

Francesco Gaudiosi,
Annachiara Rotondo

**La copertura sanitaria
universale nella visione
solidaristica dell'Agenda 2030
e il ritorno ai personalismi
statali nel contrasto al Covid-19**

I. PREMESSA

L'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus Sars-CoV-2 ha posto la comunità internazionale di fronte a sfide mai affrontate in precedenza, in ragione della straordinaria trasversalità degli effetti prodotti su scala globale. Tutti i comparti statali sono stati, direttamente o indirettamente, interessati e compromessi dalla pandemia, con notevoli ripercussioni anche sulla tenuta del "sistema internazionale", evidentemente impreparato a fronteggiare fenomeni tanto complessi e multidimensionali. Il Covid-19 ha infatti slanteggiato la malattia della "insostenibilità dello sviluppo" rilanciando il tema critico del rapporto tra economia, società ed ambiente¹. Tema quest'ultimo che costituisce il *focal point* degli obiettivi di sviluppo sostenibile enunciati nell'Agenda 2030² tra cui emerge, ai fini del presente lavoro e in ragione della particolare contingenza, la realizzazione della copertura sanitaria universale, c.d. *Universal Health Coverage* (UHC). Quest'ultima, intesa come l'erogazione dei servizi sanitari essenziali su scala

¹*Francesco Gaudiosi ha curato i §§ 2 e 3, Annachiara Rotondo ha curato i §§ 1,4 e 5. «The pandemic is a reminder of the intimate and delicate relationship between people and planet. Any efforts to make our world safer are doomed to fail unless they address the critical interface between people and pathogens, and the existential threat of climate change, that is making our Earth less habitable» (T.A. Ghebreyesus, Address to the 73rd World Health Assembly, May 18th 2020).

² Nazioni Unite, Assemblea Generale, A/RES/70/1, 25 settembre 2015.

mondiale, è parte integrante di un più ampio progetto internazionale che muove dalla necessità di strutturare diversi livelli di cooperazione inter-statale atti alla creazione di un sistema integrato di sviluppo, basato sulla sostenibilità economica, la tutela dell'ambiente e il benessere individuale.

La salute globale è pertanto obiettivo fondamentale dell'Agenda 2030 la quale, in una prospettiva segnata da grande innovatività, non si concentra solo sull'obiettivo del generale innalzamento del livello di benessere psico-fisico individuale ma guarda a tutti «quegli aspetti della salute collettiva che trascendono i confini nazionali, possono essere influenzati da circostanze o mutamenti che si verificano in altri paesi, e possono essere meglio affrontati da azioni e soluzioni cooperative» (Negri 2018, 45). D'altra parte, l'avvento della globalizzazione annovera tra le sue principali conseguenze la trasformazione dell'interesse alla sicurezza sanitaria in un obiettivo di *international concern*, funzionale al perseguimento di altri obiettivi generali essenziali per la comunità internazionale, tra cui quello dello sviluppo sostenibile³.

Dopo aver brevemente inquadrato gli obiettivi di sviluppo sostenibile nel diritto internazionale, il presente lavoro intende soffermarsi sul concetto di copertura sanitaria universale, quale *target* specifico dell'"obiettivo salute" previsto al punto 3 dell'Agenda 2030, e quindi esaminare l'UHC alla luce dell'attuale crisi pandemica al fine di comprenderne l'efficacia in rapporto alla gestione delle emergenze sanitarie internazionali.

³ «La rilevanza della salute ai fini del perseguimento di altri obiettivi generali essenziali per la comunità, quali la tutela dei diritti umani, la sicurezza internazionale e lo sviluppo sostenibile, emerge in maniera sempre più evidente nei documenti delle organizzazioni internazionali e negli studi più recenti. Lo confermano in particolare [...] lo sforzo costante di porre la salute al centro delle politiche economiche e finanziarie (eventualmente attraverso il ricorso ad apposite «condizionalità sanitarie»), il crescente interesse verso le teorie che si occupano di salute pubblica come *global public good* e dei c.d. *global public goods for health*, la considerazione dell'impatto delle politiche sanitarie sulle regole del commercio internazionale e, non ultima, l'affermazione di una nuova «diplomazia della salute globale», nel cui alveo sono ricondotte le dinamiche dei rapporti tra salute pubblica, commercio, politica estera e affari internazionali» (Negri 2013, 336-338).

2. IL SOLIDARISMO VOLONTARISTICO DELL'AGENDA 2030

Gli obiettivi di sviluppo sostenibile, c.d. *Sustainable Development Goals* (SDGs), sanciti dalla Risoluzione 70/1 dell'Assemblea Generale dell'ONU del 21 ottobre 2015, costituiscono un'importante svolta della comunità internazionale nella definizione di un piano di azione globale inteso a valorizzare il rapporto tra individuo, economia e ambiente. Più specificamente gli SDGs rappresentano il tentativo politico, in seno alle Nazioni Unite, di rilanciare gli obiettivi del millennio (*Millennium Development Goals*)⁴ e di collocarli in una prospettiva più ambiziosa (Nanda 2016, 400; McArthur 2013, 157) nonché maggiormente aderente alle nuove problematiche globali, definendo un *framework* per la programmazione dell'operato dell'Organizzazione fino al 2030⁵.

I 17 *goals* che gli stati membri dell'ONU si propongono di raggiungere sono declinati in 169 *target* che definiscono i contenuti fattuali attraverso cui indirizzare l'operato degli stati e delle Nazioni Unite. L'Agenda rappresenta, pertanto, il documento sistematico che raccoglie la totalità degli obiettivi in esame (Kim 2016, 15-26; Atapattu 2019, 233-240), fissando un limite temporale al loro raggiungimento (il 2030). Questi ultimi⁶, concepiti in una

⁴ Nazioni Unite, Assemblea Generale, A/RES/55/2 del 18 settembre 2000.

⁵ L'Agenda individua nel Foro politico di Alto Livello (High Level Political Forum) il consesso globale per monitorare, valutare e orientare l'attuazione degli SDGs. Per supportare tale attività e garantire la comparabilità delle valutazioni, la Commissione Statistica delle Nazioni Unite ha costituito l'Inter Agency Expert Group on SDGs (IAEG-SDGs), con il compito di definire un insieme di indicatori per il monitoraggio dell'attuazione dell'Agenda 2030 a livello globale. Ogni anno, gli stati possono presentare lo stato di attuazione dei 17 SDGs nel proprio paese, attraverso l'elaborazione di Rapporti Nazionali Volontari (*Voluntary National Reviews*).

⁶ I 17 obiettivi di sviluppo sostenibile sono: 1. Porre fine alla povertà in tutte le sue forme; 2. Azzerare la fame, realizzare la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile; 3. Garantire le condizioni di salute e il benessere per tutti a tutte le età; 4. Offrire un'educazione di qualità, inclusiva e paritaria e promuovere le opportunità di apprendimento durante la vita per tutti; 5. Realizzare l'uguaglianza di genere e migliorare le condizioni di vita delle donne; 6. Garantire la disponibilità e la gestione sostenibile di acqua e condizioni igieniche per tutti; 7. Assicurare l'accesso all'energia pulita, a buon mercato e sostenibile per tutti; 8. Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, la piena e produttiva occupazione e un lavoro decoroso per tutti; 9. Costruire infrastrutture resistenti, promuovere l'industrializzazione sostenibile e inclusiva e favorire l'innovazione; 10. Riduzione delle disuguaglianze tra

logica di reciproca interconnessione, coprono un campo di azione particolarmente vasto che spazia, all'interno dei macrosettori già citati (ambiente, società, economia), dall'uguaglianza di genere all'accesso all'energia pulita, dall'azzeramento della fame su scala globale all'industrializzazione e all'innovazione sostenibile, fino ad arrivare alla cooperazione internazionale quale strumento essenziale nel rafforzamento del più generale obiettivo della sostenibilità *lato sensu*. I 169 *target*, equamente ripartiti per ciascun singolo obiettivo, individuano quindi gli specifici settori di operatività dei 17 *goals*.

Nonostante la chiarezza espositiva degli SDGs, sono ancora numerosi i dubbi inerenti al loro inquadramento giuridico nell'ambito del diritto internazionale. Sotto il profilo sostanziale è evidente che le Nazioni Unite hanno ripreso, nel concepire gli SDGs, il concetto *in nuce* di coesistenza tra ambiente, individuo ed economia proprio del principio di sviluppo sostenibile. Tuttavia, se può risultare giustificata un'analogia logica tra il principio di sviluppo sostenibile e gli obiettivi di sviluppo sostenibile, tanto non è possibile sotto il profilo giuridico. Infatti, mentre il principio in esame presenta un carattere vincolante per gli stati⁷, rinvenendo la sua fonte giuridica in norme di diritto convenzionale e consuetudinario (Sands 1994, 310), gli SDGs configurano un impegno meramente politico, trovando la propria fonte in un atto di *soft law*. Ciò rimette alla piena discrezionalità statale il recepimento e la concreta attuazione di tali obiettivi mediante l'adozione di dispositivi giuridicamente vincolanti nell'ordinamento interno. Ne deriva che se, da un canto, gli obiet-

i Paesi; 11. Rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resistenti e sostenibili; 12. Garantire modelli di consumo e produzione sostenibili; 13. Un'azione urgente per combattere il cambiamento climatico e il suo impatto a livello globale; 14. Salvaguardare gli oceani, i mari e le risorse marine per un loro sviluppo sostenibile; 15. Proteggere, ristabilire e promuovere l'uso sostenibile degli ecosistemi terrestri, la gestione sostenibile delle foreste, combattere la desertificazione, fermare e rovesciare la degradazione del territorio e arrestare la perdita della biodiversità; 16. Promuovere società pacifiche e inclusive per lo sviluppo sostenibile, garantire a tutti l'accesso alla giustizia, realizzare istituzioni effettive, responsabili e inclusive a tutti i livelli; 17. Rinforzare i significati dell'attuazione e rivitalizzare le collaborazioni globali per lo sviluppo sostenibile.

⁷ Anche la Corte internazionale di giustizia ha più volte sottolineato la vincolatività del principio di sviluppo sostenibile. Sul punto cfr.: ICJ, *The Gabčíkovo-Nagymaros Project*, (Ungheria c. Cecoslovacchia), Judgment, September 1997, §§ 125, 140; ICJ, *Pulp Mills on the River Uruguay*, (Argentina c. Uruguay), Judgment, April 2010, §§ 55, 75, 76, 177.

tivi di sviluppo sostenibile hanno avuto il merito di favorire la creazione di programmi di natura virtuosa all'interno del sistema delle Nazioni Unite, dall'altro canto, hanno messo in luce la debolezza intrinseca dell'Organizzazione, incapace di pervenire a obblighi giuridicamente vincolanti sul piano dello sviluppo sostenibile (Zukang 2011, 244-246).

Cionondimeno a fronte di tale debolezza va evidenziata la presenza di una tendenza costante da parte degli stati a improntare il perseguimento degli SDGs a un generale principio di solidarietà, che emerge *in nuce* dalla continua esortazione alla cooperazione internazionale intesa a contenere il rischio di derive personalistiche. Tale principio ritenuto «a guiding principle and a tool to achieve the stated goals (...) a precondition to human dignity, the basis of all human rights, and a human-centred approach to development» (Szpak 2017, 225) sarebbe, secondo alcuni, dotato di una propria autonomia normativa e in grado di espandere la sua applicazione a numerosi altri settori del diritto internazionale (Wellens 2010, 5-7).

3. LA COPERTURA SANITARIA UNIVERSALE NELL'APPROCCIO DELL'AGENDA 2030

La copertura sanitaria universale – intesa dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come la situazione in cui «everyone in the population has access to appropriate promotive, preventive, corrective and rehabilitative health care when they need it and at an affordable cost»⁸ – rientra nell'ambito degli SDGs tra i *target* inerenti al *goal* n. 3⁹, riguardante la tutela della salute *lato sensu*¹⁰. Più specificatamente, è il *target* n. 8 che fa riferimento *expressis verbis*

⁸ Così l'Organizzazione mondiale della sanità sul tema della copertura sanitaria universale: «Universal health coverage means that all people have access to the health services they need, when and where they need them, without financial hardship. It includes the full range of essential health services, from health promotion to prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care. [...] Good health systems are rooted in the communities they serve. They focus not only on preventing and treating disease and illness, but also on helping to improve well-being and quality of life», https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

⁹ Per il contenuto dell'obiettivo 3 dell'Agenda 2030 consulta <https://unric.org/it/obiettivo-3-assicurare-la-salute-e-il-benessere-per-tutti-e-per-tutte-le-eta/>.

¹⁰ Il concetto di Copertura sanitaria universale, quale obiettivo generale a carattere programmatico, inizia a intravedersi a livello embrionale, già nella *Dichiarazione di Alma-Ata*

all'UHC come quell'insieme di servizi sanitari essenziali «including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all». Analogamente agli altri target individuati all'interno dell'Agenda quello della copertura sanitaria universale non può che costituire un obiettivo raccomandatorio; oltretutto, il profilo sanitario è uno degli ambiti nei quali gli stati sono maggiormente restii a cedere porzioni di sovranità e in cui si assiste con maggior evidenza a una difficile erosione del dominio riservato.

Se si considera l'UHC come la capacità di ciascuno stato di garantire alla propria comunità territoriale il godimento dei servizi sanitari di base, assicurando che l'utilizzo di questi servizi non ponga gli stessi individui di fronte a difficoltà economiche, è possibile sostenere che essa si estrinseca su due concetti basilari: il diritto di ogni individuo alla salute e l'obbligo dello stato di garantire il godimento di questo diritto mediante un intervento pubblico.

Il ruolo pivotale dell'azione statale nel raggiungimento dell'UHC è messo in luce dagli articoli 78 e 79 dell'Agenda. L'invito che viene fatto dall'articolo 78 a sviluppare «ambitious national responses» nel raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda risulta essere pietra angolare per la corretta esecuzione e messa in opera dell'obiettivo in esame (Tosun, Leininger 2017, 2-3). L'articolo 79 sollecita invece gli stati membri a condurre «regular and inclusive re-

del 1978 (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978) il cui art. 5 riconosce la centralità dell'assistenza sanitaria primaria al fine di garantire a tutti gli individui un livello di salute che permetta loro di «condurre una vita economicamente e socialmente produttiva» riconoscendo l'obiettivo di «health for all» da realizzare entro il 2000; tale concetto si ritrova poi, sempre *in nuce*, nel *General Comment No. 14 del 2000* del Comitato per i diritti economici sociali e culturali (CESCR, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12), E/C.12/2000/4, 11 August 2000, § 12,b). L'articolo in parola definisce le principali condizioni che ciascuna parte contraente del patto deve garantire agli individui nell'erogazione dei servizi sanitari, vale a dire disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità del servizio erogato, configurando le caratteristiche della copertura sanitaria universale. Solo nel 2005 la copertura sanitaria universale trova esplicita consacrazione nella Risoluzione 58.33 dell'Assemblea mondiale della Sanità quale «access to key promotive, preventive, curative and rehabilitative health interventions for all at an affordable cost, thereby achieving equity in access», annoverandosi tra gli obiettivi che gli stati membri dell'OMS devono perseguire all'interno dei propri sistemi sanitari; in questa stessa configurazione l'UHC viene poi rilanciata nella Risoluzione dell'Assemblea Generale dell'ONU sulla Salute Globale e la Politica Estera (A/67/L.36) del 2012 e nella Risoluzione 70/1 che ha dato vita all'Agenda 2030 nel 2015.

views of progress at the national and subnational levels which are country-led and country driven». Nell'ambito sanitario, dunque, il raggiungimento della copertura sanitaria universale viene rimesso alle singole *National Health Policies* quali strumenti di concertazione istituzionale e di natura sussidiaria volti a concretizzare l'esecuzione degli SDGs.

Tuttavia, in questo contesto, il raggiungimento dell'obiettivo sanitario poggia le sue basi sull'azione ulteriore di talune organizzazioni internazionali dedite a veicolare fondi per favorire gli aiuti allo sviluppo tra cui l'Organizzazione Mondiale del Commercio, la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale. Spetta infatti a tali organizzazioni, a partire dall'erogazione di fondi per il raggiungimento di un nuovo paradigma di sviluppo economico sostenibile, il compito di monitorare i parametri economico-sociali connessi allo stato di attuazione dei 17 SDGs e creare nuovi progetti che diano esecuzione ai singoli *target* previsti dall'Agenda¹¹. Ciò è possibile in quanto l'erogazione dei fondi internazionali destinati agli aiuti allo sviluppo sono spesso subordinati al rispetto della c.d. "clausola di condizionalità", secondo la quale l'elargizione delle risorse per lo sviluppo economico è soggetta all'azione proattiva dello stato nello stanziamento delle stesse al fine del raggiungimento degli obiettivi pattuiti, prevenendo un meccanismo di monitoraggio e di interruzione del prestito qualora lo stato non soddisfi i parametri fissati dall'organizzazione che veicola i fondi¹².

¹¹ Si pensi al ruolo della Banca Mondiale sul tema, che ha di recente pubblicato il *Rapporto inaugurale sull'impatto delle obbligazioni per lo sviluppo sostenibile* (<http://pubdocs.worldbank.org/en/138051589440217749/World-Bank-Sustainable-Development-Bond-Impact-Report-2019.pdf>) o allo stesso Partnership Fund for the SDGs all'interno della stessa istituzione, o ancora al Fondo per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Quest'ultimo è un meccanismo di sviluppo internazionale creato nel 2014 dalle Nazioni Unite per supportare le attività di sviluppo sostenibile attraverso programmi congiunti integrati e multidimensionali. Il suo obiettivo principale è riunire le agenzie delle Nazioni Unite, i governi nazionali, il mondo accademico, la società civile e le imprese per affrontare le sfide della povertà, promuovere l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e raggiungere gli SDGs. Il Fondo SDGs sostiene programmi congiunti in 23 paesi con un budget di circa 70 milioni di dollari. I partner nazionali e internazionali, compreso il settore privato, forniscono circa il 58% delle risorse attraverso fondi integrativi. Ogni programma congiunto contribuisce al raggiungimento di diversi SDG. Il Fondo SDG è il primo meccanismo di cooperazione allo sviluppo delle Nazioni Unite istituito specificamente per attuare l'Agenda 2030.

¹² Nell'ambito del Fondo Monetario Internazionale (FMI) la clausola di condizionalità copre la progettazione dei programmi sostenuti dal Fondo, vale a dire le politiche ma-

È dunque il beneficiario che ha la responsabilità primaria di selezionare, progettare e attuare le politiche per il successo del programma¹³ sostenuto dalle istituzioni internazionali essendo quest'ultimo soggetto a revisioni periodiche internazionali atte a stabilire l'efficacia della spesa pubblica nazionale nel settore richiedente aiuti allo sviluppo¹⁴.

In tale contesto occorre segnalare, tra le organizzazioni operanti nel ramo economico-finanziario, l'azione del Fondo Monetario Internazionale, che opera attraverso tre canali principali: l'ampliamento dello spazio fiscale attraverso riforme sostenute dal FMI che migliorano la crescita economica o aumentano le entrate fiscali per consentire ai governi di investire nella salute pubblica (Clements *et al.* 2013; 4022-4033), l'inclusione di livelli minimi di spesa sociale nei programmi di finanziamento e la convergenza di fondi e investimenti esteri, attratti dalle garanzie offerte dai piani di condizionalità strutturale del FMI, anche in ambito sanitario (Schiller *et al.* 2009; 218-

croeconomiche e strutturali e gli strumenti specifici utilizzati per monitorare i progressi verso gli obiettivi delineati dal paese in collaborazione con l'FMI. La condizionalità aiuta i paesi a risolvere problemi inerenti alla bilancia dei pagamenti senza ricorrere a manovre economiche pericolose a livello interno e internazionale. Allo stesso tempo, le misure hanno lo scopo di salvaguardare le risorse del FMI assicurando che la bilancia dei pagamenti del paese sia abbastanza forte da consentirgli di rimborsare il prestito.

¹³ Il programma è descritto in una lettera di intenti, alla quale spesso è allegato un *memorandum* di politiche economiche e finanziarie. Gli obiettivi e le politiche del programma dipendono dalle circostanze specifiche di uno stato. L'obiettivo generale è sempre quello di ripristinare o mantenere la redditività della bilancia dei pagamenti e la stabilità macroeconomica, ponendo le basi per una crescita sostenuta e di alta qualità e, nei paesi a basso reddito, riducendo la povertà.

¹⁴ La maggior parte dei finanziamenti dell'FMI viene erogata a rate e collegata ad azioni politiche dimostrabili. Questo ha lo scopo di garantire progressi nell'attuazione del programma e ridurre i rischi per le risorse del FMI. Le revisioni del programma forniscono un quadro per il Comitato esecutivo del Fondo al fine di valutare la corretta esecuzione del programma e le sue eventuali modifiche. Le revisioni periodiche combinano una valutazione per verificare se le condizioni del programma sono state soddisfatte con uno sguardo al futuro per stabilire se il programma debba essere adeguato alla luce dei nuovi sviluppi. Nell'ambito del FMI, questi includono parametri prefissati quali il livello minimo del saldo primario delle amministrazioni pubbliche, il livello minimo di spesa per l'assistenza sociale e i c.d. *benchmark strutturali*: si tratta di misure di riforma che spesso non sono quantificabili ma sono fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi del programma e sono intese come indicatori per valutare l'attuazione dello stesso.

234)¹⁵. Per quanto concerne invece la Banca Mondiale, l'organizzazione è attiva prevalentemente all'interno dei paesi in via di sviluppo, con l'obiettivo di finanziare programmi di "protezione sociale" volti a incrementare il capitale umano, subordinando l'erogazione di fondi ad alcune garanzie inerenti al diritto all'istruzione per i bambini e al diritto alle cure essenziali attraverso *check-up* sanitari per la popolazione¹⁶.

Di conseguenza, la capacità delle istituzioni internazionali di destinare fondi agli stati e di condizionarli al raggiungimento degli SDGs, crea esternalità non solo con riguardo ai *goals* di natura prettamente economica ma anche con riferimento a quelli socio-ambientali, tra cui gli obiettivi di cui al pt. 3 dell'Agenda. Il rafforzamento di un sistema sanitario inteso a estendere a tutti gli individui l'accesso alle cure mediche e ai servizi sanitari di base ha infatti implicazioni positive vuoi nell'ambito sociale, attraverso la capacità dello stato di garantire una copertura sanitaria più ampia, vuoi sulle esternalità dell'intero sistema economico nazionale, con una popolazione più sana, in migliori condizioni psicofisiche e quindi capace di stimolare la produttività del settore economico a livello interno. I costi inizialmente connessi alla spesa pubblica nell'ambito del settore sanitario, mediante fondi di natura internazionale, vengono quindi prontamente trasformati in ricavi derivanti da una forza lavoro in salute e capace di inserirsi con efficacia nel tessuto produttivo del paese (Bristol-Alagbariya 2020, 45; Carrin *et al.* 2005, 1-12).

Come si è detto, la copertura sanitaria universale, così come concepita nell'ambito del *target* 3.8 include «la protezione dai rischi finanziari, l'accesso ai servizi sanitari essenziali di qualità (nonché) l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi sostenibili ai medicinali di base e ai vaccini per tutti» [trad]. Quanto

¹⁵ In dottrina è stato però sottolineato che spesso i governi non sono in grado di investire adeguatamente nella salute a causa della eccessiva pressione esercitata dal del FMI con riferimento a obiettivi troppo rigidi di deficit fiscale e che l'Organizzazione devia entrate aggiuntive e aiuti destinati al settore sanitario per ripagare il debito o aumentare le riserve (Kentikelenis 2015; Stuckler *et al.* 2011). In ragione di ciò, alcuni autori suggeriscono che il Fondo dovrebbe considerare i potenziali effetti delle sue politiche sui sistemi sanitari pubblici e facilitare il processo di attuazione dell'UHC, concedendo un maggiore margine di manovra politica per i paesi beneficiari negli investimenti per la salute (Stubbs *et al.* 2017).

¹⁶ Si veda il Programma di Protezione sociale al sito: <https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2019/07/29/build-employ-and-protect-using-social-protection-to-invest-in-people-in-a-changing-world>.

alla prima determinate dell'UHC, consistente nella protezione finanziaria, occorre precisare che essa è strettamente connessa alla politica di finanziamento della salute. In particolare tale protezione si ottiene allorché i pagamenti diretti effettuati per ottenere servizi sanitari non espongono gli individui a difficoltà economiche e non incidono sul loro tenore di vita (Saksena *et al.* 2014); ne deriva che la chiave per proteggere le comunità dal rischio finanziario in ambito sanitario è garantire il pagamento anticipato dei servizi per la salute, piuttosto che la previsione di una spesa diretta per il servizio sanitario da parte del soggetto privato al momento dell'utilizzo (Khan *et al.* 2017, 1108).

Dall'analisi del *target* 3.8 emerge poi che l'accesso ai servizi sanitari essenziali (*essential health-care services*) costituisce il secondo elemento essenziale della copertura sanitaria universale. Si tratta in generale di quei servizi volti a garantire e promuovere la salute nell'ambito delle comunità statali, tra cui si annoverano: quelli finalizzati alla valutazione e al monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dei fattori che influenzano la salute, delle esigenze sanitarie nonché delle risorse messe a disposizione della comunità; i servizi per l'indagine e la diagnosi delle principali malattie; i servizi di comunicazione e di informazione volti all'educazione sanitaria della comunità territoriale; nonché quelli di supporto all'attuazione delle politiche e delle normative in ambito sanitario. Occorre precisare che il *target* in esame prende in considerazione i servizi sanitari essenziali oltre che da un punto di vista quantitativo anche da uno qualitativo, richiedendo agli stati di offrire una "forza lavoro" pubblica in ambito sanitario diversificata e qualificata, nonché di migliorare e innovare i propri *standard* sanitari attraverso la valutazione, la ricerca e l'implementazione continua della qualità della sanità pubblica¹⁷.

Infine, l'ultima componente del *target* riferito all'UHC è rappresentata dall'accesso ai medicinali e ai vaccini di base. Quest'ultima costituisce un fattore di *common concern* per molti stati della comunità internazionale in quanto il costo elevato di alcuni farmaci – con particolar riguardo a quelli di più recente diffusione in relazione a cure sperimentali utilizzate per contrastare malattie infettive come nel caso della Sars-CoV-2 – o la carenza degli stessi (specialmente nel caso di malattie trasmissibili), determinano l'immissione di prodotti talvolta scadenti e falsificati sul mercato sanitario nazionale e internazionale. Da qui deriva l'in-

¹⁷ Cfr. *The 10 essential public health services, To protect and promote the health of all people in all communities* (2020), <https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf>; WHO Service Delivery Seminar Series (2008), *Essential Health Packages: What Are They for? What do They Change?*, DRAFT Technical Brief No. 2.

tenzione, nel *genus* del *target* connesso all'UHC, di garantire farmaci e vaccini di base «sicuri, efficaci e di qualità per tutti»¹⁸. Nell'aprile 2019, la Settantaduesima Assemblea mondiale della sanità, a partire da un rapporto licenziato dal Direttore generale sulla carenza globale e l'accesso a farmaci e vaccini¹⁹, ha individuato un elenco di azioni prioritarie per le politiche sanitarie degli stati membri dell'OMS. L'Assemblea ha quindi adottato la decisione WHA72(21)²⁰, in cui ha richiesto al Direttore generale di elaborare una *road-map*, in consultazione con gli stati membri, al fine di delineare una programmazione del lavoro dell'OMS sull'accesso a farmaci e vaccini per il periodo 2019-2023, nonché di sollecitare l'azione statale nell'attuare quanto previsto dall'Assemblea.

In sintesi, l'UHC, così come concepita dagli stati nell'Agenda 2030, risulta essere un obiettivo quanto mai articolato e di difficile attuazione, ove si consideri che la sua concreta realizzazione richiede necessariamente lo stanziamento di ingenti risorse economiche nel settore sanitario. Inoltre, non può sottacersi che il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *target 3.8* risulta fortemente compromesso dalla disomogeneità dei contesti socioeconomici dei singoli stati, ulteriormente aggravatisi dall'avvento della pandemia.

Per quanto attiene al dato strettamente empirico connesso all'esecuzione dell'UHC, è opportuno menzionare che nel 2015 il raggiungimento della copertura sanitaria universale copriva, secondo l'ultimo Report dell'Organizzazione internazionale del lavoro, il 38% della popolazione globale²¹. Da una più attenta analisi del documento si evince però che il dato del 38% non va letto in termini assoluti, giacché la copertura sanitaria universale è diversamente distribuita a seconda dell'area geografica di riferimento: per esempio, nelle aree urbane l'UHC raggiunge il 56% della popolazione mentre nelle aree rurali copre soltanto il 22% degli individui. I territori in cui le popolazioni sono maggiormente escluse dall'erogazione dei servizi sanitari di base

¹⁸ Cfr. nota 9.

¹⁹ WHO, Seventy-second World Health Assembly, A72/17, Provisional Agenda item 11.7, *Access to Medicines and Vaccines*, Report by the Director-General, 4 aprile 2019.

²⁰ WHO, Seventy-second World Health Assembly A72/21, Provisional Agenda item 12.1, *Pandemic Influenza Preparedness Framework for the Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits Implementation of Decision WHA71(11)* (2018), Report by the Director-General, 11 aprile 2019.

²¹ Cfr. *Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals* (Geneva, International Labour Office), 102-106.

si osservano in Africa e in Asia. In Africa, più dell'80% della popolazione rurale, rispetto a circa il 60% della popolazione urbana, è escluso dal diritto alla protezione sanitaria; in Asia, invece, il 56% della popolazione rurale, rispetto al 24% della popolazione urbana, rimane privo di copertura sanitaria. Su questi numeri incide altresì la scarsità di personale sanitario in aree remote o poco popolate, l'incidenza di malattie trasmissibili che richiedono un costo sanitario elevato (per esempio HIV/AIDS) o, ancora, la presenza sul territorio statale di popolazioni indigene²².

Nonostante gli sforzi dell'OMS e degli stessi stati nell'andare a incrementare l'accesso alle cure di base nell'ambito dei sistemi sanitari nazionali, il Covid-19 ha palesato un meccanismo di tutela della salute individuale troppo spesso incapace di offrire un servizio sanitario adeguato, nonché una effettiva reperibilità dei medicinali fondamentali nella lotta contro il virus. Se infatti è indubbio che la risposta della comunità scientifica è stata tempestiva, soprattutto sul fronte della sperimentazione farmacologica, va sottolineato che cure e trattamenti sanitari non hanno raggiunto gli individui in modo uniforme e senza discriminazioni (Bambra, Riordan, Ford *et al.* 2020). Si pensi che in molti stati soltanto i malati in grado di sostenere le spese per il ricovero e le terapie hanno potuto ottenere le cure mediche e i servizi sanitari utili al trattamento della malattia e, talvolta, solo gli individui più giovani in quanto pazienti con maggiori possibilità di sopravvivenza²³. Al contrario un'applicazione virtuosa e solidaristica dell'UHC avrebbe certamente consentito a tutti, indipendentemente dai fattori economici, di accedere con minori difficoltà ai trattamenti sanitari e ai farmaci utili alla cura della malattia.

4. LA COPERTURA SANITARIA OBBLIGATORIA DAVANTI ALLA PANDEMIA. DAL SOLIDARISMO AL PERSONALISMO

L'emergenza sanitaria internazionale generata dalla propagazione repentina e globale del virus Sars-CoV-2 costituisce indubbiamente un banco di prova senza precedenti per l'analisi dello stato di sviluppo e attuazione dell'UHC. Se da

²² Ivi, 104.

²³ Cfr. l'editoriale "COVID-19 casts light on respiratory health inequalities" (2020), *The Lancet Respiratory Medicine*, vol. 8, n. 8, p. 743 ([https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30308-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30308-8/fulltext)).

un canto l'indiscussa *compliance* degli stati rispetto alla necessità di assicurare a tutti gli individui l'accesso gratuito alle cure mediche e ai servizi sanitari essenziali è un dato di fatto – evidenziato, *inter alia*, proprio dall'inserimento dell'UHC tra gli obiettivi dell'Agenda 2030 – dall'altro non si può certo negare la mancanza di coesione all'interno della comunità internazionale nella gestione della pandemia. Le politiche sanitarie dei singoli stati risultano infatti prive di un comun denominatore di là dal solo fine di sconfiggere il virus, che miete più o meno vittime a seconda del paese raggiunto. Ciò in quanto l'accesso alle cure mediche e ai servizi sanitari è diversamente garantito da ogni singolo stato a seconda del grado di sviluppo socioeconomico, in ragione del carattere programmatico degli obblighi discendenti dal diritto alla salute.

Tuttavia, nel *Commento generale* sull'art. 12 del *Patto sui diritti economici, sociali e culturali* del 1966 che sancisce il diritto alla salute²⁴, il Comitato per i diritti economici, sociali e culturali aveva specificato, già nel 2000, che, stante il carattere programmatico della norma, in capo agli stati contraenti sorgono una serie di obblighi generali a effetto immediato, tra cui quello di garantire l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione nel godimento del diritto in parola²⁵. Difatti, secondo il comitato, il diritto alle cure mediche e ai servizi sanitari trova concreta attuazione solo quando cure e servizi raggiungano tutte le categorie della popolazione, anche quelle maggiormente vulnerabili o marginalizzate, quando siano materialmente accessibili a tutti in condizioni di sicurezza e siano economicamente sostenibili da tutti²⁶. Nello stesso *Commento* il Comitato ha poi sottolineato che dall'art. 12 deriva in capo alle parti contraenti non solo l'obbligo di garantire la fornitura di cure e servizi sanitari,

²⁴ «1. Gli Stati Parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. 2. Le misure che gli Stati Parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini: a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli; b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale; c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere; d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia» (art. 12 del *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*, 1966).

²⁵ CESCR, General Comment No. 14, *cit.*.

²⁶ Ivi, § 12.

e di conseguenza il dovere di prevedere un sistema assicurativo economicamente accessibile a tutti (*obligation to fulfill*)²⁷, ma anche un “obbligo di protezione” (*obligation to protect*), consistente nell’adozione di tutte le misure necessarie a impedire che vengano poste in essere interferenze atte a minare le garanzie di cui all’articolo in esame: ciò si sostanzia, per esempio, a parere del comitato, nel garantire che la privatizzazione del settore sanitario non ne comprometta la disponibilità, l’accessibilità o la qualità²⁸.

Tanto, tuttavia, non ha trovato riscontro nella prassi statale di questi ultimi mesi, segnati invece da un aumento delle disuguaglianze nell’accesso alle cure ed ai servizi sanitari per i soggetti colpiti dal Covid-19: «The poorest and the people in vulnerable situations are the most affected by the Covid-19 crisis»²⁹; d’altra parte i paesi in cui il sistema sanitario è privatizzato hanno registrato, e continuano a registrare, un numero di decessi tra le frange più povere della popolazione proporzionalmente assai superiore rispetto a quello degli stati che offrono un sistema di sanità pubblica³⁰.

Una certa uniformità nella gestione della pandemia si è però potuta avere, seppure in minima parte, grazie all’azione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel quadro generale di tutela e promozione della salute l’OMS opera

²⁷ Ivi, § 36.

²⁸ Ivi, § 35.

²⁹ UN, Economic and Social Council, Ministerial Declaration of the High-level Segment of the 2020 Session of the Economic and Social Council and the 2020 High-level Political Forum on Sustainable Development, under the auspices of ECOSOC, on the theme “Accelerated Action and Transformative Pathways: Realizing the Decade of Action and Delivery for Sustainable Development”, E/2020/L.20–E/HLPF/2020/L.1, 17 July 2020, § 2.

³⁰ La differenziazione tra le politiche sanitarie (oltre che alla già citata natura giuridica dell’UHC quale obiettivo internazionale previsto da fonti giuridiche non vincolanti) si deve principalmente alla mancanza di incisività ed effettività degli strumenti di garanzia posti a tutela del succitato *Patto* in quanto i poteri attribuiti agli organismi di controllo si limitano all’adozione di rapporti e di atti non vincolanti, quali raccomandazioni e pareri. Va inoltre evidenziato che gli unici strumenti a disposizione dei soggetti (vittime della violazione di uno dei diritti sanciti dal *Patto*) sono quelli che si ricavano dal Protocollo opzionale del 2008 ai sensi del quale il comitato può ammonire gli stati inadempienti mediante l’adozione di *views* sempre e comunque prive di obbligatorietà. Occorre poi considerare ulteriormente che tale procedura richiede l’adesione volontaria da parte degli stati contraenti del *Patto* al Protocollo del 2008 e che, fino a oggi, tale adesione è stata prestata da appena 24 stati (su 170 parti contraenti).

quale agenzia specializzata dell'ONU³¹ con un ruolo decisivo proprio nella direzione della gestione internazionale delle questioni di sanità pubblica, tra cui le c.d. *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC)³². Sebbene l'attività dell'Organizzazione consista prevalentemente nella formulazione di indirizzi, strategie e programmi, piuttosto che nella emanazione di atti vincolanti, a norma dell'art. 21 del trattato istitutivo (denominato *Costituzione*) si prevede che essa goda del potere di emanare regolamenti internazionali, obbligatori per gli stati membri, in materia, tra le altre, di misure sanitarie e di quarantena per impedire la propagazione delle malattie infettive³³. E infatti, all'indomani della comunicazione effettuata dalle autorità cinesi circa la presenza di alcuni focolai di una polmonite atipica sul territorio nazionale, l'OMS ha istituito un comitato di emergenza incaricato di verificare l'esistenza di una PHEIC il quale, in mancanza di informazioni adeguate, ha ritenuto che non sussistessero i presupposti necessari alla dichiarazione dello stato di emergenza. Ottenute ulteriori e più specifiche notizie sul fenomeno epidemico, sia dalla Cina che dagli altri stati colpiti dal virus, il 30 gennaio, all'esito della seconda riunione del comitato, il Direttore generale dell'OMS ha poi dichiarato la sussistenza di una PHEIC in relazione al nuovo ceppo di coronavirus, adottando contestualmente alcune raccomandazioni temporanee in cui veniva richiesto a tutti gli stati della comunità internazionale di cooperare al fine di identificare l'agente patogeno e le misure utili al suo contenimento, di condividere le informazioni acquisite sull'andamento dell'infezione e le misure di prevenzione e protezione stabilite a livello interno, nonché di attuare

³¹ *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, 1948, art. 69.

³² Nei regolamenti sanitari internazionali del 2005 si legge che la *Public Health Emergency of International Concern* va considerate come «an extraordinary event which is determined, as provided in these Regulations: to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease; and to potentially require a coordinated international response», (WHO, *International Health Regulations*, Third Edition (2005), p. 9).

³³ «L'Assemblea della sanità è autorizzata a emanare i regolamenti concernenti: a) Le misure sanitarie e di quarantena o qualsiasi altro provvedimento, destinati ad impedire la propagazione delle malattie da un paese all'altro; b) La nomenclatura delle malattie, delle cause di morte e dei metodi d'igiene pubblica; c) La designazione uniforme dei metodi di diagnosi valevoli nel campo internazionale; d) Le norme relative alla conformità, alla purezza ed all'attività dei prodotti biologici, farmaceutici e simili che si trovano nel commercio internazionale; e) Le condizioni relative alla pubblicità e alla designazione dei prodotti biologici, farmaceutici e simili che si trovano nel commercio internazionale.» (art. 21 della *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, 1948).

tutti gli sforzi utili all'identificazione dell'origine dell'epidemia. Sottolineato l'obbligo in capo agli stati di informare l'Organizzazione circa l'evoluzione del virus, l'aumento dei contagi e le misure di prevenzione e contenimento predisposte a livello nazionale, il Direttore generale ha poi espressamente evidenziato il rischio che talune misure di prevenzione o contenimento del contagio potessero determinare situazioni discriminatorie. Inoltre, è stato raccomandato a tutti gli stati di sostenere i paesi in via di sviluppo nel potenziamento della capacità di risposta all'epidemia ed è stato richiesto di informare l'Organizzazione sulle restrizioni, operate al fine del contenimento dei contagi, atte a interferire con il traffico internazionale di merci e persone.

Più in generale, rispetto all'emergenza sanitaria in atto, si può dire che l'OMS abbia agito come riferimento internazionale per l'acquisizione e la divulgazione, anche attraverso il proprio sito web, delle informazioni sulla evoluzione dell'epidemia e sulle misure utili al contrasto del virus e alla diffusione dei contagi. Più specificamente essa ha guidato e assistito sia gli stati che gli operatori sanitari, coordinato la ricerca scientifica sui vaccini e le terapie antivirali, promosso una serie di tavoli tecnici e «orientato la risposta internazionale sul piano normativo» attraverso le disposizioni del proprio Regolamento Sanitario Internazionale (Pontecorvo 2020, 7).

L'azione dell'OMS tuttavia non è – né avrebbe potuto essere a causa dei limiti intrinseci e strutturali dell'agenzia – risolutiva sul fronte del garantire uniformità di accesso alle cure mediche connesse alla pandemia. Nonostante la vincolatività dei regolamenti sanitari la mancanza di meccanismi di *accountability* è senza dubbio la ragione principale cui ascrivere le difficoltà per l'OMS di condizionare effettivamente le politiche sanitarie degli stati membri, anche nella peculiare circostanza di una PHEIC quale è la pandemia attuale. D'altro canto, va però considerato che eventuali strumenti di controllo incontrerebbero comunque nella volontà dello stato il principale limite alla propria efficacia: si pensi che la *Costituzione* dell'OMS prevede all'art. 22 che in ogni caso una parte contraente possa decidere di non essere vincolata a uno specifico regolamento sanitario esercitando il proprio diritto di *opting out*³⁴.

³⁴ È stato infatti sostenuto in dottrina che il limite principale all'efficacia dell'azione dell'OMS consiste nella mancanza di poteri sanzionatori e di controllo nei confronti degli stati membri i quali senza essere suscettibili di sanzione alcuna «violano con una certa costanza i Regolamenti sanitari internazionali (...) e le raccomandazioni dell'Organizzazione in contesti epidemici» (Spagnolo 2017, 391.)

Spetta pertanto solo agli stati, nella logica solidaristica di cui si è parlato, «(to) invest in strengthening national health and social protection systems, including to achieve universal health coverage, to help to ensure a sustainable recovery from Covid-19, as well as pandemic preparedness and the prevention and detection of, and response to, any future outbreaks, including through universal and effective application of the International Health Regulations and a reinforcement of the global health system»³⁵.

5. CONCLUSIONI

La crisi internazionale innescata dalla pandemia ha palesato la fragilità del principio solidaristico sotteso alla stesura dell'Agenda 2030. La gestione personalistica dell'emergenza sanitaria ha infatti svuotato tale principio del suo significato originario di «principle of international law» atto a creare «a context for meaningful cooperation that goes beyond the concept of a global welfare state» e a riflettere e rinforzare «the broader idea of a world community of interdependent states» (Szpak 2017, 110), relegandolo a valore morale privo di effetti concreti sotto il profilo della cooperazione interstatale nell'attuazione degli SDGs.

La natura non vincolante dell'Agenda 2030 costituisce certamente un impedimento sostanziale alla realizzazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile – tra cui l'UHC – rispetto all'attuazione dei quali, a oggi, il solo strumento di garanzia è rappresentato dalla condotta proattiva del soggetto statale. Ciò porterebbe a concludere per un fallimento del progetto delle Nazioni Unite, in ragione della presenza di un vizio d'origine rappresentato dalla scelta dello strumento giuridico della Risoluzione. Tuttavia, nell'attuale fase di estrema frammentazione della comunità internazionale anche il tentativo di pervenire a un trattato multilaterale costituirebbe certamente un'ipotesi fallimentare. Una soluzione maggiormente efficace potrebbe essere invece rappresentata dal rafforzamento dei meccanismi di condizionalità propri dei sistemi di finanziamento internazionale di cui si è parlato. Rappresentando uno strumento giuridico di forte pressione politica, le clausole di condizionalità finirebbero infatti con il limitare enormemente la discrezionalità dell'azione

³⁵ High-level political forum on 25 July 2019 - 22 July 2020 sustainable development Agenda, item 5.

statale nell'attuazione degli SDGs, inducendo i soggetti destinatari di fondi ad un'attuazione "forzata" di obiettivi formalmente non vincolanti.

BIBLIOGRAFIA

- Atapattu S. (2019), "From our Common Future to Sustainable Development Goals: Evolution of Sustainable Development under International Law", *Wisconsin International Law Journal*, vol. 36, n. 2, pp. 215-246.
- Bambra C., Riordan R., Ford J. *et al.* (2020), "The Covid-19 Pandemic and Healthinequalities", *J Epidemiol Community Health*, vol. 74, n. 11, pp. 964-968.
- Bristol-Alagbariya E.T. (2020), "Sustainable Development: Soft Law Concept Transforming SD-Oriented Initiatives of the UN System into Hard Law Instruments in UN Member-States and Promoting Partnerships around the Globe", *Journal of Law, Policy and Globalization*, vol. 94, pp. 40-52.
- Carrin G., James C., Evans D.B. (2005), "Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System - Technical Brief for Policy-makers", *World Health Organization*, n. 1, pp. 1-12.
- Clements B., Gupta S, Nozaki M. (2013), "What Happens to Social Spending in IMF-supported Programmes?", *Applied Economy*, vol. 48, n. 28, pp. 4022-4033.
- Kentikelenis A.E. (2015), "Bailouts, Austerity and the Erosion of Health Coverage in Southern Europe and Ireland", *European Journal of Public Health*, vol. 25, n. 3, pp. 365-366.
- Khan J.A.M, Sayem A., Evans T.G. (2017), "Catastrophic Healthcare Expenditure and Poverty Related to Out-of-pocket Payments for Healthcare in Bangladesh. An Estimation of Financial Risk Protection of Universal Health Coverage", *Health Policy and Planning*, vol. 32, n. 8, pp. 1102-1110.
- Kim R.E. (2016), "The Nexus between International Law and the Sustainable Development Goals", *Review of European, Comparative & International Environmental Law*, vol. 25, n. 1, pp. 15-26.
- Goldstein A., Guskin E., "Almost one-third of Black Americans Know Someone who Died of Covid-19, Survey Shows", *The Washington Post*, 26 June, 2020.
- McArthur J.W. (2013), "Own the Goals: What the Millennium Development Goals have Accomplished", *Foreign Affairs*, vol. 92, n. 2, pp. 152-163.
- Nanda V.P. (2016), "The Journey from the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals", *Denver Journal of International Law and Policy*, vol. 44, n. 3, pp. 389-412.
- Negri S. (2013), "La tutela della salute pubblica internazionale tra governance globale, «sovrànità sanitaria» e diritti fondamentali", in P. Bargiacchi *et al.*, *Studi in onore di Augusto Sinagra*, Roma, Aracne, pp. 336-338.

- (2018), *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*, Torino, Giappichelli, p. 45.
- Pontecorvo C.M. (2020), “Il diritto internazionale ai tempi del (nuovo) Coronavirus: prime considerazioni sulla recente epidemia di ‘Covid-19’”, *Diritti umani e diritto internazionale*, vol. 14, pp. 195-216.
- Saksena P., Hsu J., Evans D.B. (2014), “Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges”, *PLOS Medicine*, vol. 11, n. 9 (<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001701>).
- Sands P. (1994), “International Law in the Field of Sustainable Development”, *British Yearbook of International Law*, vol. 65, n. 1, pp. 303-381.
- Schiller C., Hensen H., Kuhnle S. (2009), “Global Health Policy: What Role for International Governmental Organizations?”, in R. Ervik, N. Kildal, E. Nilssen (eds), *The Role of International Organizations in Social Policy. Ideas, Actors and Impact*, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 212-245.
- Spagnolo A. (2017), “Contromisure dell’Organizzazione Mondiale della Sanità come conseguenza di violazioni dei Regolamenti sanitari internazionali in contesti epidemici”, in *La tutela della salute nel diritto internazionale ed europeo tra interessi globali e interessi particolari*, in L. Pineschi (ed.), Napoli, Editoriale Scientifica, p. 391.
- Stubbs T., Kentikelenis A., Stuckler D., McKee M., King L. (2017), “The Impact of IMF Conditionality on Government Health Expenditure: A Cross-national Analysis of 16 West African Nations”, *Social Science & Medicine*, vol. 174, pp. 225-226.
- Stuckler et al. (2011), “International Monetary Fund and Aid Displacement”, *International Journal of Health Services*, vol. 41, n. 1, pp. 67-76.
- Szpak A. (2017), “International Solidarity as the Basis for Millennium/Sustainable Development Goals”, *Polish Quarterly of International Affairs*, vol. 26, n. 1, pp. 106-126.
- Tosun J., Leininger J. (2017), “Governing the Interlinkages between the Sustainable Development Goals: Approaches to Attain Policy Integration”, *Global Challenges*, vol. 1, n. 170036, pp. 1-12.
- Wellens K. (2010), “Revisiting Solidarity as a (Re-)Emerging Constitutional Principle: Some Further Reflections”, in R. Wolfrum, C. Kojima (eds), *Solidarity: A Structural Principle of International Law*, Beiträge zum ausländischen öffentlichen Recht und Völkerrecht (Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht), vol. 213, Berlin-Heidelberg, Springer, pp. 5-7.
- Zukang S. (2011), “Legal and Policy Dimensions of Sustainable Development”, *Environmental Policy and Law*, vol. 41, n. 6, pp. 244-246.

