

Interventi

Il diritto internazionale ai tempi del (nuovo) Coronavirus: prime considerazioni sulla recente epidemia di 'COVID-19'

Concetta Maria Pontecorvo*

1. Rilievi introduttivi

L'improvvisa e rapidissima diffusione dei casi di contagio da nuovo *Coronavirus*¹, verificatasi negli ultimi due mesi a livello internazionale a partire – come noto – dalla città di Wuhan nella provincia cinese dell'Hubei, ha posto al centro dell'attenzione della Comunità internazionale (e dei media) il tema delle emergenze sanitarie di carattere epidemico e a potenziale pandemico. Ciò nuovamente, dopo le recenti gravi epidemie di Ebola in Africa².

Il rilievo crescente, al momento in cui si scrive (fine febbraio 2020), dell'emergenza da COVID-19, in ragione della sua diffusione attraverso focolai significativi anche in Corea del Sud, Iran e Italia, e la sua complessa dimensione³, sollecitano a compiere alcune considerazioni preliminari (come tali necessariamente sommarie) sui profili di diritto internazionale che vengono in rilievo nell'analisi delle (prime) reazioni da parte degli Stati e degli enti internazionali all'epidemia in atto.

Più specificamente si intende brevemente ricostruire e analizzare, alla luce delle norme del regime internazionale sulla *governance* delle emergenze sanitarie – e di quelle in tema di diritti umani che assumono indirettamente rilievo nella 'gestione' dei fenomeni epidemici in atto, la risposta da parte degli Stati coinvolti nel contagio e degli enti internazionali competenti rispetto a tale gestione. A tal fine, dopo una breve ricostruzione delle principali disposizioni del regime di *governance* delle emergenze citato (par. 2), ed una ricognizione delle iniziative (finora) adottate in risposta alla diffusione dell'epidemia dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), da altri enti internazionali e dagli Stati (interessati dal contagio e 'terzi') (par. 3), si verificherà – alla luce degli obblighi (statali) e dei diritti (umani, individuali e collettivi) 'in gioco' nella risposta all'epidemia da nuovo

* Professore associato di Diritto internazionale nell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di Economia, Management e Istituzioni (DEMI), via Cintia, Complesso Universitario Monte Santangelo – 80126 Napoli, pontecor@unina.it.

¹ Tecnicamente denominato 2019-nCoV o, anche, COVID-19.

² Quella, ben nota, del 2014-2016 in Africa occidentale, e quella, assai meno nota, in atto dal 2018 nella Repubblica Democratica del Congo.

³ Oltre che sanitaria anche giuridica, economica, sociale e politica.

Coronavirus – se e in che misura, *prima facie*, tale risposta appaia il linea con il dettato degli obblighi in questione e con le esigenze di bilanciamento da essi esplicitamente previste (par. 4 e 5). A questo proposito va incidentalmente chiarito che, nel compiere la verifica appena citata, non si procederà ad un'indagine analitica alla luce delle norme in tema di diritti umani ricavabili dagli strumenti internazionali, ma *solo* ad una 'prima valutazione', volta – semmai – ad aprire la strada a studi successivi. Ciò sia perché le informazioni al riguardo – se si eccettuano quelle riguardanti l'Italia – sono al momento ancora decisamente scarse; sia perché è certamente troppo presto per valutare (adeguatamente) prassi concrete di attuazione (o meno) degli obblighi internazionali rilevanti. Nel paragrafo successivo si formuleranno alcune (prime) riflessioni più generali su alcuni 'dati' che sembrano emergere dall'emergenza sanitaria in atto, dal punto di vista dell'*efficacia* dell'azione degli enti internazionali e della *coerenza* delle condotte degli Stati individualmente intesi nel quadro del regime internazionale di *governance* delle emergenze sanitarie (par. 6). Nell'ultimo paragrafo si darà conto infine di alcuni importanti sviluppi di prassi che – nelle more della pubblicazione di questo contributo – si sono registrati nella gestione dell'epidemia da COVID-19.

A titolo preliminare, è utile osservare, anzitutto, che il *Coronavirus* responsabile dell'epidemia in atto appartiene alla stessa 'famiglia' di quello responsabile della nota epidemia di SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) che nel 2002-2003 si diffuse sempre dalla Cina in diverse parti del mondo. Le similitudini epidemiologiche tra i due casi di malattie (SARS e COVID-19) sono peraltro rilevanti non solo sul piano medico ma anche, come avremo modo di rilevare, dal punto di vista giuridico. Inoltre, la notevole velocità di trasmissione del contagio da COVID-19 e la persistente incertezza sulle sue (esatte) caratteristiche epidemiologiche hanno, come vedremo, nuovamente messo a dura prova l'efficacia del regime giuridico internazionale sulla *governance* delle emergenze sanitarie che – come noto – fa capo all'Organizzazione mondiale della sanità ed è fondato sul suo Regolamento sanitario internazionale (RSI).

2. Il quadro normativo di riferimento in tema di *governance* internazionale delle emergenze sanitarie di rilievo globale: breve ricostruzione

Con riferimento a questo regime è utile ricordare che il RSI⁴ rappresenta l'unico strumento giuridico internazionale di carattere vincolante in materia di prevenzio-

⁴ *International Health Regulations* (2005³), 2016, adottato nella sua attuale formulazione dall'Assemblea dell'OMS nel maggio 2005 ed in vigore dal giugno 2007 per 196 Stati. Sul regime normativo del Regolamento si v., *ex multis*, D. FIDLER, "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations", in *Chinese Journal of International Law* 2005, p. 325 ss.; L. BOISSON DE CHAZOURNES, "Le pouvoir réglementaire de l'Organisation Mondiale de la Santé à l'aune de la santé mondiale: réflexions sur la portée et la nature du Règlement sanitaire international de 2005", in *Droit du pouvoir, pouvoir du droit. Mélanges offerts à Jean Salmon*, O. CORTEN, N. ANGELET, E. DAVID, P. KLEIN (sous la direction de), Bruxelles, 2007, p. 1157 ss.; P. ACCONCI, *Tutela della salute e diritto internazionale*, Padova, 2011, p. 153 ss.; M. FLEMING, "Combating the Spread of Disease: the International Health Regulations", in *Columbia Journal of Transnational Law* 2012, p. 85 ss.; S.E. DAVIES, J. YOUDE, "The IHR (2005), Disease Surveillance, and the Individual in the Global Health Politics", in *The International Journal of Human Rights* 2013, p. 133 ss.; L.O. GOSTIN, D. SHRIDHAR, D. HOUGENDBLER, "The Normative Authority of the World Health Organization", in *Public Health* 2015, vol. 129, p. 854 ss.

ne e controllo della diffusione internazionale delle malattie. A differenza delle sue precedenti versioni⁵, il RSI del 2005 riflette un approccio (più) ‘ampio’ e ‘dinamico’ al contrasto della diffusione internazionale delle malattie, fondato sulla cooperazione e sulla buona fede degli (e tra gli) Stati e sul ruolo centrale dell’OMS nella sorveglianza, valutazione del rischio e risposta alle emergenze sanitarie nonché nell’assicurare una risposta di salute pubblica al tempo stesso efficace, proporzionata e priva di ripercussioni non necessarie sui traffici e commerci.

Nel quadro normativo definito dal Regolamento gli Stati hanno l’obbligo generale di cooperare in buona fede, con l’Organizzazione e tra di loro. In particolare, in base all’art. 6, essi *sono tenuti* inoltre a: i) valutare gli ‘health events’ che si verificano sul proprio territorio, ii) notificare all’OMS (entro 24 ore) quelli che raggiungono una certa soglia di gravità, iii) comunicare all’Organizzazione dettagliate informazioni su tali eventi, e iv) adottare un’ampia serie di misure (dipendenti dalla natura e portata dell’evento in questione) delle quali devono, ugualmente, tempestivamente informare l’Organizzazione. Agli Stati l’art. 5 del RSI *chiede* anche di raggiungere e garantire una serie di ‘core capacities’, nell’ambito dei propri sistemi sanitari nazionali, dal punto di vista della propria capacità di identificazione, notifica e risposta a rischi ed emergenze di salute pubblica.

In base all’art. 12 del RSI, il Direttore generale (DG) dell’OMS ha il potere di dichiarare l’esistenza di una ‘emergenza di salute pubblica di rilievo internazionale’ (*public health emergency of international concern*, PHEIC), definita dall’art. 1 come un evento che «...constitute[s] a public health risk to other States through the international spread of a disease» e che «potentially require[s] a coordinated international response» (nostro il corsivo). Secondo l’art. 48 del Regolamento la dichiarazione di PHEIC può essere adottata dal DG solo dopo che questi abbia ricevuto informazioni (ed opinione) al riguardo da parte di un Comitato di emergenza, composto da esperti e istituito in occasione di ciascuna situazione oggetto di valutazione da parte del Direttore generale. Il Regolamento stabilisce anche che la determinazione del se un dato evento costituisca (o meno) una ‘emergenza di salute pubblica di rilievo internazionale’ deve essere basata, in primo luogo e soprattutto, sui dati epidemiologici disponibili; e che le principali fonti delle informazioni necessarie a questo fine sono gli stessi Stati ‘parti’ del RSI, attraverso le rispettive autorità nazionali, cui l’art. 7 del RSI impone di fornire all’Organizzazione «all relevant public health information»⁶.

L’art. 15 del RSI stabilisce inoltre che, dopo la dichiarazione di PHEIC, il DG dell’OMS può adottare delle ‘temporary recommendations’ rivolte agli Stati, contenenti delle misure urgenti che essi vengono *sollecitati* ad intraprendere per contenere l’epidemia sul piano interno e controllarne la diffusione a livello internazionale. Le ‘rac-

⁵ Caratterizzate (come già gli strumenti sanitari internazionali in vigore prima della creazione della stessa OMS) da un approccio ‘rigido’ e ‘passivo’, basato su una lista di malattie e su un’elencazione ugualmente predeterminata di misure statali ai fini del loro contrasto.

⁶ In alternativa, secondo l’art. 9, par. 1, del Regolamento, l’OMS può avvalersi per la propria determinazione dell’esistenza di una PHEIC delle informazioni contenute nei rapporti di altre (autorevoli) fonti, diverse dalle autorità governative. Pertanto, *in linea di principio*, gli Stati non sono le uniche fonti di informazioni sui dati epidemiologici rilevanti ai fini della dichiarazione di PHEIC. In relazione ai rapporti di fonte non-governativa, l’art. 10, par. 1, chiede all’OMS di verificarne il contenuto insieme agli Stati; in caso di mancata collaborazione da parte di questi ultimi, l’Organizzazione può tuttavia prescindere dal loro coinvolgimento in tale verifica (art. 10, par. 4).

comandazioni temporanee' del DG possono anche consistere nell'invito agli Stati a *non* introdurre misure riguardanti la circolazione di persone e merci che siano 'più restrittive del necessario' e 'non proporzionate' (rispetto alla gravità della situazione di emergenza sanitaria in corso). A proposito di questa ultima tipologia di 'raccomandazioni temporanee' del DG, è bene ricordare che, nella prassi, quelle riguardanti (la non introduzione di) restrizioni ai viaggi e commerci con i Paesi interessati da emergenza sanitaria spesso sono state disattese dagli Stati⁷, come accaduto ad esempio ancora di recente sia per quelle adottate nel caso dell'epidemia di Ebola del 2014-2016 in Africa occidentale⁸, sia per quelle riguardanti l'epidemia di Ebola in corso dal 2018 nella Repubblica Democratica del Congo⁹, oltre che – come vedremo – nel caso della emergenza da COVID-19 attualmente in corso.

Giova anche incidentalmente ricordare che nell'ambito del regime normativo del RSI *non* sono in realtà previste sanzioni, a garanzia degli obblighi sopracitati, in caso di loro violazione da parte degli Stati. E che, peraltro, stante la natura non vincolante delle raccomandazioni che il DG ha il potere di rivolgere agli Stati *ex art. 15*, in caso di loro mancato rispetto da parte di questi ultimi *non* si producono evidentemente per essi in concreto conseguenze giuridiche sul piano dell'illecito internazionale (fermo restando il loro oggettivo assoluto rilievo, e la loro sostanziale funzionalità, rispetto alla realizzazione dei fini dell'OMS). Inoltre, sebbene l'art. 56 del RSI preveda un sistema di risoluzione delle controversie attraverso il quale le violazioni delle sue disposizioni (e la conseguente responsabilità internazionale degli Stati) possono – in linea di principio – essere accertate, in realtà a tale strumento *non* è stato mai fatto ricorso.

Importanti ai fini della nostra analisi risultano poi, anzitutto, le disposizioni dell'art. 3 del Regolamento, il quale – nel fare riferimento ai principi che gli Stati *devono* rispettare nell'adempiere (tutte) le sue disposizioni – esplicitamente richiama (al par. 1) quelli in tema di dignità, diritti umani e libertà fondamentali individuali. Ugualmente importanti sono, inoltre, le disposizioni dell'art. 43 del Regolamento, in cui, nel prevedere la possibilità per gli Stati di adottare, in risposta ad una 'emergenza di salute pubblica di rilievo internazionale' o a specifiche situazioni di rischio, misure a tutela della salute *ulteriori* rispetto a quelle raccomandate dal DG nelle proprie 'temporary recommendations' («additional health measures»), si richiede anche che tali misure : i) non siano «more restrictive of international traffic and [...] more invasive or intrusive to persons than reasonably available alternative that would achieve the appropriate level of health protection» e che in ogni caso ii) esse assicurino «the same or greater level of health protection than WHO recommendations [...]»¹⁰. In relazione alle misure in esame si richiede, inoltre, che esse siano basate su: «a) *scientific principles*, b) *available scientific evidence of a risk to human health*

⁷ Sul tema delle possibili violazioni del RSI nella reazione alle emergenze sanitarie v., anche per ulteriori riferimenti bibliografici, A. SPAGNOLO, "Contromisure dell'OMS come conseguenza di violazioni dei regolamenti sanitari internazionali", in *La tutela della salute nel diritto internazionale ed europeo tra interessi globali e interessi particolari*, L. PINESCHI (a cura di), Napoli, 2017, p. 391 ss.

⁸ V. C.M. PONTECORVO, "La gestione delle emergenze sanitarie globali alla luce del caso Ebola: 'quid novi?'" in questa *Rivista* 2017, p. 587 ss., p. 595; e A. TEJPAR, S.J. HOFFMAN, "Canada's Violations of International Law during the 2014-2016 Ebola Outbreak", in *Canada Yearbook of International Law* 2017, vol. 54, p. 366 ss.

⁹ V. P. VILLAREAL, "Public International Law and the 2018-2019 Ebola Outbreak in the Democratic Republic of Congo", in *EJIL: Talk!*, 1 agosto 2020, disponibile su www.ejiltalk.org.

¹⁰ Art. 43, par. 1.

[...], and c) any available specific guidance or advice from WHO»¹¹. Infine, agli Stati che nel rispetto delle condizioni appena indicate adottino misure in grado di incidere sui traffici internazionali, lo stesso articolo impone anche, da un lato, di trasmetterne all'OMS sia la motivazione (in termini di benefici di salute pubblica) sia le informazioni scientifiche rilevanti alla base di esse¹²; e, dall'altro, di comunicarne all'OMS, entro 48 ore, l'adozione¹³. Obiettivo ultimo di questa disposizione del Regolamento è, chiaramente, di evitare che gli Stati, per (asserite) esigenze sanitarie di tutela della salute pubblica, adottino (autonomamente) misure interne protettivo-restrittive che siano – al tempo stesso – *non necessarie, non proporzionate* al rischio sanitario esistente e in grado di esercitare un *impatto negativo* sui diritti individuali o sui traffici internazionali. Ciò in quanto, evidentemente, la (possibilità della) loro adozione costituisce, per gli Stati potenzialmente destinatari di esse, un concreto disincentivo rispetto al comunicare all'OMS il manifestarsi sul proprio territorio di rischi per la salute di rilievo internazionale (in ragione delle restrizioni commerciali alle quali essi potrebbero essere conseguentemente assoggettati dagli altri Stati).

Il quadro normativo appena illustrato rappresenta il contesto giuridico di riferimento in cui si collocano (e rispetto al quale vanno valutate) le misure fino ad ora adottate in risposta all'epidemia di COVID-19 dall'OMS e dagli Stati individualmente considerati.

3. La risposta dell'OMS, di alcuni enti internazionali e degli Stati al fenomeno epidemico di 'COVID-19'

A tal proposito va preliminarmente osservato che, il 31 dicembre 2019, l'OMS ha ricevuto comunicazione dalle autorità cinesi del verificarsi sul proprio territorio di alcuni focolai di polmonite di ignota causa¹⁴. All'Organizzazione la Cina ha anche dato notizia: a) di aver avviato immediati accertamenti sanitari diretti a caratterizzare adeguatamente e controllare l'evento in atto, b) di aver subito adottato idonee misure sanitarie di contenimento (isolamento delle persone contagiate, monitoraggio dei contatti e raccolta dei relativi dati epidemiologici e clinici), c) di aver inoltre isolato, (il 7 gennaio) da pazienti infetti nella città di Wuhan, un nuovo *Coronavirus*, e d) di averne prontamente condiviso la sequenza genetica nell'ambito della banca dati *open-access* GISED (*Global Initiative on Sharing All Influenza Data*).

In risposta, l'OMS ha istituito un Comitato di emergenza incaricato di valutare – a fronte di dati di crescente e rapida diffusione del contagio da COVID-19 in vari Paesi, peraltro non solo asiatici – l'esistenza o meno di una PHEIC con riferimento a tale situazione. In occasione della sua prima riunione (22 e 23 gennaio) il Comitato, sottolineando la carenza di informazioni adeguate sulle caratteristiche epidemiologiche, l'origine, la capacità di diffusione e la catena di trasmissione del virus responsabile dei contagi¹⁵, e la conseguente mancanza di unità di vedute al proprio interno, ha ritenuto *non* sussistenti i presupposti per una PHEIC. Il Comitato ha perciò sollecitato le autorità cinesi a fornire

¹¹ Art. 43, par. 2, nostro il corsivo.

¹² Art. 43, par. 3.

¹³ Art. 43, par. 5.

¹⁴ V. OMS, *Pneumonia of Unknown Cause – Cina*, Disease Outbreak News, 5 gennaio 2020.

¹⁵ V. OMS, *Statement on the First Meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCoV)*, 23 gennaio 2020.

maggiori informazioni, in quanto strettamente funzionali ad una (più adeguata) valutazione del rischio esistente di (ulteriore) diffusione internazionale del fenomeno epidemico in atto, e dunque ai fini delle proprie determinazioni al riguardo. Incidentalmente, con riferimento a questa decisione del Comitato, va rimarcato il rilievo – di fatto assoluto – assunto nel sistema internazionale di gestione delle emergenze sanitarie facente capo all'OMS dalle informazioni fornite *dagli Stati* sulle situazioni di carattere epidemico/pandemico da essi registrate sul proprio territorio, data la carenza da parte dell'Organizzazione di un'*autonoma* capacità di sorveglianza e raccolta di informazioni sul campo su scala mondiale e la sua conseguente 'dipendenza' dalle notizie e dati forniti al riguardo dagli Stati membri in occasione di 'health events'. La *tempestiva* cooperazione degli Stati in cui tali eventi si verificano nella trasmissione informazioni all'Organizzazione è quindi cruciale ai fini del funzionamento (e dell'*efficacia*) del sistema stesso; e, come vedremo, ha assunto particolare rilievo anche nel caso dell'emergenza da COVID-19. Il 30 gennaio, alla luce delle valutazioni compiute nella sua seconda riunione dal Comitato di emergenza in base alle informazioni trasmesse dalla Cina e ai dati forniti da altri Stati sull'ulteriore e assai rapida diffusione dei contagi, il DG dell'OMS ha dichiarato l'esistenza di una PHEIC in relazione al nuovo ceppo di *Coronavirus*, adottando, peraltro, una serie di 'raccomandazioni temporanee' dirette alla Cina ed agli altri membri della Comunità internazionale¹⁶.

Alle autorità cinesi il DG ha raccomandato, in particolare, *inter alia*: di adottare adeguate misure di comunicazione e informazione, non solo sugli sviluppi del virus (e sui rischi ad esso associati) ma, anche, sulle misure di prevenzione e protezione decise; di cooperare attivamente con i partner internazionali per identificare l'origine epidemiologica del virus e le modalità di suo contenimento; e di portare avanti gli sforzi in atto diretti all'identificazione dell'origine (zoonotica) dell'epidemia. Alla Cina l'OMS ha anche raccomandato di condurre degli *screening* dei passeggeri in uscita presso i propri aeroporti e porti «with the aim of early detection of symptomatic travelers for further evaluation and treatment, while minimizing interference with international traffic»¹⁷. Malgrado la raccomandazione delle misure di *screening*, l'Organizzazione *ha escluso* dall'ambito delle proprie *temporary recommendations* del 30 gennaio alla Cina (e come vedremo agli altri Stati) l'adozione di misure di restrizione commerciale o ai viaggi, ritenute al momento *non necessarie* sulla base delle informazioni in proprio possesso circa lo sviluppo del virus¹⁸.

Agli altri Stati, sulla base del rilievo che «further international exportation of cases may appear in any country», l'OMS ha raccomandato anzitutto (ad ogni Stato) di adottare adeguate misure di contenimento del contagio. Inoltre, dopo aver ribadito l'esistenza per gli Stati in base al RSI di un *obbligo* informativo nei confronti dell'Organizzazione su ogni evoluzione del virus nonché sulla scoperta di nuovi casi e sulle misure di prevenzione e contenimento adottate, il DG ha anche evidenziato il pericolo che talune misure di prevenzione o contenimento del contagio possano incentivare atteggiamenti discriminatori nei confronti di individui e/o comunità. All'intera Comunità internazionale il DG ha

¹⁶ V. OMS, *Statement on the Second Meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCoV)*, 30 gennaio 2020.

¹⁷ *Ibidem*, nostro il corsivo.

¹⁸ Sul punto v. ancora OMS, *Statement on the Second Meeting*, cit.; e già precedentemente, nello stesso senso, OMS, *Updated WHO Advice for International Traffic in Relation to the Outbreak of the Novel Coronavirus 2019-nCoV*, 27 gennaio 2020.

raccomandato, invece, un supporto (non meglio precisato) ai Paesi in via di sviluppo, al fine di potenziarne la capacità di risposta al virus, oltre a rimarcare l'*obbligo* per tutti gli Stati di comunicare all'OMS ogni restrizione, da essi posta in essere per prevenire il contagio, tale da interferire con il traffico internazionale di merci o persone, nonché di darne adeguata giustificazione (scientifica).

Per quanto riguarda, più in generale, il ruolo (finora) svolto dall'OMS rispetto all'emergenza sanitaria da COVID-19 alla luce dei poteri di cui l'Organizzazione istituzionalmente dispone, va rilevato come essa abbia sostanzialmente assunto la posizione di (e stia conseguentemente operando quale) ente internazionale di riferimento nella sua gestione, fornendo peraltro attraverso il proprio sito e segretariato informazioni (dettagliate e quotidiane) sia sull'evoluzione dell'epidemia sia sulle misure di contrasto adottate dagli Stati interessati dal contagio (oggetto peraltro di suo diretto monitoraggio) e conducendo in particolare un'azione: a) di guida e assistenza agli Stati e operatori sanitari (anche attraverso regolamentazioni tecnico-operative rese disponibili on-line), b) di coordinamento della ricerca su vaccini, antivirali e diagnostica, e altresì c) di 'orientamento' (benché nei limiti di cui diremo più avanti) della risposta internazionale sul piano normativo, attraverso le disposizioni del proprio RSI. L'OMS ha inoltre anche d) promosso una serie di riunioni tecniche di esperti, sia per accrescere consapevolezza e consenso sul piano scientifico circa le misure e strategie più idonee nella lotta all'emergenza in atto; sia per contrastare la significativa disinformazione (e/o manipolazione di notizie, talora deliberata) che ha certamente contribuito ad accrescere ansia, senso di impotenza e reazioni talora del tutto irrazionali in più Paesi¹⁹.

Con riferimento alle misure di contrasto adottate da altri enti, vanno sinteticamente menzionate, ad esempio e senza pretesa alcuna di completezza, tra quelle a livello regionale le iniziative adottate dall'Unione europea²⁰. Sul piano squisitamente operativo e/o finanziario vanno poi citate (di nuovo senza pretesa di completezza) le iniziative di assistenza ai Paesi colpiti dal contagio intraprese, oltre che dalla stessa OMS²¹, quelle delle Nazioni Unite²² e infine quelle della Banca mondiale²³.

A proposito infine delle misure adottate (individualmente) dagli Stati in risposta all'emergenza sanitaria da *Coronavirus* in atto, con riferimento anzitutto al caso della Cina va rilevato che le autorità cinesi, dopo un'iniziale 'rigidità' (in termini di 'controllo' delle notizie) rispetto agli eventi in atto, hanno complessivamente mostrato un atteggiamento di maggior trasparenza e cooperazione (rispetto a quanto accaduto nel caso dell'epidemia di SARS del 2002-2003), comunicando quotidianamente la propria situazione epidemio-

¹⁹ Sulle iniziative e il ruolo dell'OMS nella risposta all'epidemia da COVID-19 si v. *amplius* G.L. BURCI, "The Outbreak of COVID-19 Coronavirus: Are the International Health Regulations Fit for the Purpose?", in *EJIL: Talk!*, 27 febbraio 2020, disponibile su www.ejiltalk.org.

²⁰ Sul punto v. ampiamente F. CASOLARI, "Prime considerazioni sull'azione dell'Unione ai tempi del Coronavirus", in *Eurojus*, 2 marzo 2020, disponibile su rivista.eurojus.it.

²¹ Attraverso il Programma sulle emergenze sanitarie e il nuovo Fondo per le emergenze (creati all'indomani dell'epidemia di Ebola del 2014-2016), lo *Strategic Preparedness Response Plan* (adottato specificamente per l'emergenza COVID-19), e la raccolta di contributi finanziari da parte di Stati e di altri soggetti sia pubblici che privati.

²² Mediante il proprio Fondo centrale per le emergenze, con iniziative a favore della stessa OMS e dell'UNICEF.

²³ Con un primo intervento, attraverso il *COVID-19 Support Package*, di 12 miliardi di dollari di nuovi finanziamenti.

logica e accettando di avvalersi dell'assistenza *in loco* di un *team* di supporto dell'OMS, oltre ad intraprendere, come noto, nelle zone del proprio territorio maggiormente interessate dai focolai di contagio, una serie di misure – assai severe ed ampie, sia nel contenuto che nella loro concreta portata applicativa – di controlli sanitari obbligatori, di rigidissima limitazione degli spostamenti, di isolamento e/o 'quarantena forzata' nei confronti di milioni di persone²⁴. Tali misure se certamente, in linea di principio, sollevano assai delicate questioni di violazione dei diritti (umani individuali) delle persone in esse coinvolte, di fatto configurano evidentemente, almeno *prima facie*, una 'compressione' di detti diritti e libertà necessitata (e quindi legittimata) da esigenze di salute pubblica in un contesto emergenziale.

Quanto poi alle misure di risposta adottate dagli altri Stati, è altrettanto noto che, in pressoché tutti i Paesi nei quali il contagio da COVID-19 ha cominciato gradualmente a diffondersi (pur se, almeno inizialmente, in modo non uniforme dal punto di vista della numerosità e gravità delle manifestazioni epidemiche del virus), i rispettivi governi (e talora anche gli operatori economici, soprattutto quelli del settore aereo), hanno anch'essi più o meno immediatamente introdotto una pluralità e varietà di misure 'protettive', a tutela della salute pubblica, dirette – a seconda dei casi – alla prevenzione, controllo e/o contenimento del contagio. In Italia, ad esempio, quelle previste (dopo la formale dichiarazione dello 'stato di emergenza nazionale') con il d.l. 23 febbraio 2020 n. 6 contenente misure urgenti di contenimento dell'emergenza, e le relative disposizioni attuative contenute in diversi successivi d.P.C.M.²⁵.

Tra queste vanno annoverate, a titolo di esempio, quelle relative alla limitazione delle libertà di movimento e circolazione delle persone e all'introduzione per esse di controlli sanitari, che sono state adottate sia a livello internazionale (*screening* alla frontiera su persone in arrivo, partenza o transito, conseguenti eventuali misure di quarantena obbligatoria in caso di positività al contagio – o, a volte, anche solo in caso di provenienza da Paesi con elevati livelli di diffusione dell'epidemia, limitazioni nei voli da o verso i Paesi interessati da manifestazioni epidemiche) sia a livello statale (limitazione degli accessi a – o totale chiusura di – zone interessate da focolai di contagio, previsione in tali zone di controlli ampi o obbligatori con imposizione di misure di isolamento/quarantena più o meno generalizzate).

È importante osservare che le misure in esame sono state complessivamente adottate da parte delle autorità statali nonché da parte di operatori economici con diversi (non sempre adeguati) livelli di intensità (e proporzionalità) rispetto al rischio sanitario in atto; inoltre, non sempre esse sono state notificate all'OMS (come invece richiesto dal RSI); e in alcuni casi esse sono state introdotte – come già accaduto in precedenti casi di emergenze sanitarie di rilievo internazionale – *in spreghio* delle raccomandazioni del DG²⁶. Con

²⁴ Per un'accurata ricostruzione v. OMS, *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 16-24 febbraio 2020. V. anche J. BELLUZ, "China's Draconian Response to the New Coronavirus, Explained by a China Expert", 4 febbraio 2020, disponibile su www.vox.com; e S. LEE MYERS, S.L. WEE, "As Fears of a Pandemic Mount, W.H.O. Says World is Not Ready", in *The New York Times*, 24 febbraio 2020, disponibile su www.nytimes.com.

²⁵ Su tali misure v. *infra* il par. 7.

²⁶ In particolare, di quella di non introdurre divieti alla circolazione di persone e merci da e verso i Paesi interessati dal contagio, divieti ritenuti, come si è visto, dal DG nella sue raccomandazioni temporanee del 30 gennaio, non necessari in quanto non proporzionati rispetto alla valutazione del rischio compiuta a quel momento in riferimento alla situazione di emergenza sanitaria originata dal 'nuovo Coronavirus'. Per un primo commento al riguardo v. R. HABIBI, G.L.

riferimento a questo ultimo caso di misure adottate, si può ad esempio citare – *ex multis* – il divieto assoluto di ingresso sul proprio territorio introdotto dagli Stati Uniti per gli stranieri provenienti dalla Cina due giorni *dopo* la dichiarazione di PHEIC da parte del DG e *senza* alcun riferimento né a tale dichiarazione né alle ‘temporary recommendations’ conseguentemente adottate dallo stesso DG.

È ugualmente importante rimarcare che, soprattutto inizialmente (prima cioè della diffusione più ampia ed ‘internazionale’ dei contagi) le misure ‘protettivo-restrittive’ a tutela della salute pubblica sono state in alcuni casi adottate da taluni Stati (od operatori economici del settore aereo) con riferimento i) ai viaggi da e verso la Cina, ii) ai collegamenti con altri Paesi (più o meno significativamente interessati dal contagio), o ancora in relazione iii) all’imposizione di periodi di quarantena ai propri cittadini di ritorno da tali Paesi, sulla base di (asserite) motivazioni di c.d. ‘massima precauzione’, a fronte cioè di rischi – al momento dell’adozione delle misure in questione – *solo* ipotetici e *del tutto* eventuali²⁷. Va infine ricordato che, in alcuni casi, motivazioni di tutela della salute pubblica sono state (pretestuosamente) invocate dagli Stati/operatori economici (internazionali o nazionali) per motivare misure restrittive di libertà e diritti di taluni *specifici* individui o gruppi (cinesi, asiatici e... italiani!), addirittura *in assenza* di *qualsiasi* rischio sanitario ad essi *realmente* associato; misure queste evidentemente determinate – solo – da ragioni xenofobe e discriminatorie²⁸.

Le varie tipologie di misure protettivo-restrittive adottate dagli Stati in risposta all’emergenza di COVID-19 sollevano evidentemente in generale questioni significative riguardo all’ampiezza e portata dei loro poteri ‘emergenziali’ (a tutela della salute); ed altresì riguardo al rilievo assunto, rispetto a tali poteri, dalle norme sui diritti umani nella prospettiva di garantire la *proporzionalità* delle misure in questione rispetto al (*concreto*) rischio (di salute *pubblica*) esistente ed evitare quindi *responsabilità* – sul piano internazionale²⁹ ed interno – per violazione di una pluralità di diritti umani (*individuali*) da esse variamente ‘toccati’. Giova comunque incidentalmente rilevare che, come avremo modo

BURCI, T.C. DE CAMPOS ET AL., “Do Not Violate the International Health Regulations During the COVID-19 Outbreak”, in *The Lancet*, 13 febbraio 2020.

²⁷ Così, ad esempio, quelle inizialmente adottate (a fine gennaio) dalle autorità italiane per giustificare la sospensione (totale) dei voli da e verso la Cina, o quelle riguardanti i voli da e verso l’Italia introdotte da alcuni Paesi nelle settimane successive (a fronte della *graduale* crescita del numero di contagi soprattutto nelle regioni settentrionali italiane); o, ancora, i rifiuti – ampiamente riportati dalla stampa – irragionevolmente opposti dalle autorità di cinque Stati (Giappone, Guam, Filippine, Thailandia e Taiwan) allo sbarco dei passeggeri della nave da crociera *Westerdam*; e la stessa decisione delle autorità giapponesi di diniego di sbarco e di messa in quarantena a bordo dei 3600 passeggeri della *Diamond Princess* nel porto di Yokohama (decisione seguita, come noto, da una *successiva* diffusione incontrollata del contagio tra i viaggiatori, da decessi e da iniziative individuali di rimpatrio dei propri cittadini da parte di alcuni Paesi).

²⁸ Come rilevato dallo stesso Alto commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Bachelet: v. OHCHR, *Coronavirus: Human Rights Need to Be Front and Centre in Response*, Says Bachelet, 6 marzo 2020.

²⁹ Per una (prima ma analitica) disamina delle misure statali di risposta all’epidemia di COVID-19 attraverso il prisma (e le categorie) della responsabilità internazionale degli Stati, *anche* in relazione alle possibili – rilevanti – implicazioni di queste misure in termini di economia globale, di catene di fornitura e di rapporti economico-commerciali internazionali v. il contributo (in due parti, dal medesimo titolo) di F. PADDEU, “COVID-19 and Defences in the Law of State Responsibility”, in *EJIL: Talk!*, 17 marzo 2020, disponibile su www.ejiltalk.org.

di precisare più avanti, per poter valutare la legittimità sul piano del diritto internazionale di tali misure è utile in realtà distinguere, preliminarmente, tra: i) le misure protettive prese dagli Stati *in attuazione* dei propri impegni internazionali quali definiti dal regime normativo del RSI (e/o al fine di dare seguito alle raccomandazioni del DG dell'OMS nel quadro di tale regime) e in risposta a fenomeni epidemici il cui rischio è stato valutato come (già) concreto o (almeno) 'concretamente' possibile, ii) le misure a tutela della salute *ulteriori* rispetto a quelle 'internazionalmente' imposte o raccomandate nel quadro del regime del RSI da essi adottate in risposta a fenomeni epidemici in atto o dal possibile verificarsi; e nell'ambito di queste ultime (misure 'ulteriori') iii) quelle di carattere per così dire 'puramente interno' (prive cioè di qualsiasi riconducibilità alle norme o raccomandazioni del regime internazionale del RSI) e di natura (esclusivamente) *precauzionale*, cioè adottate a fronte di fenomeni epidemici il cui rischio è valutato come *solo* eventuale e *del tutto* astratto ed eventuale.

4. Gli obblighi statali e i diritti umani (individuali e collettivi) in gioco. Prime valutazioni sul loro rispetto da parte degli Stati inizialmente coinvolti nell'epidemia, la Cina...

Dall'illustrazione, fin qui fatta, delle norme del sistema internazionale per la *governance* delle situazioni di emergenza sanitaria di rilievo internazionale e delle misure di risposta che, nel caso dell'epidemia da COVID-19 in corso, sono state finora adottate dall'OMS e dagli Stati individualmente considerati, emerge come, sul piano della valutazione di tali misure, vengano in rilievo una pluralità di obblighi (degli Stati) e di diritti (umani, di carattere sia individuale che collettivo). Su di essi è ora opportuno riflettere nella prospettiva di svolgere, in questo e nel successivo paragrafo, alcune considerazioni (necessariamente brevi e del tutto preliminari) sulla legittimità delle misure (ad oggi) adottate dalla Cina e dagli altri Stati particolarmente coinvolti nelle fasi iniziali della diffusione dei contagi; prima di soffermarsi brevemente (nel paragrafo conclusivo) sull'efficacia dell'azione fin qui condotta dagli organismi internazionali coinvolti (*in primis*, ovviamente, l'OMS) e su alcune evidenze che dall'emergenza COVID-19 ci sembrano scaturire.

Con riferimento alle iniziative degli Stati, e partendo dalle misure adottate dalle autorità cinesi, occorre rilevare – accanto alla (già citata) indubbia maggiore trasparenza e cooperazione da esse mostrate, rispetto al caso della SARS, nell'adempimento generale degli obblighi internazionali di informazione e successiva comunicazione – un rispetto probabilmente non del tutto adeguato, in particolare, dell'obbligo di *tempestiva* notifica *iniziale* dell' 'health event' registrato in alcune zone del proprio territorio³⁰. Tale disposizione impone agli Stati di provvedere assai prontamente a tale notifica³¹, laddove dubbi sono stati avanzati circa il suo (puntuale) adempimento da parte della Cina nei confronti dell'OMS nelle fasi *iniziali* di manifestazione dei primi *focolai* di contagio sul proprio territorio nella città di Wuhan e nelle zone limitrofe. L'intempestiva iniziale notifica all'OMS, da parte delle autorità cinesi, dell'evento occorso ed in atto, potrebbe forse al-

³⁰ Previsto come già osservato dall'art. 6 del RSI.

³¹ Prevedendo in particolare che essa venga effettuata «by the most efficient means of communication available [...] and *within 24 hours of assessment of public health information*» (il corsivo è nostro).

très configurare una (indiretta) violazione, da parte di tali autorità, degli obblighi posti dall'art 12.2 del Patto delle Nazioni Unite del 1966 sui diritti economici, sociali e culturali con riferimento al diritto alla salute quale bene giuridico tutelato dal diritto internazionale. Per garantire adeguatamente tale diritto, in base alla disposizione citata del *Covenant* tutti gli Stati hanno infatti l'obbligo (e il dovere) di porre in essere *tutte* le misure necessarie per realizzare «[t]he prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases»³². Indubbiamente, dunque, la non immediata (e perciò inadeguata) notifica degli eventi in atto sul proprio territorio da parte della Cina potrebbe configurare una violazione (indiretta) del dovere su di essa ricadente in relazione all'adozione delle misure necessarie rispetto al fine indicato dalla richiamata disposizione del Patto. È interessante inoltre osservare che gli obblighi imposti dall'art. 12, par. 2 ad ogni Stato intendono garantire, come noto, il diritto «of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health», senza che rilevi – almeno in linea di principio, nel silenzio del Patto al riguardo – la *cittadinanza* degli individui titolari di tale diritto.

Peraltro, la condotta delle autorità cinesi nelle fasi iniziali della diffusione dell'epidemia da COVID-19 merita di essere valutata anche alla luce delle norme della Convenzione di Chicago sull'aviazione civile internazionale (in vigore dal 4 aprile 1947 e della quale la Cina è parte contraente insieme a 192 Stati), dal punto di vista dell'adeguato adempimento dell'obbligo – posto per gli Stati dall'art. 14 della Convenzione – di adottare «effective measures to prevent the spread by means of air navigation of [...] communicable diseases»³³. Per effetto di tale obbligo, infatti, gli Stati contraenti sono tenuti in particolare a garantire che l'avvio dell'epidemia di qualsiasi malattia trasmissibile sia notificato in modo tempestivo, di modo da prevenirne la diffusione attraverso il traffico aereo. Una valutazione dell'eventuale contributo (ove ricostruibile) alla diffusione internazionale dei contagi da COVID-19 da parte dei traffici aerei dalla Cina³⁴ potrebbe evidentemente fornire indicazioni utili dal punto di vista della verifica dell'adempimento (o meno) da parte della Cina degli obblighi citati per essa derivanti dalla Convenzione.

Inoltre, sempre con riferimento alle iniziative delle autorità cinesi, alcune misure *particolarmente stringenti* da esse introdotte in risposta all'emergenza da COVID-19³⁵ e suscettibili di rilevanti implicazioni dal punto di vista della violazione del diritto individuale alla riservatezza³⁶, sebbene adottate per finalità di controllo e contenimento di

³² Nostro il corsivo.

³³ Nostri i corsivi.

³⁴ Avvenuti *prima* della notifica da parte cinese all'OMS dei focolai epidemici riscontrati sul proprio territorio e dell'adozione da parte della stessa Cina delle misure di *screening* su tali traffici su sollecitazione dell'OMS.

³⁵ Quali, ad esempio, quelle consistenti nel ricorso ad applicazioni capaci di tracciare i movimenti delle persone infette durante la quarantena, nella rilevazione della temperatura corporea di persone per strada attraverso telecamere di sicurezza fornite di tecnologia ad infrarossi e di rilevamento facciale, o ancora nel monitoraggio dei passeggeri nei mezzi di trasporto. V. L. KUO, "The New Normal: China's Excessive Coronavirus Public Monitoring Could Be Here to Stay", in *The Guardian*, 9 marzo 2020, disponibile su www.theguardian.com; e anche T.W. MARTIN, L. LIN, "Fever-Detecting Goggles and Disinfectant Drones: Countries Turn to Tech to Fight Coronavirus", in *Wall Street Journal*, 10 marzo 2020, reperibile su www.wsj.com.

³⁶ Data l'immediata trasmissione all'autorità pubblica di molti dei dati *privati* rilevati nei modi sopra indicati (v. P. MOZUR, R. ZHONG, A. KROLIK, "In Coronavirus Fight China Gives Citizens a

un'epidemia in atto ed in continua diffusione (e, come tali compatibili, *in principio*, con le deroghe previste alle norme sui diritti umani *individuali* per esigenze di tutela della salute *pubblica*), sollevano, *in realtà*, peculiari questioni di (proporzionalità e quindi) legittimità alla luce degli obblighi internazionali di tutela di tali diritti, sulle quali non è qui possibile soffermarsi analiticamente. Problematiche in termini di legittimità sul piano dei diritti umani ci sembrano poi le misure di limitazione delle libertà di espressione/stampa/informazione che, secondo quanto denunciato da alcune ONG³⁷, sono state praticate dalle autorità cinesi, soprattutto nelle prime settimane di diffusione del contagio da COVID-19 sul proprio territorio, ed a fronte di non adeguate motivazioni da parte delle stesse autorità circa la *necessità* di 'compressione' delle libertà in questione (ai fini del contrasto all'emergenza in atto o per altre esigenze meritevoli di tutela).

Meno problematiche, almeno *prima facie*, ci sembrano invece le altre misure protettive di prevenzione e contenimento dei contagi, più tradizionali nelle forme benché draconiane per contenuto e concreta portata, che sono state successivamente introdotte dalla Cina (e gradualmente, sia pure in maniera meno severa, almeno inizialmente, anche da altri Stati) nelle settimane di prima crescente e poi addirittura esponenziale diffusione del virus a partire dai suoi focolai iniziali. Tali misure, come già rilevato e come avremo modo di osservare più avanti (a proposito delle delicate questioni di bilanciamento che esse sollevano, già alla luce delle disposizioni del RSI, ma poi anche nella prospettiva più ampia del coordinamento con i principi e le norme internazionali in tema di diritti umani), paiono infatti solitamente necessitate da indubbie (quando fondate) esigenze emergenziali di tutela della salute (pubblica); e paiono quindi – in tal senso – sostanzialmente in linea (salvo evidenza di prova contraria) con i principi di necessità, legittimità e proporzionalità che rilevano, ai fini delle limitazioni dei diritti umani (individuali) ad esse associati, nell'ambito delle deroghe per finalità di tutela della salute pubblica previste, come noto, per tali diritti negli strumenti internazionali (e regionali) di loro tutela. I diritti che qui vengono in rilievo sono evidentemente, soprattutto, quelli alla circolazione e movimento e alla riservatezza³⁸. Ma in realtà rilievo possono anche assumere i diritti di riunione, di associazione, di libertà di culto, alla stessa salute (individuale)³⁹ e diversi altri, a seconda della portata delle restrizioni introdotte dagli Stati con le misure protettive a tutela della salute (pubblica) da essi adottate.

Colour Code with Red Flags”, in *The New York Times*, 1 marzo 2020, reperibile su www.nytimes.com).

³⁷ Con riferimento ad incisive attività di censura da parte del governo cinese sulle informazioni di varia fonte riguardanti il virus, su cui v. ad es. *Amnesty International*, il comunicato del 6 febbraio 2020, disponibile su www.amnesty.it.

³⁸ Sanciti, rispettivamente, a livello internazionale, dall'art. 12 e dall'art. 17 del Patto delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici (nonché, a livello regionale europeo, dall'art. 2 del Protocollo n. 4 addizionale alla Convenzione europea dei diritti umani e dall'art. 8 di quest'ultima). Tali diritti rilevano, ad esempio, nel caso di misure statali di imposizione di restrizioni più o meno ampie alla libertà di movimento individuale (sul piano interno o internazionale) o di introduzione di controlli sanitari obbligatori, anche reiterati, a fini preventivi, di controllo o di contenimento dei contagi.

³⁹ Riconosciuti, rispettivamente, a livello internazionale, dagli art. 21-22 e dall'art. 18 del Patto sui diritti civili e politici, e dall'art. 12 del Patto sui diritti economici, sociali e culturali (nonché, nel quadro regionale della Convenzione europea dei diritti umani, dai suoi art. 11 e 9 con riferimento alle libertà di riunione/associazione e di culto).

5. (Segue) ...e gli altri Stati di prima diffusione del contagio e sul loro (talora problematico) 'bilanciamento' nel corso dell'epidemia in atto

Per quanto riguarda la valutazione delle misure 'protettive' adottate dagli altri Stati (finora) coinvolti nell'emergenza epidemiologica da COVID-19, oltre a richiamarsi ovviamente per esse – *mutatis mutandis* – quanto già osservato a proposito delle condotte tenute e delle misure protettivo-restrittive adottate dalla Cina (molte delle quali, come osservato e come noto, sono state poi introdotte da tali Stati, tra cui l'Italia), ci sembra utile, al fine di sviluppare alcune ulteriori considerazioni sulla legittimità di tali misure, con riferimento – in particolare – alle eterogenee tipologie e forme da esse in concreto assunte, riprendere la distinzione, già precedentemente menzionata, tra: i) misure protettivo-restrittive a tutela della salute pubblica introdotte dagli Stati in attuazione di obblighi o per dare seguito a raccomandazioni dell'OMS, ii) misure autonomamente adottate dagli Stati, per gli stessi fini e 'in aggiunta' a quelle previste nell'ambito del regime normativo del RSI, nel rispetto delle condizioni previste dall'art. 43 dello stesso Regolamento, e iii) misure invece 'puramente interne', adottate cioè dagli Stati *senza* essere riconducibili a obblighi o raccomandazioni del regime normativo del RSI, e caratterizzate da finalità protettivo-precauzionali (ovvero introdotte essenzialmente a fronte di una valutazione di rischio sanitario *solo* eventuale e *astrattamente* potenziale dal punto di vista della sua concreta producibilità).

Evidentemente le tre tipologie di misure appena citate, tutte riscontrabili nella recente prassi della risposta degli Stati all'emergenza da COVID-19, hanno sul piano internazionale un diverso fondamento e, quindi, un diverso grado di legittimità. Solo infatti quelle riconducibili alle prime due tipologie di misure sopraelencate appaiono internazionalmente legittime, in quanto (e nella misura in cui) direttamente o indirettamente riconducibili ad obblighi o raccomandazioni del regime internazionale di *governance* delle emergenze sanitarie definito dal RSI⁴⁰. Tale regime, come si è visto, nel prevedere che gli Stati adottino misure attuative degli obblighi di prevenzione, controllo e contenimento ad essi imposti per finalità di tutela della salute pubblica in caso di diffusione di malattie trasmissibili o fenomeni epidemici, dispone anche, in primo luogo, che tali misure si conformino al limite (generale) del rispetto di una serie di principi (previsti dall'art. 3), tra i quali quello di «... dignity, human rights and fundamental freedoms of persons...»⁴¹, esplicitando in tal modo l'obbligo generale per gli Stati di rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali nell'adozione di queste misure. In secondo luogo, nel riconoscere la possibilità agli Stati di introdurre, attraverso le misure protettive in questione, limitazioni e/o restrizioni ai traffici e commerci, il regime del RSI richiede anche, sempre sul piano generale, che tali limitazioni siano tuttavia *necessarie* rispetto ai fini che perseguono e *proporzionate* al rischio sanitario esistente⁴². Inoltre, per quanto riguarda, in particolare, la seconda tipologia di misure sopraelencate, ovvero quelle protettive 'addizionali' rispetto a quelle imposte o raccomandate dall'OMS per finalità di salute pubblica, il regime inter-

⁴⁰ In particolare in base agli art. 6, 15 e 43 e alle ulteriori 'condizioni' poste dagli art. 2 e 3.

⁴¹ Art. 3.1.

⁴² Art. 2.

nazionale del RSI prevede per esse⁴³ una serie di requisiti aggiuntivi che dette misure *devono* rispettare (ovvero: a) di uguale o miglior realizzazione, da parte di dette misure rispetto alle misure imposte/raccomandate dall'OMS, delle finalità di salute pubblica, b) di necessità e non eccessività dal punto di vista delle restrizioni che esse introducono sia nei traffici internazionali sia sui diritti umani individuali, nonché c) di comunicazione tempestiva all'OMS della loro adozione, e d) di dimostrazione della *ratio* di salute pubblica e del fondamento scientifico alla base di esse). Pertanto, nella misura in cui le 'condizioni di legittimità' per esse previste dal RSI sono rispettate, le misure riferibili alla prima e seconda categoria citate sono appunto (internazionalmente) legittime.

Le misure protettive della terza tipologia, quelle 'puramente interne' ed a fondamento (meramente) precauzionale, evidentemente risultano in principio non fornite di 'copertura' giuridica internazionale, in quanto non sono previste dal regime del RSI come categoria autonoma né sono riconducibili, *prima facie*, ai requisiti generali appena citati delle misure protettivo-restrittive⁴⁴ o a quelli delle misure protettive 'addizionali'⁴⁵ – non risultando nel testo del RSI⁴⁶ il carattere della 'precauzionalità' tra le 'circostanze di legittimazione' delle misure protettive per finalità di salute pubblica che gli Stati possono adottare in situazioni di emergenza sanitaria quale quella in esame.

È chiaro anche che per le prime due tipologie di misure protettive, *in astratto* legittimamente adottabili dagli Stati nel quadro del regime del RSI, si pone comunque *in concreto* un ulteriore problema – da affrontare caso per caso – dal punto di vista della loro conformità ai requisiti (oltre che di legittimità e necessità, soprattutto) di *proporzionalità* sia rispetto al rischio sanitario esistente sia rispetto ai diritti umani da esse compressi e quindi 'sacrificati'. Da tale problema scaturiscono evidenti questioni di *bilanciamento* tra i diritti (collettivi e individuali) in gioco, questioni talora assai delicate⁴⁷.

In tali casi, inoltre, la proporzionalità delle misure protettive con finalità di salute pubblica diventa *il* parametro essenziale (stante, ovviamente, la legittimità e necessità di esse in contesti emergenziali sanitari) per un complesso bilanciamento, 'a tre livelli', tra a) il diritto alla salute di carattere *collettivo*, tutelato dalla misura protettivo-restrittiva, b) i diritti umani *individuali*, da questa compressi, ed anche c) l'interesse, generale ma anche individuale, degli Stati alla non eccessiva limitazione dei traffici di persone e merci. E, dunque, anche ai fini della valutazione della (*concreta*) legittimità internazionale delle mi-

⁴³ All'art. 43.

⁴⁴ *Ex* art. 6, 2 e 3 RSI.

⁴⁵ *Ex* art. 43.

⁴⁶ Né dalla lettura congiunta degli art. 6, 2 e 3 né dall'art. 43.

⁴⁷ Ad esempio, nei casi in cui vi è incertezza rispetto all'entità del rischio sanitario esistente, o quando le misure protettive – poiché particolarmente severe – sono suscettibili come già osservato di un impatto assai significativo su diritti umani individuali fondamentali. Per primi brevi commenti sulle implicazioni in termini di diritti umani delle misure 'protettivo-restrittive' adottate dagli Stati in risposta all'emergenza da COVID-19 si v.: A.E. YAMIN, R. HABIBI, "Human Rights and Coronavirus: What's at Stake for Truth, Trust and Democracy?", in *Health and Human Rights Journal*, 1 marzo 2020, disponibile su www.hhrjournal.org; A. VAISHNAV, E. GARG, "40 Days and 40 Nights. Human Rights in the Wake of the Coronavirus Outbreak and Quarantines", in *Völkerrechtsblog*, 5 marzo 2020, disponibile su www.voelkerrechtsblog.org; e, con riferimento alle misure adottate dall'Italia, A. SPADARO ET AL., "Do the Containment Measures Taken by Italy in Relation to COVID-19 Comply With Human Rights Law?", in *EJIL: Talk!*, 16 marzo 2020, disponibile su www.ejiltalk.org.

sure protettive statali a tutela della salute pubblica in situazioni di emergenza sanitaria, sia in generale sia in particolare nel caso dell'epidemia di COVID-19 in atto.

6. Riflessioni conclusive su alcuni 'dati' che sembrano delinearsi dall'emergenza da 'COVID-19'

Venendo infine ad alcune considerazioni conclusive su taluni 'dati' che sembrano – al momento – evidenziarsi dalla gestione dell'emergenza da COVID-19, e con riferimento in primo luogo all'efficacia della risposta internazionale da parte dell'OMS e degli Stati, occorre rilevare, anzitutto, per quanto riguarda l'OMS, che malgrado il suo già rilevato attivismo e il significativo ruolo di coordinamento generale di tale risposta, l'epidemia da nuovo *Coronavirus* abbia *nuovamente* messo in luce una serie di problematiche riguardo l'efficacia della sua azione, ben note ampiamente illustrate dalla dottrina internazionalistica, essenzialmente connesse a diversi limiti 'intrinseci' (sia dell'OMS sia del sistema internazionale di *governance* delle emergenze sanitarie facente capo al RSI). Tra questi, accanto a quelli generali di carattere normativo e finanziario dell'Organizzazione già evidenziati in precedenza, vanno citati in particolare (per il rilievo assunto nell'emergenza in corso): in primo luogo, il carattere *rigido* del sistema di allarme dell'art. 12 del RSI basato sulla dichiarazione di PHEIC da parte del DG, un sistema attualmente (ancora) caratterizzato da un'opzione unicamente 'binaria' a disposizione del DG (dichiarazione/non dichiarazione) nonostante le proposte di modifica⁴⁸, da tempo formulate⁴⁹, al fine di prevedere un *più flessibile* sistema di allerta 'a più livelli' – opportunamente attivabili dal DG (a seconda delle diverse possibili situazioni di rischio esistente) e caratterizzati da una diversa tipologia di misure di risposta da parte degli Stati. È palese infatti che, nel caso dell'attuale emergenza da *Coronavirus*, l'esistenza di un tale più flessibile meccanismo di allarme avrebbe consentito di anticipare opportunamente una (qualsiasi) decisione da parte dell'OMS e rendere magari più adeguata (progressiva) e 'pronta' sia la valutazione del Comitato di emergenza sia la decisione del DG a fronte dell'*escalation* rapidissima di contagi verificatasi, (*già*) nelle prime settimane del mese di gennaio, non solo in Cina. Un ulteriore limite del sistema di allerta dell'art. 12 riguarda i criteri su cui si basa la dichiarazione di PHEIC, criteri che tengono conto del carattere 'serio', 'insolito' ed 'inatteso' di eventi considerati «suscettibili di determinare conseguenze per la salute pubblica al di là delle frontiere dello Stato in cui si manifestano e che richiedono un'azione immediata». Si tratta infatti di criteri molto ampi e vaghi, difficili da articolare in termini giuridici, che si prestano evidentemente, nella loro concreta applicazione, ad interpretazioni 'flessibili' da parte di diversi DG e, quindi, a valutazioni tra loro poco coerenti ed uniformi nel tempo (se non, addirittura, quasi *inevitabilmente*, ad essere

⁴⁸ Attraverso una revisione del RSI o con altra modalità.

⁴⁹ Di nuovo oggetto di vivace dibattito all'indomani dell'epidemia di Ebola del 2014-2016 e, peraltro, in questi giorni puntualmente richiamate.

influenzati da considerazioni di tipo ‘politico’⁵⁰). Ciò viene peraltro ben riflesso e confermato dalla recente (assai eterogenea) prassi delle dichiarazioni di PHEIC. In terzo luogo, particolarmente problematico appare anche il meccanismo di valutazione dei dati trasmessi dagli Stati al Comitato di esperti istituito *ad hoc* per ciascuna emergenza, un’altra questione venuta in rilievo nella gestione della complessa crisi sanitaria da COVID-19 in atto. Il regime del RSI prevede infatti che tali esperti operino le proprie valutazioni in sostanziale assenza di regole predefinite circa l’applicazione dei criteri sopracitati (di per sé, peraltro, come appena osservato, vaghi e ‘flessibili’) ed in assenza di trasparenza, oltre che di dettagli, sul modo in cui i criteri vengono (o meno) riscontrati nella situazione esaminata e sul contenuto delle proprie valutazioni al riguardo. Nel caso dell’emergenza sanitaria da COVID-19 l’iniziale incertezza e prudenza mostrata dal Comitato di emergenza nella sua iniziale valutazione del 23 gennaio dei dati trasmessi dalle autorità cinesi è stata da qualcuno peraltro giudicata eccessivamente ‘deferente’ verso tali autorità⁵¹. In una crisi oggettivamente caratterizzata i) da limitate informazioni scientifiche sulle caratteristiche del virus (nonché sui suoi effetti e sulla sua possibile gestione e contenimento sul piano clinico), e perciò ii) da una difficile (perché incerta e mutevole) valutazione del rischio concretamente esistente, e da iii) una conseguente oggettiva peculiare difficoltà nei processi decisionali, a livello sia internazionale che statale, l’intrinseca rigidità del sistema binario di dichiarazione di PHEIC da parte dell’OMS, l’eccessiva vaghezza dei criteri per la sua determinazione e il sistema di valutazione poco regolamentato e trasparente sul piano procedurale su cui l’azione del Comitato stesso si basa, hanno contribuito a mettere nuovamente in rilievo i limiti del sistema di allerta del RSI; nonché, e soprattutto, ad esporre a nuove critiche il ruolo stesso dell’Organizzazione come *tempestivo*, adeguato ed *efficace* gestore (delle fasi preliminari, e conseguentemente) dell’effettivo coordinamento della risposta internazionale ad un’emergenza sanitaria.

Con riferimento poi alla valutazione della risposta fornita dagli Stati, l’emergenza COVID-19 mostra che, accanto ai notevoli sforzi da parte della Cina e di tutti gli altri Stati interessati dal contagio nell’adozione tempestiva ed ampia di misure di tutela della salute ispirate agli obblighi di informazione e di prevenzione, controllo e contenimento della diffusione del fenomeno epidemico, non siano mancati nella risposta a questa emergenza – come già spesso accaduto in passato – né problemi di adempimento dell’obbligo di tempestiva notifica⁵², né comportamenti non conformi sia agli obblighi generali di cooperazione in buona fede sia a quelli specifici sulle modalità di adozione di misure protettivo-restrittive⁵³ (nonostante i divieti previsti dal RSI e le raccomandazioni *ad hoc* formulate al riguardo dal DG); né infine ulteriori violazioni sia delle norme del RSI⁵⁴ sia dello ‘spirito’

⁵⁰ Come correttamente osservato da G.L. BURCI, “The Outbreak of COVID-19 Coronavirus”, cit.

⁵¹ V. ancora G.L. BURCI, “The Outbreak of COVID-19 Coronavirus”, cit.

⁵² Da parte dello Stato sede dell’health event originario.

⁵³ Da parte degli ‘altri Stati’.

⁵⁴ Come già evidenziato, ad esempio, con riferimento agli obblighi di comunicazione all’OMS da parte degli Stati delle misure restrittive dei traffici e della circolazione da essi variamente introdotte.

stesso del sistema – collettivo e solidaristico – di reazione alle emergenze sanitarie di rilievo globale che il Regolamento prospetta. Anche dal punto di vista del rispetto delle norme (e raccomandazioni) del regime di *governance* del RSI da parte degli Stati nella risposta all'emergenza COVID-19, dunque, ... *business as usual*?

Più in generale, l'emergenza da COVID-19 ha evidenziato una Comunità internazionale impreparata e sorpresa, malgrado la recente e drammatica esperienza della grave epidemia di Ebola in Africa occidentale, di fronte ad un 'evento sanitario' certamente *eccezionale*⁵⁵; ma comunque, almeno apparentemente, *di gravità (relativamente) limitata*⁵⁶. E, in ogni caso, certamente *non imprevisto*⁵⁷.

Pertanto, dall'emergenza da COVID-19 sembra emergere anche (e soprattutto, a nostro avviso) una necessità, ormai realmente *indifferibile*, per gli Stati e per l'intera Comunità internazionale. Quella, come *già* rilevato all'indomani dell'epidemia di Ebola in Africa occidentale⁵⁸, di abbandonare, nella gestione dei problemi sanitari globali, l'approccio dell'*unprecedented event*, ovvero quello della risposta (occasionale) ad eventi (erroneamente considerati) 'eccezionali'. Quanto già chiaro dopo il drammatico caso Ebola del 2014-2016, è ormai del tutto evidente: i fenomeni epidemici (più o meno gravi) suscettibili di ripercussioni *globali* costituiscono, ormai, una 'ricorrente eccezione' e richiedono un approccio non occasionale e dunque organico, sul piano normativo, istituzionale e finanziario, a livello internazionale e statale. Ciò impone evidentemente, e *necessariamente* nel brevissimo termine, da un lato, un immediato ripensamento da parte dei singoli Stati (industrializzati, ma non solo) del proprio approccio al problema delle emergenze sanitarie, sul piano legislativo nonché su quello delle scelte di politica economica (da rivedere necessariamente in chiave 'solidaristica'). Dall'altro, un ugualmente *tempestivo* (e sostanziale) sforzo di attuazione e di 'rafforzamento' del sistema internazionale di *governance* delle emergenze sanitarie basato sul RSI.

A quest'ultimo riguardo, per gli Stati 'parti' del RSI, di fronte a rischi epidemico-pandemici concreti ed urgenti quale quello prospettato dal nuovo *Coronavirus*, è assolutamente indispensabile, anzitutto, impegnarsi (realmente) a cooperare in buona fede ai fini dell'attuazione delle norme (e dello 'spirito cooperativo-solidaristico') alla base dell'attuale sistema internazionale di risposta alle emergenze sanitarie, abbandonando quindi atteggiamenti opportunistici, da *free-riders*, volti di fatto a tutelare interessi individuali (solitamente economici, del singolo Stato) diversi da quello collettivo (di tutti gli Stati) alla tutela

⁵⁵ Sia per l'ignota origine, le caratteristiche e la velocità di diffusione del virus responsabile, sia per l'incertezza sulle modalità di contenimento del contagio, sia ancora per l'ampiezza e severità delle conseguenze sociali ed economiche connesse alle misure di suo controllo e contenimento massicciamente adottate a livello internazionale dagli Stati.

⁵⁶ In considerazione del tasso di mortalità ad esso (almeno finora) associato (rispetto a quello di altre malattie epidemiche – quale ad esempio Ebola) e della possibilità di controllo dei suoi effetti sul piano sanitario, pur in assenza, finora, di uno specifico protocollo e di un vaccino per la sua cura.

⁵⁷ Si veda ad esempio, al riguardo, il rapporto annuale del 2018 dell'organismo indipendente *Global Preparedness Monitoring Board* (istituito per iniziativa della stessa OMS e della Banca mondiale all'indomani dell'emergenza Ebola del 2014-2016) intitolato "A World at Risk", nel quale, a p. 17 ss., oltre a rilevarsi la persistente inadeguatezza delle iniziative di 'preparazione' degli Stati rispetto alle emergenze sanitarie, si prospettavano, *proprio*, i rischi associati alla diffusione di virus ignoti in Paesi ad alta densità di popolazione, e si sollecitavano gli Stati a tenerne adeguatamente conto ...

⁵⁸ V. C.M. PONTECORVO, "La riforma dell'azione internazionale di risposta alle emergenze sanitarie globali all'indomani del 'caso Ebola': *quo vadis?*", cit., p. 363 ss., p. 391.

della salute pubblica. Sul piano del ‘rafforzamento’ dell’attuale sistema di *governance* internazionale delle emergenze sanitarie del RSI ci sembra invece indispensabile raggiungere – *al più presto* – un’intesa (nelle forme e modi che gli Stati stessi riterranno più adatti) su: 1) un nuovo sistema di allerta multilivello, più flessibile e più adeguato a rispondere efficacemente alle emergenze complesse, 2) una miglior definizione (sul piano giuridico) del *modus operandi* del Comitato di emergenza e dello stesso DG nell’utilizzo dei criteri di valutazione dell’esistenza di una PHEIC, oltre che una adeguata specificazione ed articolazione di tali criteri, 3) in assenza di un tradizionale meccanismo sanzionatorio nel quadro di un sistema normativo *sui generis* quale quello del RSI, e quale disincentivo alla violazione degli obblighi da esso posti agli Stati e delle stesse raccomandazioni del DG, la previsione di un sistema di ‘naming and shaming’ per gli Stati che violano le norme del Regolamento o le raccomandazioni del DG (attraverso, eventualmente, la pubblicità sul sito del Segretariato dell’OMS delle condotte illecite degli Stati al riguardo), ed infine 4) l’individuazione di modalità adeguate per un urgente incremento delle risorse finanziarie dell’OMS, di cui essa possa disporre sia ai fini del contrasto delle emergenze sanitarie di carattere epidemico-pandemico (attraverso canali tradizionali od anche innovativi, purché efficaci e *tempestivi*) sia ai fini dell’assistenza agli Stati (soprattutto quelli in via di sviluppo) per la realizzazione dei c.d. *core standard* all’interno dei propri sistemi sanitari nazionali, funzionale a sua volta allo sviluppo da parte di tali Stati di una capacità (pur minima ma *autonoma*) anche sul piano della prevenzione dei gravi fenomeni epidemici di rilievo internazionale.

Il carattere globale delle emergenze sanitarie epidemico-pandemiche e, anche, delle loro ingentissime ripercussioni, evidenziato (una volta di più) dalla recente emergenza da COVID-19, rappresenta un campanello di allarme importante per gli Stati, dato che proviene da un ‘evento sanitario’, pur se complesso, di origine ignota e dagli elevatissimi costi (umani ed economici), ancora (almeno apparentemente ed auspicabilmente) controllabile e, quindi, ‘reversibile’. *Errare humanum...* Perseverare, ignorando (anche) questo allarme, potrebbe significare mettere (diabolicamente quanto... *irreversibilmente*) a rischio ‘le magnifiche sorti e progressive’ de ‘l’umana gente’.

7. Post scriptum

Dalle prime settimane di marzo 2020 i dati sull’emergenza sanitaria da COVID-19 hanno fatto registrare una crescita assai rilevante, sia dal punto di vista dei Paesi progressivamente in essa coinvolti⁵⁹, sia dei contagi⁶⁰; nonché, purtroppo, dei decessi⁶¹. L’Italia, tra i Paesi maggiormente colpiti dal contagio, ha progressivamente integrato e *notevolmente rafforzato* le proprie misure di contenimento, già approvate con il sopracitato d.l. n. 6 del 23 febbraio (peraltro nella forma, intrinsecamente problematica, della delega ampia e pressoché ‘in bianco’, fatta alle autorità ‘emergenziali’ competenti, ai fini dell’adozione anche di eventuali ulteriori misure). Ciò attraverso alcuni decreti della Presidenza del Consiglio dei Mi-

⁵⁹ 114 su 193 all’11 marzo 2020.

⁶⁰ Alla stessa data oltre 118 mila, il 90% dei quali ancora concentrati tra Cina, Italia, Corea del Sud e Iran, ma con numeri rapidamente crescenti anche in Germania, Francia, Spagna e Stati Uniti.

⁶¹ Oltre 4300.

nistri, che hanno previsto – appunto – ulteriori misure attuative del d.l. n. 6, riguardanti, dapprima, alcune regioni settentrionali⁶², poi estese a tutto il territorio nazionale⁶³, e quindi nuovamente rafforzate⁶⁴ (soprattutto dal punto di vista dei limiti alla circolazione delle persone, resi molto stringenti e ‘garantiti’ dalla previsione di sanzioni addirittura penali). Misure di prevenzione, controllo e contenimento analoghe a quelle già adottate da Cina e Italia hanno peraltro cominciato ad essere gradualmente attuate dagli altri Stati – europei e non – nei quali il contagio da COVID-19 si è andato ulteriormente diffondendo (al momento in cui si scrive, anzitutto Germania, Spagna, Francia e Stati Uniti).

Sul piano internazionale, inoltre, l’11 marzo il DG dell’OMS ha dichiarato la ‘pandemia’ in riferimento all’epidemia di *Coronavirus* in atto, una dichiarazione questa che (sul piano strettamente giuridico) rileva *solo* quale (formale) riconoscimento, da parte dell’OMS, della maggior diffusione del fenomeno epidemico in atto (appunto globale, non essendo più confinato esclusivamente in alcune zone geografiche), e *non* in termini di sua accresciuta gravità/incontenibilità né di poteri speciali aggiuntivi per l’OMS o di ulteriori obblighi per gli Stati rispetto a quelli derivanti dalla precedente dichiarazione di PHEIC. La definizione (tecnico-operativa) di ‘pandemia’ è contenuta nella versione del 2009 delle Linee-guida dell’OMS sui fenomeni pandemici di origine influenzale (peraltro successivamente varie volte revisionate, in ultimo nel 2017), in cui essa corrisponde all’ultimo di sei livelli di diffusione di un fenomeno epidemico ed implica (unicamente): per l’OMS, la possibilità di invio agli Stati maggiormente coinvolti nell’epidemia di *teams* di esperti incaricati di svolgere, d’intesa ed in cooperazione con le autorità nazionali, assistenza *in loco*⁶⁵; e, per gli Stati, la necessità di adottare misure di *mitigazione* del fenomeno pandemico in atto (in luogo di quelle di suo contenimento, evidentemente non più possibile).

Infine, a partire dalla metà di marzo 2020 il ‘modello normativo-operativo’ sopra descritto – della dichiarazione dello stato di emergenza nazionale da parte delle autorità dei Paesi interessati dalla diffusione dell’epidemia di COVID-19 e della conseguente introduzione di stringenti misure protettive a tutela della salute pubblica (suscettibili, secondo le modalità precedentemente illustrate, di ripercussioni sui diritti umani individuali) – si è andato anch’esso diffondendo in maniera assai rapida ed ampia a livello internazionale, a causa dell’ulteriore propagazione del fenomeno, ormai di carattere pandemico. A riprova si vedano, ad esempio, le recentissime notificazioni di deroga alle norme di tutela dei diritti umani (regionali o internazionali) presentate – finora – dalle autorità di Lettonia⁶⁶, Romania⁶⁷ e Moldavia⁶⁸ (ai sensi dell’art. 15, par. 3, della Convenzione europea sui diritti

⁶² Introdotte con il d.P.C.M. 8 marzo 2020 n. 11.

⁶³ Attraverso il d.P.C.M. 9 marzo 2020 n. 62.

⁶⁴ Con il d.P.C.M. 11 marzo 2020 n. 4.

⁶⁵ Come peraltro già avvenuto, *prima* dell’11 marzo, in Cina, Italia e Iran.

⁶⁶ V. la Nota verbale del Rappresentante della Lettonia presso il Consiglio d’Europa (n. EP-3315 del 15 marzo 2020), allegata a Consiglio d’Europa, *Note Verbale*, JJ9012C Tr./005-225 del 16 marzo 2020.

⁶⁷ V. la Nota verbale del Rappresentante della Romania presso il Consiglio d’Europa (n. 498 del 17 marzo 2020), allegata a Consiglio d’Europa, *Note Verbale*, JJ9014C-Corrigendum (*) Tr./005-226 del 18 marzo 2020.

umani) e da quelle del Guatemala⁶⁹ (in base all'art. 4 del Patto delle Nazioni Unite sui diritti economici e sociali), deroghe tutte motivate, appunto, dall'adozione, in tali Stati, di decreti introduttivi dello 'stato di emergenza' (sanitaria) nazionale e dalla conseguente previsione di misure protettivo-restrittive a tutela della salute pubblica in risposta all'epidemia di COVID-19.

ABSTRACT. International Law at the Time of the (New) Coronavirus: Preliminary Remarks on the Recent Outbreak of 'COVID-19'

This paper is aimed at framing some first considerations (as such, necessarily preliminary and very introductory) on the international law issues that emerges from the analysis of the *early* reactions by States and international bodies to the ongoing COVID-19 epidemic. More specifically, it is intended to briefly reconstruct and discuss the response provided for by the States first involved in the contagion – as well as by the international bodies responsible for its management, in the light of i) the rules of the international regime on health emergencies governance and ii) those on human rights which indirectly get relevance in the management of the epidemic phenomenon in progress.

Keywords: health emergencies; COVID-19; WHO; International Health Regulations; PHEIC; pandemics.

⁶⁸ V. la Nota verbale del Rappresentante della Moldavia presso il Consiglio d'Europa (n. FRA-CoE/352/169 del 18 marzo 2020), allegata a Consiglio d'Europa, *Note Verbale*, JJ9016C Tr./005-228 del 20 marzo 2020.

⁶⁹ V. la comunicazione del Rappresentante permanente del Guatemala presso le Nazioni Unite (n. J/1/667 del 9 marzo 2020), contenuta in Nazioni Unite, Segretario Generale, *International Covenant on Civil and Political Rights – Guatemala: Notification under Article 4(3)*, UN Doc. C.N.91.2020.TREATIES-IV.4 del 10 marzo 2020.