

Stati Uniti d’America e CoViD-19: alcune fasi della gestione di una pandemia annunciata

Maurizio Di Masi

Assegnista di ricerca, Università degli Studi di Perugia.
Mail: maurizio.dimasi@unipg.it.

1. Introduzione

In un recente pamphlet, *Virus*¹, Slavoj Žižek per spiegare la reazione della società di fronte alla rottura traumatica apportata dall’attuale pandemia della sindrome CoViD-19 riprende, significativamente, il modello elaborato da Elisabeth Kübler-Ross², ove si descrivono le cinque fasi che caratterizzano la reazione traumatica del malato quando scopre di essere terminale: la negazione, la rabbia, la negoziazione, la depressione e l’accettazione.

Queste fasi, che nel pensiero della psichiatra non necessariamente devono seguire l’ordine indicato o sussistere tutte e cinque, ben si prestano ad essere applicate ad una sintetica analisi alla

reazione istituzionale statunitense alla pandemia da coronavirus.

2. La negazione

In primis l’emergenza provocata dal virus SARS-CoV-2, per quanto diffusamente annunciata, è stata tenacemente negata. Dapprima squalificata, come in Italia, a semplice influenza, la pandemia ha iniziato a preoccupare l’amministrazione statunitense solo a partire da fine febbraio, quando la curva dei contagi ha iniziato ad impennarsi in maniera vertiginosa. La minimizzazione del problema, in questa fase di negazione, ha perlopiù indotto le istituzioni a gestire l’epidemia attraverso la protezione dei confini nazionali, vale a dire chiudendo i confini degli States a voli internazionali in ingresso provenienti non solo dalla Cina (già dal 31 gennaio) ma anche dall’Europa continentale (a partire dal 13 marzo)³.

A differenza di altri Paesi occidentali, ove lo stato di necessità ha perlopiù portato ad un accentramento dei poteri in mano all’esecutivo nazionale, per volontà politica di Trump, invece, la gestione della pandemia è stata sin da subito decentrata ai governatori locali, a cui spetta la competenza sanitaria e gli ordini di quarantena o di isolamento⁴. Lo Stato federale, d’altro canto, ha

questi ordini in riferimento ai vasti poteri che spettano agli Stati per proteggere la salute pubblica. Storicamente, d’altra parte, solo occasionalmente alcuni giudici sono intervenuti per annullare quarantene irragionevoli o non dichiarate secondo le formalità previste. Esempio della prima ipotesi è il noto caso *Jewish Ho v. Williamson* 103 F.10 (C.C.N.D. Cal., 1900), in cui un tribunale ha ritenuto nulla una quarantena imposta dal distretto di San Francisco in risposta a uno scoppio di peste bubbonica perché motivata su base razziale e comunque inadatta a fermare l’epidemia. Esempio della seconda ipotesi è il recente caso *W.D. v. County of Rockland* (2019 NY Slip Op 29111): nel marzo 2019, la Contea di Rockland, New York, ha vietato a tutti i minori non vaccinati contro il morbillo di accedere a degli spazi pubblici, ma il giudice ha annullato quest’ordine, dichiarando che non vi era il

¹ S. ŽIŽEK, *Virus. Catastrofe e solidarietà*, Milano, 2020.

² E. KÜBLER-ROSS, *La morte e il morire*, XII ed., Assisi, 2013.

³ Peraltro, per oltre un mese, quella di bloccare i voli dalla Cina è stata l’unica misura adottata dal governo statunitense. La *task force* contro il coronavirus, guidata dal vicepresidente Mike Pence, verrà istituita solo il 26 febbraio 2020, mentre controlli sanitari per chi è in arrivo da Italia, Korea del Sud e Iran saranno imposti solo a partire dal 29 febbraio 2020. In generale vedi “*We are at a critical time*”: *Trump’s coronavirus speech in full*, in *The Guardian*, 12 marzo 2020, disponibile in: <https://bit.ly/3bVy2P5>.

⁴ Quanto ai diversi provvedimenti presi nei singoli Stati federati si veda il link: <https://www.ncsl.org/research/health/state-action-on-coronavirus-covid-19.aspx>. Le corti hanno generalmente confermato

la facoltà di liberare fondi per permettere politiche, anche sanitarie, mirate⁵. Invero, per garantire che i sistemi sanitari degli Stati federati siano in grado di aumentare la propria capacità di rispondere alla diffusione del CoViD-19, è fondamentale che siano adeguatamente distribuite, ai sistemi sanitari nazionali che ne hanno maggior bisogno, non solo tutte le risorse finanziarie, ma anche quelle sanitarie e mediche necessarie per rispondere alla diffusione del virus.

Ciò è emerso chiaramente dal dibattito pubblico che negli Stati Uniti si è sviluppato a seguito del ritardo con cui il Presidente degli Stati Uniti ha deciso di utilizzare il *Defense Production Act*⁶ per forzare la produzione di ventilatori e altre attrezzature mediche necessarie per affrontare la pandemia in corso. Il rifiuto iniziale di Trump è apparso all'opinione pubblica alquanto singolare, dal momento che mentre la stessa legge viene regolarmente utilizzata per bloccare i prezzi dei prodotti chimici utilizzati per costruire missili militari, o per il materiale necessario per costruire droni o armature per gli agenti che pattugliano il confine sudoccidentale, questa calamità

requisito formale della necessaria, preventiva, dichiarazione di emergenza.

⁵ In questa direzione sono stati emanati il *Coronavirus Preparedness and Response Supplemental Appropriations Act, 2020* (Pub. L. 116-123) del 6 marzo 2020 (vedi <https://bit.ly/3gc4Ruh>), con cui il Congresso ha stanziato \$ 8,3 miliardi per rispondere allo scoppio del coronavirus, di cui \$ 6,7 miliardi (81%) sono designati per la risposta interna e \$ 1,6 miliardi (19%) per la risposta internazionale; e il *Families First Coronavirus Response Act* (Pub. L. 116-127) del 18 marzo 2020 (vedi <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/6201>), che regola la *domestic outbreak*, disciplinando i congedi per malattia, la copertura assicurativa dei test del coronavirus, l'assistenza nutrizionale e le indennità di disoccupazione. Per un approfondito studio al riguardo cfr. E. MOSTACCI, *COVID vs. Trump, presente il primo violino, si attende il direttore d'orchestra*, in *Federalismi.it – Osservatorio emergenza Covid-19*, 95 ss.

naturale non è stata ritenuta meritevole – almeno in prima battuta – di essere utilizzata per l'approvvigionamento di attrezzature vitali.

3. La negoziazione: *Defense Production Act* e scelte tragiche

Gli stessi governatori, dovendo affrontare la carenza di ventilatori e dispositivi di protezione individuale utilizzati da medici e infermieri (mascherine, guanti, etc.), hanno sollecitato più volte l'amministrazione Trump a utilizzare la legge per accelerare la produzione, sicché il 18 marzo 2020, il Presidente Trump ha formalmente invocato il *Defense Production Act* (DPA) con un ordine esecutivo di dare priorità e allocare le risorse sanitarie e mediche per rispondere alla diffusione di CoViD-19. Ma quattro giorni dopo, il 22 marzo, Trump ha dichiarato che non era necessaria un'azione ai sensi del DPA, giacché un notevole numero di aziende, tra cui *3M Co.* e *General Electric Co.*, si sono fatte volontariamente avanti per produrre le attrezzature necessarie. Nelle indicazioni del Presidente degli USA, invero, ricorrere al DPA significherebbe

⁶ Pub. L. 81-774. Tale legge del 1950 conferisce al governo un maggiore controllo durante le emergenze per dirigere la produzione industriale. Il *Defense Production Act* infatti include una serie di poteri, tra cui quello di emissione di prestiti per espandere la capacità di un fornitore, di controllare la distribuzione dei prodotti di una società, nonché il potere più comunemente usato verso le imprese, cioè quello di dare la priorità all'ordine del governo rispetto a quelle di altri clienti. Questa legge fu emanata sotto il presidente Harry Truman nel 1950 per aiutare gli Stati Uniti con la guerra di Corea: il DPA ha storicamente concesso ampia autorità al ramo esecutivo per intervenire nel settore privato chiedendo ai produttori di dare priorità alle produzioni utili alla difesa del Paese. Oltre alla difesa nazionale, tuttavia, tale normativa può essere utilizzata per prodotti correlati ad infrastrutture strategiche, alla sicurezza interna e ad attività spaziali.

“nazionalizzare l'attività” come potrebbe fare un paese socialista come il Venezuela, per quanto giuridicamente con tale legge il governo non diventerebbe certo proprietario di alcuna impresa privata (il che è ciò che implicherebbe una effettiva nazionalizzazione!)⁷.

D'altra parte, la principale limitazione dell'autorità del Presidente ai sensi del DPA rimane che questi poteri devono essere usati per provvedere alla *national defense* e la nozione di difesa nazionale si è nel tempo notevolmente ampliata attraverso le numerose autorizzazioni di riadattamento del DPA, in modo tale che ora includa programmi militari ed energetici, assistenza alle nazioni straniere, sicurezza interna, stoccaggio, spazio ed *emergency preparedness*. La preparazione alle emergenze, in particolare, comprende «all those activities and measures designed or undertaken to prepare for or minimize the effects of a hazard upon the civilian population [and] to deal with the immediate emergency conditions which would be created by the hazard»⁸.

Per cui, mentre i governatori ed i membri del Congresso continuavano a chiedere al Presidente di usare il DPA per forzare la produzione di

ventilatori e altre attrezzature mediche per combattere la pandemia di coronavirus al suo picco, Trump ha continuato a considerare l'ipotesi come un «break the glass», come ultima risorsa, da invocare solo quando tutto il resto fosse fallito.

Questa forma di negoziazione politico-istituzionale si è infine conclusa i primi giorni di aprile, quando, in considerazione dell'elevato numero di decessi registrato, è stato deciso di far formalmente ricorso al DPA, rilevando finalmente che «health and medical resources needed to respond to the spread of COVID-19, including personal protective equipment and ventilators, meet the criteria specified in section 101(b) of the Act (50 U.S.C. 4511(b))»⁹.

La scelta, invero, risolve un problema biogiuridico di non poco momento, dato che diversi Stati federati, in assenza di apparecchiature adeguate a curare il gran numero dei ricoverati, hanno iniziato a dotarsi di linee guida per effettuare scelte tragiche, ossia per selezionare chi sottoporre alle cure e chi lasciar morire, escludendo dall'accesso ai ventilatori molto spesso i più anziani, i malati gravi e/o i disabili¹⁰. Questione davvero spinosa, dato che la dignità umana mal si presta a queste

⁷ Per le dichiarazioni di Trump vedi J. Doubek, *FACT CHECK: Trump Compares Defence Production Act To Nationalization*, in *NPR*, 23 marzo 2020, disponibile in: <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/03/23/819926854/fact-check-trump-compares-defense-production-act-to-nationalization?t=158801259743>.

⁸ Si veda *Title VI of the Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act*, Public Law 100-107 [1988 as amended].

⁹ Si veda *Memorandum on Order Under the Defense Production Act Regarding 3M Company*, 2 aprile 2020, <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/memorandum-order-defense-production-act-regarding-3m-company/>.

¹⁰ Diversi Stati coinvolti nella epidemia hanno stabilito dei “criteri di selezione” a cui dare esecuzione in circostanza di emergenza estrema. In Tennessee, ad

esempio, le persone affette da atrofia muscolare sono state “escluse” dalla terapia intensiva; in Minnesota sono esclusi i pazienti con la cirrosi epatica, con malattie polmonari e scompensi cardiaci. In Alabama, il primo Stato ad essere preso di mira dal CoViD-19, da informazioni circolate sui siti istituzionali pareva possano essere esclusi dalla terapia con ventilatori i malati di AIDS, ma in ogni caso le nuove linee guida non si esprimono sul triage del ventilatore (vedi: <https://www.adph.org/CEPSecure/assets/alabama-cs-guidelines2020.pdf>). Non meno crude sono le linee guida di Washington o di Maryland e Pennsylvania che escludono, *in extremis*, dall'eventualità della ventilazione assistita persone con “disturbo neurologico grave”. Nel documento intitolato *Scarce Resource Management* i «disabili psichici sono candidati improbabili per il supporto alla respirazione» (si veda l'articolo di E. MOLINARI, *USA, «niente respiratori per i*

drammatiche forme di negoziazione, che rischiano di disumanizzare le pratiche mediche.

4. La rabbia: reazioni istituzionali scomposte

Le reazioni maggiormente scomposte del Presidente degli Stati Uniti d'America rispetto alla gestione della pandemia si sono registrate sia verso l'interno che verso l'esterno.

Rispetto agli Stati federati, infatti, Trump ha provato, in spregio alla Dichiarazione di Indipendenza e alla Costituzione¹¹, ad affermare un suo presunto potere assoluto che gli consentirebbe di porre nel nulla le norme statali che hanno variamente disciplinato il *lockdown*, nell'ipotesi in cui gli stessi governatori continuino a mantenere norme particolarmente restrittive (rispetto allo sviluppo economico e non certo in riferimento alla salute dei cittadini)¹².

disabili». Più di 10 Stati scelgono chi salvare, in *Avvenire*, 25 marzo 2020, al link <https://www.avvenire.it/mondo/pagine/niente-respiratori-per-i-disabili-pi-di-10-stati-scelgono-chi-salvare>). Per una ricognizione facilmente fruibile si veda M. BAKER, S. FINK, *At the Top of the Covid-19 Curve, How Do Hospitals Decide Who Gets Treatment*, in *The New York Times*, 31 marzo 2020, disponibile in: <https://www.nytimes.com/2020/03/31/us/coronavirus-covid-triage-rationing-ventilators.html>. Lo studio scientifico più recente è Matheny Antommara AH, Gibb TS, McGuire AL, et al, and for a Task Force of the Association of Bioethics Program Directors. *Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors*, in *Ann Intern Med*, 2020, Epub ahead of print 24 April 2020. Significative le considerazioni sulla condizione dei disabili in questi tempi di pandemia espresse dalla filosofa femminista E.F. KITTAI, *People with disabilities are at a disadvantage when scarce medical resources are being allocated*, in *Stat*, 29.04.2020, al link <https://bit.ly/2Xix0XW>.

¹¹ È appena il caso di ricordare che il Decimo Emendamento fissa chiaramente il principio per cui i poteri non delegati al governo federale spettano ai singoli Stati e che tra questi poteri ci sono i cosiddetti "police powers", la giurisdizione sulle questioni legate alla sicurezza generale, alla salute, al bene pubblico.

Maggiormente irragionevole, poi, è apparsa la decisione del Presidente di sospendere i fondi al World Health Organization (WHO), di cui gli States sono il primo contributore con 400-500 milioni di dollari l'anno, accusandola di aver coperto insieme alla Cina l'emergenza coronavirus causando in tal modo molte più vittime, nonché di aver criticato la sua decisione di sospendere tutti i voli provenienti da quel Paese¹³. Come noto, il WHO ha dichiarato l'emergenza come pandemica l'11 marzo 2020, a fronte di una serie di resistenze degli Stati al riconoscimento della reale situazione emergenziale, determinata da un diffuso "sovranismo della salute" nella gestione della malattia¹⁴, sovranismo espresso non solo dai Paesi europei, ma dallo stesso Presidente degli Stati Uniti d'America¹⁵.

¹² Si veda *Trumps announces guidelines for lifting lockdowns but defers to state governors*, in *The Guardian*, 17 aprile 2020, disponibile in: <https://www.theguardian.com/us-news/video/2020/apr/17/trump-defers-state-governors-guidelines-lifting-coronavirus-lockdowns-video>.

¹³ Vedi M.D. SHEAR, D.G. MCNEIL JR., *Criticized for Pandemic Response, Trump Tries Shifting Blame to the W.H.O.*, in *The New York Times*, 14 aprile 2020, disponibile in: <https://nyti.ms/36tBb7t>.

¹⁴ Sul punto cfr. l'analisi, attenta alle implicazioni geopolitiche, di N. DENTICO, *Chronicle of a pandemic foretold*, in *OpenDemocracy*, al link <https://www.opendemocracy.net/en/can-europe-make-it/chronicle-pandemic-foretold/>. D'altra parte, è condivisibile quanto osserva S. ŽIŽEK, *Virus*, cit., secondo cui il modello a cui aspirare è proprio quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che nella gestione dell'emergenza CoVID-19 ha saputo evitare di perdersi in una palude burocratica ed ha fornito raccomandazioni precise atte anche a rassicurare la popolazione. In generale cfr. altresì A.L. TAYLOR, *Global Governance, International Health Law and WHO: Looking Towards the Future*, in *Bull of the World Health Organization*, 80, 12, 2002, <https://bit.ly/2Tvmv2>.

¹⁵ D'altronde, la posizione degli Stati Uniti nell'impegno internazionale per la salute globale è molto cambiata da quando è entrata in carica l'amministrazione

5. La depressione: diritti civili e libertà

Come ogni crisi sanitaria, anche quella aperta dal coronavirus nasconde l'insidia del difficile bilanciamento fra salute pubblica e libertà civili. Insiidia che nella società statunitense si scontra inevitabilmente con l'ombra delle passate politiche razziali e la tentazione di limitare i diritti dei soggetti più fragili.

Appare decisivo, allora, comprendere la storia della c.d. *parens patriae authority* attribuita agli Stati federati, a partire dal 1905 e dalla sentenza della Corte Suprema in *Jacobson v. Massachusetts*¹⁶, caso in cui un individuo arriva alla Corte Suprema dopo aver rifiutato di sottoporsi a vaccinazioni obbligatorie. La Corte Suprema, in questo caso, ha dichiarato che spetta all'autorità statale proteggere la salute e la sicurezza della comunità, anche a costo di imporre ai singoli determinate trattamenti sanitari. Principio ragionevole, se non fosse che nella giurisprudenza nordamericana esso è stato utilizzato anche in controversie che non avevano a che fare direttamente con la salute pubblica, come mostra il triste caso *Buck v. Bell* del 1927¹⁷. Qui una ragazza, disabile psichica, dopo essere stata violentata, resta incinta e viene obbligata ad abortire in ottemperanza di una legge della Virginia che prevedeva la sterilizzazione obbligatoria delle persone considerate socialmente o moralmente

inadatte. In questa triste vicenda il giudice Holmes motivò la decisione di procedere alla sterilizzazione forzata della giovane disabile con l'inopportuna espressione «*Three generations of imbeciles are enough*», aprendo peraltro le porte a pratiche eugenetiche che portarono alla sterilizzazione coatta di migliaia di donne di colore¹⁸. Da questi precedenti storici si comprende il perché grande attenzione è posta sui limiti che le norme sul *lockdown* stanno apportando alle libertà fondamentali dei cittadini statunitensi. Il panorama all'interno dei singoli Stati è davvero variegato: si va dal Governatore del Rhode Island, Gina Raimondo, che non concede l'ingresso nel proprio Stato alle automobili con targhe di altri stati¹⁹, al sindaco di New York City, Bill de Blasio, che ha lasciato aperti i negozi di musica, ritenuti essenziali per la società civile, ma ha chiuso chiese, sinagoghe e moschee ritenute al contrario non essenziali²⁰. Così violando direttamente la clausola di libero esercizio del culto del Primo emendamento, che negli States garantisce la laicità dello Stato e, in particolare, mantiene i poteri pubblici fuori dalla competenza religiosa²¹.

Eppure i tentativi più odiosi riguardano ancora una volta i corpi delle donne, come dimostrato dai governatori che hanno approfittato delle normative sul CoViD-19 per limitare l'accesso

Trump. In coerenza con la promessa della campagna elettorale del presidente Trump, in cui gli interessi economici interni degli Stati Uniti avrebbero prevalso sui suoi impegni internazionali, il presidente degli USA aveva già notevolmente ridotto i finanziamenti sanitari globali per il 2019: vedi *The U.S. Government and Global Health*, KFF (30 luglio 2019), al link <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-government-and-global-health/>.

¹⁶ *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905).

¹⁷ *Buck v. Bell*, 274 U.S. 200 (1927).

¹⁸ Giungendo alle vicende note come "appendicectomia del Mississippi".

¹⁹ Si veda G. McDONNELL NIETO DEL RIO, R. ELLIS, *Rhode Island will knock on doors and stop cars to find New Yorkers to slow the spread of coronavirus*, in *CNN*, 28 marzo 2020, disponibile in: <https://edition.cnn.com/2020/03/27/us/rhode-island-tracking-down-new-yorkers/index.html>.

²⁰ Vedi V. RAMBARAN, *NYC can close churches, synagogues that don't comply with coronavirus orders, de Blasio warns*, in *Fox News*, 29 marzo 2020, disponibile in: <https://www.foxnews.com/us/nyc-coronavirus-de-blasio-churches-synagogues-may-close>.

²¹ Per tutti cfr. F. CHURCH, *The separation of church and state: writings on a fundamental freedom by America's founders*, Boston, 2004.

alle interruzioni volontarie di gravidanza²². In diversi Stati federati²³, invero, si sono già intraprese cause per impedire ai funzionari statali di utilizzare gli *executive order* relativi al coronavirus per limitare l'accesso all'aborto, in violazione della *privacy* come tutelata dalla Costituzione americana a partire dal celebre caso *Roe v. Wade*²⁴. In Texas, ad esempio, si è disposto che gli aborti siano considerati procedure mediche non essenziali ed ai medici sia pertanto vietato fornirli durante la pandemia²⁵: a fronte dei primi ricorsi i giudici si sono pronunciati in maniera contrastante, dapprima accogliendo i ricorsi delle associazioni a tutela dei diritti civili, ma poi

²² Si veda A. ABRAMS, *COVID-19 Could Permanently Make Abortions Harder to Access Nationwide*, in *Time*, 7 aprile 2020, disponibile in: <https://time.com/5816530/coronavirus-abortion-clinics-access/>.

²³ Ad esempio in Ohio, Iowa, Alabama, Tennessee, Texas e Oklahoma.

²⁴ *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

²⁵ Si veda l'ordine esecutivo del 20 marzo 2020, al link <https://lrl.texas.gov/scanned/govdocs/Greg%20Ab-bott/2020/GA-09.pdf>. Confermato dall'ordine esecutivo del 17 aprile 2020: https://gov.texas.gov/uploads/files/press/EO-GA-15_hospital_capacity_COVID-19_TRANS_04-17-2020.pdf.

²⁶ Vedi la decisione del 20 aprile 2020 della US Court of Appeals for the Fifth Circuit, al link <http://www.ca5.uscourts.gov/opinions/pub/20/20-50296-CV0.pdf>. La motivazione della Corte: «[a]s a general matter, we observe that the regulation of medication abortion in Texas differs from some other states. In Texas, “[b]efore the physician gives, sells, dispenses, administers, provides, or prescribes an abortion-inducing drug, the physician must examine the pregnant woman”. Tex. Health & Safety Code § 171.063(c). During that examination, the patient must receive an ultrasound examination. Tex. Health & Safety Code § 171.012(a)(4). The physician cannot provide the patient an abortion until the second visit. Id. And the patient must schedule a follow-up appointment to ensure the abortion is complete. Tex. Health & Safety Code § 171.063(e)-(f); 25 Tex. Admin. Code 139.53(b)(4) [...]. Does any testify that during the current pandemic, abortion providers are not

confermando il divieto imposto dagli amministratori²⁶. Viceversa un tribunale distrettuale federale del Tennessee ha bloccato l'ordine esecutivo dello Stato che vietava gli aborti chirurgici, ritenendo dimostrato che le procedure abortive non impattano negativamente sui servizi sanitari indispensabili per la cura del CoViD-19²⁷.

6. L'accettazione: opportunità di interrogarsi sulla tenuta del sistema sanitario

Da ultimo negli Stati Uniti i contagi sono 1.012.583 e 58.265 i decessi²⁸, nel mentre le agenzie di intelligence statunitense prendono le distanze da Trump, avvisato dell'emergenza già

wearing masks? No. [...] The question, then, is not whether medication abortions consume PPE in normal times, but whether they consume PPE during a public health emergency involving a spreading contagion that places severe strains on medical resource».

²⁷ La decisione è reperibile al link: <https://bit.ly/3e7Z0t1>. Nella motivazione del giudice: «[b]ut plaintiffs have provided evidence, which the Court accepts as accurate, that they have implemented sanitation procedures, as well as procedures to minimize the use of PPE, that they do not use N95 masks or other hospital resources needed to respond to COVID-19, and that a procedural abortion uses less PPE and involves significantly less patient interaction than carrying a pregnancy to term and giving birth. In addition, plaintiffs state that women may travel out-of-state to obtain an abortion while EO-25 is in effect, risking infection of COVID-19 and transmission to others when they return to Tennessee. While the stated goal of EO-25 to preserve PPE is unquestionably laudable, defendants have presented no evidence that any appreciable amount of PPE would actually be preserved if EO-25 is applied to procedural abortions. Plaintiffs, on the other hand, offered convincing evidence demonstrating the contrary. The balancing of harms therefore favors plaintiffs».

²⁸ Dati del 29 aprile 2020. Si veda *Coronavirus diretta, Spagna: 325 morti in 24 ore. Aumento dell'1% maggiore rispetto a quelli registrati nei giorni scorsi*, in *Il Messaggero*, al link <https://bit.ly/2ZqRLDo>, ove peraltro si rileva che i morti per il CoViD-19 sono ormai meno delle 58.220 vittime che vi sono state nei 20 anni di guerra (fra il 1955 e il 1975) in Vietnam.

a gennaio, e il WHO dichiara che si è ancora lontani dalla fine della pandemia²⁹. Parafrasando le riflessioni di un recente e noto studio di Harvard, potremmo dire che *as a result, USA followed the spread of the virus rather than prevented it*, e che pertanto a poco siano servite le lezioni dalla risposta italiana alla pandemia³⁰. L’accettazione e l’accertamento della realtà pandemica pare ancora a venire, per quanto l’auspicio non può che essere per una riscoperta del valore della solidarietà, troppo spesso valore ancillare nel panorama statunitense. Il gran numero di decessi dovuti alla sindrome del CoViD-19 dovrebbe invero spingere gli statunitensi ad interrogarsi sulla tenuta del sistema sanitario che tutt’oggi si fonda su criteri di natura essenzialmente privatistica³¹. *Medicare* e *Medicaid*, i due programmi di

assistenza sanitaria finanziati dal governo degli Stati Uniti ed istituiti nel 1965 sotto la presidenza di Lyndon Johnson, non sono sufficienti a garantire una copertura sanitaria universale, essendo indirizzati ai meno abbienti e/o ai soggetti più vulnerabili (anziani e disabili)³². Circa il 10 % della popolazione statunitense, a cui si aggiungono gli immigrati irregolari, non hanno invece accesso alle cure sanitarie, se non in caso di estrema urgenza³³. La gestione dei casi più gravi è, infatti, affidata esclusivamente all’*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, legge del 1986 che si è posta l’obiettivo – applicativamente non sempre raggiunto – di impedire agli ospedali di rifiutare i pazienti privi di copertura assicurativa che richiedono cure urgenti³⁴. Tale normativa, per quanto emergenziale, si presta però a

²⁹ Vedi *Coronavirus, oltre tre milioni i casi nel mondo e 211 mila morti. In Germania risale l’indice di contagio*, in *LaStampa*, 28 aprile 2020, disponibile in: <https://bit.ly/2Tr6jza>.

³⁰ G. P. PISANO, R. SADUN, M. ZANINI, *Lessons from Italy’s Response to Coronavirus*, in *Harvard Business Review*, 27 marzo 2020, on-line <https://bit.ly/2TuqFaO>. La tesi degli Autori è che l’Italia abbia scontato la scarsità dei dati a propria disposizione a causa dell’assenza di un sistema informativo adeguato a disposizione dei *policy maker* ed a causa di «bias cognitivi».

³¹ Le assicurazioni sanitarie statunitensi si sono già impegnano a prevenire la diffusione del CoViD-19, attivando piani di emergenza per garantire che i propri clienti abbiano accesso alla prevenzione, ai test e alle cure necessarie a causa della pandemia. Negli USA l’accesso alle cure è facilmente garantito a coloro che possono economicamente permetterselo, nonostante gli interventi previsti dal c.d. *ObamaCare* del 2010 (*Affordable Care Act*, Pub. L. 111-148, March 23, 2010, 124 Stat 119, legge con l’obiettivo di ridurre il numero di cittadini non assicurati agendo sul mercato delle imprese assicuratrici e sui datori di lavori). L’intervento pubblico in questo campo, tradizionalmente, è ritenuto solo residuale e volto a correggere quelli che sono considerati dei *market failures*, fallimenti del mercato. D’altra parte, però, va constatato che il sistema assicurativo sanitario è costantemente corretto da interventi pubblici, ad esempio i premi effettivamente corrisposti alle assicurazioni sono

deducibili dalla base imponibile dell’imposta sul reddito. Inoltre, oltre i $\frac{3}{4}$ delle complessive assicurazioni mediche sono quelle stipulate, nel contesto di un rapporto di lavoro, dal datore di lavoro in favore del lavoratore dipendente (e spesso dalla sua famiglia). In dottrina cfr. ancora E. MOSTACCI, *COVID vs. Trump, presente il primo violino, si attende il direttore d’orchestra*, cit.

³² Social Security Amendments Act of 1965, in Pub. L. 89-97, July 30, 1965, 79 Stat 286. In dottrina cfr. L.S. REED, K. MYERS, (1967). *Health insurance coverage complementary to medicare*, in *Social Security Bulletin*, 308, 3-14. Per completezza si sottolinea che a *Medicaid* si affianca lo *State Children’s Health Insurance Program* (SHIP), un piano aggiuntivo, creato nel 1997 dall’amministrazione Clinton, dedicato alla garanzia delle prestazioni sanitarie per i minori di età che, pur in mancanza dei requisiti reddituali per beneficiare di *Medicaid*, siano in condizioni economiche tali da impedirne l’accesso alle cure sanitarie.

³³ Alcuni dati statistici, relativi alle persone prive di assicurazione sanitaria al 2018, sono disponibili sul sito dell’*United States Census Bureau*, al link <https://www.census.gov/library/visualizations/interactive/2018-uninsured-rate.html>.

³⁴ Come si precisa nella legge, per *emergency medical condition* si intende: «(A) a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be

costituire una base giuridica per ragionare sul come ripensare l'accesso alla sanità in senso maggiormente universalistico nel peculiare contesto statunitense³⁵.

In definitiva, l'interrogativo che si pone Žižek nel suo *Virus* rimane centrale: «Bernie Sanders viene deriso dagli scettici perché difende l'assistenza

sanitaria universale negli Stati Uniti - la lezione che possiamo trarre dall'epidemia non è forse che l'assistenza sanitaria è più necessaria e anzi, dovremmo cominciare a predisporre una sorta di rete di servizio sanitario globale?»

(30 aprile 2020)

expected to result in: (i) placing the health of the individual (or, with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy, (ii) serious impairment to bodily functions, or (iii) serious dysfunction of any bodily organ or part; or (B) with respect to a pregnant woman who is having contractions: (i) that there is inadequate time to effect a safe transfer to another hospital before delivery, or (ii) that transfer may pose a threat to the health or safety of the woman or the unborn child».

Cfr. J. ZIBULEWSKY, *The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA): what it is and what it means for physicians*, in *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 14, 4, 2001 Oct, 339–346. L'EMTALA si rivolge in particolare alle strutture ospedaliere che partecipano a *Medicare*, ma esse comprendono quasi il 98% di tutti gli ospedali statunitensi, pubblici e privati. Tali ospedali sono obbligati, in primo luogo, a eseguire un esame di *screening* medico su qualsiasi persona che si rivolga ad essi, al fine di determinare se esista o meno una condizione medica di urgenza. In secondo luogo, se esiste una condizione medica di emergenza, il personale sanitario è tenuto a stabilizzare tale condizione

nella misura delle proprie capacità o a trasferire il paziente in un altro ospedale con le attrezzature mediche adeguate al caso specifico. Infine, gli ospedali con capacità o le strutture specializzate sono tenuti ad accettare i trasferimenti di pazienti che necessitano di tali servizi specializzati se hanno la possibilità di prenderli in carico. Le spese sanitarie sopportate da queste strutture ospedaliere non vengono rimborsate dallo Stato in modo diretto, ma indirettamente tramite un credito di imposta ed altri sussidi da parte delle amministrazioni locali, statali e del governo federale.

³⁵ Altre soluzioni sono in discussione negli States, come ad esempio la proposta di un *Medicare for All*: una simulazione pubblicata su *Lancet* ha stimato che un sistema simile, universalistico, porterebbe a risparmi di circa il 13 % sulla spesa sanitaria, oltre a salvare più di 1,73 milioni di *life-years* rispetto alla situazione attuale. Si veda A.P. GALVANI, A.S. PARPIA, ET ALL, *Improving the prognosis of health care in the USA*, in *The Lancet*, 395, 10223, 524-533, disponibile in: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)33019-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)33019-3/fulltext).