di assistenza sanitaria in Canada, il *CHA 1984* a livello federale e le leggi sanitarie provinciali hanno imposto vari limiti alle strutture sanitarie e alle assicurazioni private per impedire loro di sostituirsi al sistema sanitario pubblico. Tali limiti sono stati oggetto di due importanti pronunce di costituzionalità nelle sentenze *Chaoulli* della Corte Suprema del Canada (2005) e *Cambie* della Corte Suprema della Columbia Britannica (2020).

²⁶ Così anche S. DEAN, *Canada's Landmark Chaoulli Decision: A Vital Blueprint For Change In The Canadian Health Care System*, cit., p. 426 ss.

²⁷ Secondo la CANADIAN HEALTH COALITION, *Public Health Care – We've got this!*, cit., p. 5, i vari Governi della Columbia Britannica avrebbero "turned a blind eye" sulla proliferazione delle cliniche private all'interno della Provincia.

In entrambe le sentenze sono stati esaminati i benefici e le problematiche derivanti da un modello sanitario pubblico in cui il privato, comunque presente, ha però un ruolo limitato, fatta salva la possibilità per esso di concludere accordi di collaborazione con il sistema pubblico; oppure, in alternativa, da un modello sanitario che renda possibile la presenza di un doppio livello pubblico/privato senza particolari limitazioni per la sanità privata.

Tra i molti argomenti a favore del sistema sanitario pubblico, il primo è quello che riconosce la salute come diritto fondamentale della persona che, in quanto tale, va garantito a tutti in modo eguale in base al bisogno, senza ostacoli di tipo economico o privilegi collegati alla maggiore o minore ricchezza delle persone (v. la sentenza *Cambie*, par. 2656-2661). I sistemi sanitari pubblici, però, possono dare origine a lunghe liste d’attesa che, quando diventano eccessive, rischiano di compromettere il diritto alla salute delle persone. A questo proposito, nella sentenza *Cambie*, è stato osservato come i sistemi sanitari pubblici che non pongono limiti alla compresenza della sanità privata hanno liste d’attesa più lunghe di quelli che invece tendono a limitare la presenza del privato in ambito sanitario. Quest’ultimo, infatti, tende a sottrarre risorse al pubblico senza offrire soluzioni efficaci al problema del contenimento delle liste d’attesa (v. *supra*, par. 3). Inoltre, stando ad alcuni dati recenti del *Canadian Institute for Health Information*, gli Stati in cui i sistemi sanitari prevedono una gestione prevalentemente pubblica (in genere maggiore del 70%) e il privato eroga prestazioni sanitarie in via residuale (inferiore al 30%) riescono sia a garantire l’universalità delle cure, sia a mantenere più bassa la spesa sanitaria complessiva, diversamente da quanto accade, ad esempio, negli Stati Uniti in cui il sistema a due livelli pubblico/privato produce una spesa sanitaria molto più alta²⁸.

Secondo altri (comunque una netta minoranza), invece, il modello di assistenza sanitaria a due livelli pubblico/privato garantirebbe meglio l’accessibilità, la libertà di scelta e la qualità delle prestazioni sanitarie. La maggiore presenza del privato sanitario viene inoltre vista come una possibile soluzione per rimediare al problema delle lunghe liste d’attesa, sgravando il sistema pubblico dall’erogazione di una parte delle prestazioni sanitarie.

Nella sentenza *Chaoulli* del 2005, con una decisione che ha diviso la Corte Suprema, è stato riconosciuto come le liste d’attesa eccessivamente lunghe violano il diritto alla salute dei canadesi (*rectius*: dei residenti in Quebec). In seguito a questa pronuncia di incostituzionalità, il Quebec ha dovuto modificare la propria legislazione sanitaria consentendo alle assicurazioni sanitarie private di rimborsare alcune prestazioni *medically necessary*, specificamente individuate, le cui liste d’attesa risultavano particolarmente lunghe. Ciò, tuttavia, non sembra avere messo in discussione il modello sanitario pubblico, né in Quebec, né in altre Province canadesi.

²⁸ CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2019*, cit., p. 11 mostra come gli Stati Uniti, pur non garantendo una copertura universale, hanno una spesa sanitaria più che doppia rispetto alla media degli Stati OSCE pari all’8,8% del PIL.

Nella sentenza *Cambie* del 2020 il giudice della Corte Suprema della Columbia Britannica si è pronunciato decisamente a favore del modello sanitario pubblico e della non incostituzionalità dei limiti previsti dalla legislazione sanitaria provinciale per limitare lo sviluppo della sanità privata, senza nessuna apertura di rilievo verso un modello sanitario a due livelli pubblico/privato all'interno della Provincia.

Sullo sfondo delle sentenze *Chaoulli* e *Cambie* resta però il problema delle inefficienze e della sostenibilità nel lungo periodo dei sistemi sanitari pubblici provinciali, che attualmente sembra riguardare soprattutto le liste d'attesa e i medici di famiglia²⁹. Se, da una parte, l'ingresso illimitato dei privati nel settore sanitario è ritenuta dai più una soluzione non idonea a garantire il diritto universale alla salute, dall'altra si evidenzia la necessità di migliorare l'organizzazione dei servizi sanitari, di erogare le prestazioni sanitarie in modo più efficiente (anche, ad esempio, tramite il maggiore ricorso alla medicina a distanza) e, soprattutto, di aumentare le risorse finanziarie destinate alla sanità pubblica³⁰.

La sfida per i sistemi sanitari pubblici provinciali è evidentemente quella di limitare i costi e di immettere contestualmente risorse sufficienti a garantire l'effettività del diritto alla salute, erogando prestazioni sanitarie di qualità e in tempi ragionevolmente brevi. La presenza di sistemi sanitari pubblici di qualità ed efficienti, infatti, tende già di per sé a prevenire uno sviluppo eccessivo della sanità privata, evitando che quest'ultima possa sostituirsi al pubblico oltre un certo limite. Come si è visto, le Province hanno individuato vari modi per evitare che la sanità privata sottragga risorse al sistema sanitario pubblico limitandone i profitti, ponendo un tetto alla remunerazione delle prestazioni sanitarie nel settore privato e ai compensi dei medici che lavorano in via esclusiva per il sistema pubblico o in parallelo con il sistema privato (c.d. divieto di *extra-billing*), oppure vietando loro di lavorare contemporaneamente nel settore pubblico e in quello privato (c.d. divieto di *dual practice*). In molte Province è inoltre proibito rimborsare le prestazioni sanitarie *medically necessary* tramite assicurazioni private.

Il caso *Cambie* quasi certamente nei prossimi anni arriverà davanti alla Corte Suprema del Canada che, dopo la sentenza *Chaoulli* del 2005, sarà di nuovo chiamata a pronunciarsi sulla costituzionalità del sistema sanitario pubblico canadese che ha finora limitato il ruolo dei privati per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie *medically necessary* finanziate dal sistema pubblico. Nel caso *Chaoulli* la Corte Suprema del Canada, seppure di stretta misura, si è espressa in modo diverso rispetto alle pronunce delle Corti del Quebec (Corte Superiore e Corte d'appello del Quebec) che nei due precedenti gradi di giudizio a livello provinciale avevano entrambe respinto le relative questioni di costituzionalità. La Corte Suprema, invece, ha dichiarato l'incostituzionalità della legislazione sanitaria del Quebec nella parte in cui, a causa delle lunghe liste d'attesa, non garantiva la tutela ef-

²⁹ C.M. FLOOD, *Two-Tier healthcare after Cambie*, in *Healthcare Management Forum*, cit., p. 221.

³⁰ L. KELLEY, *Cambie Surgeries Corporation v British Columbia (Attorney General)*. *The case that could change health care in Canada*, 2021, <https://ihrp.law.utoronto.ca/cambie-surgeries-corporation-v-british-columbia-attorney-general>.

fettiva del diritto alla salute, senza però arrivare fino al punto di mettere in discussione il modello pubblico di assistenza sanitaria in Canada.

Senza voler formulare nessuna previsione sul futuro giurisdizionale del caso *Cambie*, sembra però ragionevole aspettarsi che la Corte Suprema, se e quando sarà effettivamente chiamata a pronunciarsi su di esso, assumerà un atteggiamento ancora più prudente di quello che in passato ha caratterizzato la sentenza *Chaoulli*. Tra il caso *Cambie* e il caso *Chaoulli* vi sono infatti alcune differenze molto rilevanti che la Corte Suprema dovrà necessariamente tenere in considerazione in una sua eventuale futura pronuncia.

Nella sentenza *Chaoulli* veniva messo in discussione soltanto il divieto per le assicurazioni private di rimborsare le prestazioni sanitarie *medically necessary*. Inoltre, la violazione da parte della legislazione sanitaria del Quebec di norme di rango costituzionale è stata accertata soltanto nei confronti della Carta dei diritti e delle libertà del Quebec: in questo modo, dal punto di vista strettamente giuridico, l'efficacia della sentenza della Corte Suprema è rimasta circoscritta esclusivamente all'interno della Provincia e non in tutte le altre³¹.

Le questioni di costituzionalità sollevate nel caso *Cambie*, invece, riguardano non solo i limiti posti alle assicurazioni private ma anche i divieti di *extra-billing* e di *dual practice* stabiliti dalla legislazione sanitaria della Columbia Britannica, la cui rimozione potrebbe effettivamente produrre una trasformazione dell'attuale modello sanitario provinciale. Il parametro di costituzionalità qui invocato, inoltre, è la Carta canadese dei diritti e delle libertà. Da ciò consegue che un'eventuale pronuncia di incostituzionalità da parte della Corte Suprema finirebbe per produrre i suoi effetti non solo in Columbia Britannica, ma anche nelle altre Province canadesi che prevedono limiti analoghi nei confronti della sanità privata.

Infine, quale ipotesi improbabile ma non impossibile³², se la Corte Suprema dichiarasse l'incostituzionalità dell'*extra-billing* ciò potrebbe determinare l'illegittimità costituzionale in via consequenziale delle norme del *CHA 1984* che, a livello federale, vietano a loro volta l'*extra-billing* al fine di tutelare il modello sanitario pubblico ponendo limiti allo sviluppo della sanità privata in Canada.

Tutte eventualità che, senza dubbio, suggeriscono di monitorare con attenzione gli sviluppi del caso *Cambie* nei prossimi mesi.

³¹ In dottrina, secondo l'opinione di P.J. CARVER, *Comment on Chaoulli v. Quebec*, in *Law & Governance*, 2005, p. 3, gli effetti della sentenza *Chaoulli* avrebbero potuto comunque superare i confini del Quebec.

³² Sul punto v. ancora C.M. FLOOD, B. THOMAS, K. WHITE, *The Courts and Two-Tier Medicare*, cit., p. 16.