



ISSN 2384-9169
NUMERO SPECIALE
www.eurojus.it

Accesso ai vaccini: diritto internazionale ed europeo



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
DIPARTIMENTO DI DIRITTO PUBBLICO
ITALIANO E SOVRANAZIONALE

Centro di Eccellenza Jean Monnet
Via Festa del Perdono, 7 - 20122 Milano - Italia/Italy

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Indice

1. GIANLUCA CONTALDI E ANDREA CALIGIURI, *Introduzione*.....1
2. GIACOMO DI FEDERICO, *La strategia dell'Unione europea per i vaccini tra principio di attribuzione e leale collaborazione*.....8
3. VINCENZO SALVATORE, *La valutazione dei vaccini nell'Unione europea*.....15
4. CARLO CURTI GIALDINO, *Diplomazia dei vaccini e politica estera al tempo della pandemia da COVID-19*.....21
5. JULIANA RODRÍGUEZ RODRIGO, *A few thoughts on the Advance Purchase Agreement of COVID-19 vaccine between the European Commission and AstraZeneca*.....31
6. PIA ACCONCI, *L'effettività delle azioni internazionali per l'immunizzazione planetaria antiCOVID-19 tra interessi collettivi e unilaterali*.....51
7. FEDERICA PASSARINI, *Il ruolo degli Stati e dell'OMS nel contrasto alle malattie epidemiche e il problema dell'iniqua distribuzione dei vaccini*.....69

Introduzione

DI GIANLUCA CONTALDI* E ANDREA CALIGIURI**

Sommario: 1. Un'analisi del problema dell'accesso ai vaccini nella prospettiva del diritto internazionale ed europeo. – 2. Alcune osservazioni preliminari in merito alle strategie nazionali sui vaccini anti-Covid nell'ottica della tutela del diritto umano alla salute.

Keywords: vaccini; Commissione europea; EMA; diritto alla salute; cooperazione internazionale; diplomazia dei vaccini; TRIPS; OMS.

1. Un'analisi del problema dell'accesso ai vaccini nella prospettiva del diritto internazionale ed europeo

Il presente fascicolo della *Rivista* ospita una serie di interventi sulle problematiche giuridiche connesse all'accesso ai vaccini, quali cure mediche di recente introduzione per fronteggiare la pandemia da COVID-19.

Più dettagliatamente, gli scritti di Giacomo Di Federico e di Vincenzo Salvatore analizzano l'azione svolta dall'Unione europea. Nella specie, il primo incentra la propria attenzione sulla competenza in capo alle istituzioni europee e sulle azioni concretamente intraprese da vari organi - ed in particolare dalla Commissione europea - per garantire l'approvvigionamento delle dosi necessarie di vaccini; mentre il secondo analizza il ruolo svolto dall'Agenzia europea del farmaco (EMA) e dalle agenzie nazionali competenti, nelle procedure di approvazione e di autorizzazione all'immissione in commercio dei vaccini.

* Professore ordinario di Diritto dell'Unione europea presso l'Università di Macerata, autore del paragrafo 1.

** Professore associato di Diritto internazionale presso l'Università di Macerata, autore del paragrafo 2.

Lo scritto di Carlo Curti Gialdino si incentra su un aspetto particolarmente rilevante nelle relazioni internazionali, sovente trascurato nelle trattazioni specialistiche, che è quello della diplomazia sanitaria e, più dettagliatamente, della c.d. diplomazia dei vaccini (che, come chiarisce l'Autore, è un sub-settore della categoria generale) ovvero di quegli strumenti di pressione ai quali fanno attualmente ricorso gli Stati per estendere la propria sfera di influenza geopolitica.

Il lavoro della collega Rodríguez Rodrigo analizza invece in maniera esaustiva le questioni strettamente privatistiche legate al contratto di fornitura di vaccini concluso dalla Commissione europea con AstraZeneca. L'Autrice, in particolare, si concentra sia sulle questioni di diritto materiale, relative agli aspetti contrattuali e ai relativi inadempimenti nella fornitura dei vaccini, sia sulle problematiche più propriamente internazionalprivatistiche della vicenda, quali la giurisdizione e la legge applicabile in un'eventuale azione di responsabilità nei confronti dell'azienda anglo-svedese.

Gli scritti di Pia Acconci e di Federica Passarini attengono, viceversa, ad aspetti tipici del diritto internazionale, quali il ruolo assunto, nella gestione della pandemia, rispettivamente dall'Organizzazione mondiale del commercio (OMC) e dall'Organizzazione mondiale della Salute (OMS). In particolare, con riferimento al ruolo dell'OMC, la collega Acconci analizza la *vexata quaestio* della possibilità di introdurre deroghe ai brevetti rilasciati a protezione dei vaccini, tramite il ricorso alle licenze obbligatorie; mentre Federica Passarini si concentra sul Regolamento sanitario internazionale adottato dall'OMS per fronteggiare le epidemie, rispetto al quale non manca di rilevare come lo stesso sia ormai sostanzialmente superato ed inadatto per affrontare le nuove malattie pandemiche.

Infine, a titolo di premessa ai temi trattati dai diversi Autori, Andrea Caligiuri, con il quale abbiamo curato la raccolta dei contributi, nel paragrafo successivo, analizza la vicenda della produzione e alla distribuzione di vaccini nella prospettiva della tutela del diritto umano alla salute (art. 12 del Patto sui diritti economici, sociali e culturali) e degli obblighi che gli Stati avrebbero nel caso di diffusione di malattie epidemiche per salvaguardare il godimento di tale diritto.

L'obiettivo di questa raccolta di scritti è duplice: da un lato, fornire una serie di informazioni non agevolmente reperibili, anche per gli esperti nelle materie internazionalistiche, in quanto sparse in una congerie di fonti e di atti, in genere atipici, di varie organizzazioni internazionali; dall'altro, in maniera ben più ambiziosa, fornire un contributo alla riflessione in relazione agli aspetti rilevanti per il diritto internazionale ed europeo. A tutti gli Autori, che sicuramente hanno risposto in maniera approfondita e rapida (obiettivi che raramente vanno congiuntamente) alle sollecitazioni della prassi, va pertanto la nostra sincera gratitudine.

Speriamo vivamente che il lettore possa, in questa raccolta, trovare talune risposte ai numerosi interrogativi giuridici che l'attuale fase di sviluppo tumultuoso delle relazioni internazionali indubbiamente suscita e possa – al contempo – porre nuove domande per ravvivare, a propria volta, il dibattito scientifico.

2. Alcune osservazioni preliminari in merito alle strategie nazionali sui vaccini anti-Covid nell'ottica della tutela del diritto umano alla salute

L'epidemia causata dal virus SARS-CoV-2 ha portato ad una crisi sanitaria senza precedenti a livello globale, regionale e delle singole realtà nazionali; in particolare, una delle maggiori criticità si è manifestata – e tuttora si manifesta – in relazione alla produzione e alla distribuzione di vaccini, ovvero di quelle cure mediche necessarie che dovrebbero essere messe a disposizione di ogni individuo per contribuire a tutelarne il diritto alla salute.

A livello universale, il diritto umano alla salute è riconosciuto dall'art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali¹, il quale, al paragrafo 1, proclama «il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire», e, al paragrafo 2, indica una lista non esaustiva delle condotte che gli Stati devono tenere per dare piena attuazione a tale diritto².

Ai fini della nostra riflessione, questa norma verrà analizzata in riferimento alla sola situazione in cui si verifichi una epidemia, al fine di valutare la conformità ad essa delle azioni intraprese dagli Stati nel predisporre quelle misure sanitarie necessarie a favore delle popolazioni sottoposte alla loro responsabilità.

La realizzazione del diritto alla salute può essere perseguita dagli Stati attraverso numerosi approcci complementari, come la formulazione di politiche sanitarie, o l'attuazione di programmi sanitari sviluppati dall'OMS, o l'adozione di strumenti giuridici specifici³; tuttavia, il Comitato dei diritti economici, sociali e culturali (CESCR) ha sottolineato, come avviene per ogni diritto riconosciuto dal Patto, che gli Stati debbano quantomeno assicurare un livello minimo essenziale di tutela del diritto alla salute, la cui realizzazione è comunque da apprezzare alla luce delle risorse a disposizione di ciascuno⁴.

Più nello specifico, per quanto concerne l'attuazione del diritto alla salute in situazioni di diffusione di epidemie, l'art. 12, par. 2(c), impone agli Stati un preciso obbligo finalizzato

1 Si ricorda che la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 aveva già riconosciuto il diritto alla salute nel suo art. 25. Il diritto alla salute è stato riconosciuto anche in altre convenzioni internazionali: art. 5 (e) (iv) della Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale del 1965; articoli 11, par. 1 (f), e 12 della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne del 1979; art. 24 della Convenzione sui diritti del bambino del 1989. Anche diversi strumenti regionali sui diritti umani riconoscono il diritto alla salute: art. 11 della Carta sociale europea del 1961 rivista; art. 16 della Carta africana sui diritti umani e dei popoli del 1981; art. 10 del Protocollo aggiuntivo alla Convenzione americana sui diritti umani nell'area dei diritti economici, sociali e culturali del 1988.

2 Art. 12 Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali: «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».

3 CESCR, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 ICESCR)*, 2 May 2016, UN Doc. E/C.12/GC/22, 11 agosto 2000, par. 1.

4 *Idem*, par. 43. Più in generale in riferimento agli adempimenti degli Stati in riferimento all'attuazione del Patto, si veda CESCR, *General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)*, UN Doc. E/1991/23, 14 dicembre 1990, paragrafi 10-12.

all'adozione di misure per «la profilassi, la cura e il controllo» di tali malattie epidemiche. Nell'interpretazione fornita dal CESCR, questo obbligo si concretizzerebbe nella creazione da parte di ciascuno Stato di un sistema di cure mediche urgenti in caso di epidemie, nella capacità di fornire assistenza umanitaria in situazioni di emergenza, nonché nell'assicurare un controllo delle malattie da perseguire tramite sforzi individuali e congiunti con altri Stati, tra l'altro, per rendere disponibili le tecnologie pertinenti, utilizzando e migliorando la sorveglianza epidemiologica e la raccolta di dati su base disaggregata, l'attuazione o il rafforzamento dei programmi di immunizzazione e altre strategie di controllo delle malattie infettive⁵. In quest'ottica, il CESCR ha indicato, tra i c.d. «*core obligations*» che gli Stati sono tenuti a rispettare in quanto atti ad assicurare quei livelli minimi di prestazione a garanzia del diritto alla salute, quello «*[t]o adopt and implement a national public health strategy and plan of action, on the basis of epidemiological evidence, addressing the health concerns of the whole population*»⁶, a cui si deve associare a titolo di obbligo aggiuntivo di priorità comparabile all'obbligo principale, quello «*[t]o provide immunization against the major infectious diseases occurring in the community*»⁷.

Se gli Stati non riescono individualmente ad adempiere a questi obiettivi in materia di tutela del diritto alla salute, essi avrebbero un obbligo di cercare assistenza da parte di altri Stati⁸.

La diffusione dell'epidemia da COVID-19 ha, tuttavia, messo in evidenza alcune criticità relative agli obblighi che l'art. 12 del Patto imporrebbe agli Stati per assicurare il godimento del diritto alla salute. Infatti, la norma in questione risulta essere incentrata prioritariamente sull'esigenza di salvaguardare il godimento del diritto alla salute nei singoli ambiti statuali, senza che sia tenuto in debito conto che, in alcune specifiche circostanze, la situazione emergenziale sanitaria possa travalicare i confini nazionali e avere una diffusione a livello mondiale, necessitando di misure specifiche di assistenza e di cooperazione internazionale.

Nella prospettiva di realizzazione del diritto alla salute, il Patto non esclude, di per sé, la dimensione solidaristica – un obbligo per gli Stati di fornire assistenza e cooperazione internazionale è imposto dall'art. 2, par. 1, del Patto stesso⁹ – ma non vengano indicate le specifiche modalità attraverso le quali questa cooperazione dovrebbe essere organizzata in ambito sanitario, eventualmente dando rilievo all'attività normativa e di coordinamento di organizzazioni internazionali competenti quale l'OMS. Il Relatore speciale presso il Consiglio dei diritti umani, Dainius Pūras, ha individuato alcuni degli strumenti attraverso i quali

⁵ *General Comment No. 14*, par. 16

⁶ *Idem*, par. 43. Secondo il CESCR, la strategia e il piano d'azione sono concepiti, e periodicamente rivisti, sulla base di un processo partecipativo e trasparente; essi includono metodi, quali indicatori del diritto alla salute e parametri di riferimento, attraverso i quali i progressi possono essere attentamente monitorati; il processo attraverso il quale la strategia e il piano d'azione sono concepiti, così come il loro contenuto, danno particolare attenzione a tutti i gruppi vulnerabili o emarginati.

⁷ *General Comment No. 14*, par. 44.

⁸ *Final report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Dainius Pūras, UN Doc. A/75/163, 16 luglio 2020, par. 9.

⁹ *General Comment No. 14*, par. 45. Più in generale sull'obbligo di assistenza e cooperazione internazionale, si veda il *General Comment No. 3*, par. 13.

l'assistenza dovrebbe essere realizzata dagli Stati che possono offrirla; quest'ultimi dovrebbero «*share research, medical equipment, supplies and best practices; coordinate to reduce the economic and social impacts of the pandemic; limit economic sanctions, debt obligations and intellectual property regimes that impede access to needed resources; and, in all this, focus on groups in vulnerable and disadvantaged situations, fragile countries and conflict and post-conflict situations*»¹⁰. Più di recente, nella situazione di emergenza causata dal COVID-19, il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite ha indicato anche alcune modalità attraverso le quali gli Stati dovrebbero adempiere al loro dovere di cooperazione e assistenza internazionale, per esempio utilizzando i loro diritti di voto come membri di diverse istituzioni e organizzazioni internazionali e di organizzazioni di integrazione regionale come l'Unione Europea, in quanto queste organizzazioni possono favorire la realizzazione di quelle misure di assistenza necessarie ai paesi più svantaggiati¹¹.

Se questo approccio è in linea di principio accolto dalla comunità internazionale, rimane la questione di come questa assistenza e cooperazione internazionale possa essere concretamente realizzata e strutturata durante un'emergenza sanitaria globale che assuma le caratteristiche peculiari di quella da COVID-19 e di come andrebbero valutate le condotte di quegli Stati che potrebbero offrire assistenza, in quanto in possesso di risorse essenziali per la lotta contro l'epidemia, ma che si trovano essi stessi in una situazione particolare in cui quelle stesse risorse, spesso scarse (quali possono essere i vaccini), potrebbero ritornare ad essere indispensabili per le loro comunità nazionali¹².

L'incertezza del quadro normativo di riferimento, in combinazione con la paura che determinate malattie possano diffondersi senza controllo, danneggiando l'economia e la vita sociale di interi paesi e per un tempo non definito, spinge invece gli Stati a perseguire politiche opposte all'ideale solidaristico. In riferimento alla situazione prodottasi in seguito all'epidemia da COVID-19, qualcuno ha efficacemente definito queste politiche come espressione di un «nazionalismo dei vaccini»¹³, dove al più l'aspetto solidaristico è promosso da uno Stato o più Stati con fini di penetrazione geopolitica in contesti geografici ritenuti strategici per gli interessi nazionali (c.d. «diplomazia dei vaccini») ¹⁴.

10 *Final report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras*, cit., par. 11.

11 ECOSOC, *Statement on universal affordable vaccination against coronavirus disease (COVID-19), international cooperation and intellectual property*, UN Doc. E/C.12/2021/1, 23 aprile 2021, par. 3.

12 In merito alla necessità di strutturare la cooperazione internazionale su base stabile in situazioni di epidemie a diffusione mondiale, la comunità internazionale ha mostrato l'interesse a negoziare un trattato internazionale dedicato; si veda *Global leaders unite in urgent call for international pandemic treaty*, 30 marzo 2021, disponibile su: <https://www.who.int/news/item/30-03-2021-global-leaders-unite-in-urgent-call-for-international-pandemic-treaty>.

13 D. P. FIDLER, *Vaccine nationalism's politics*, in *Science*, 2020, p. 745 ss., disponibile su: <https://science.sciencemag.org/content/369/6505/749.full>; T. MEYER, *Trade Law and Supply Chain Regulation in a Post-COVID-19 World*, in *American Journal of International Law*, 2020, p. 638 ss. L'ECOSOC ha sottolineato che “*Vaccine nationalism breaches the extraterritorial obligations of States to avoid taking decisions that limit the ability of other States to make vaccines available to their populations and thus to implement their human rights obligations relating to the right to health, as it results in a shortage of vaccines for those who are most in need in the least developed countries*” (*Statement on universal affordable vaccination for COVID-19, international cooperation and intellectual property*, cit., par. 4).

14 Al riguardo v., in questo fascicolo della *Rivista*, lo scritto di C. CURTI GIALDINO.

Sul piano non esclusivamente giuridico, una parte della dottrina nel valorizzare anche la dimensione etica dell'obbligo statale di realizzare il diritto alla salute ritiene che gli Stati abbiano un obbligo ulteriore, quello di non danneggiare la salute delle popolazioni di altri paesi¹⁵. L'adempimento di un tale obbligo andrebbe apprezzato tanto più in una situazione epidemica quale quella da COVID-19, in relazione all'accumulo di scorte nazionali di vaccini – vaccini spesso con scarsa reperibilità – oltre a quelle immediatamente necessarie per immunizzare la propria popolazione. Sebbene non ci siano limiti imposti da norme internazionali sulle quote di vaccini che possono essere acquistate da ciascuno Stato, sembra ragionevole ritenere che una soglia limite sia raggiunta quando quelle quote superino il numero di dosi necessarie per proteggere la propria popolazione, ostacolando il godimento del diritto alla salute della popolazione di altri paesi¹⁶. In passato, non sono mancate evidenze circa gli effetti distorsivi dell'accumulo di scorte di vaccini sulla distribuzione equa degli stessi a livello globale, ad esempio nel caso dell'epidemia causata dal virus H1N1 (c.d. «febbre suina»), diffusasi tra il 2009 e il 2010. Tuttavia, quandanche un simile obbligo di non danneggiare la salute delle popolazioni di altri paesi sussistesse in capo agli Stati, risulterebbe difficile provarne una qualsiasi violazione, poiché ciò richiederebbe la disponibilità di informazioni difficili da ottenere, come ad esempio quelle relative al contenuto dei contratti – gli *Advance Purchase Agreements* – che gli Stati firmano con le case farmaceutiche produttrici dei vaccini che, generalmente, sono classificati come segreti commerciali o informazioni riservate. Non si può tuttavia non constatare come alcuni Stati, proprio nella crisi sanitaria attuale, abbiano mostrato una propensione a conformarsi ad un tale obbligo (morale) nel definire le loro politiche di contrasto all'emergenza sanitaria¹⁷.

Da ultimo, senza voler entrare nel merito della questione, la realizzazione del diritto alla salute se è una primaria responsabilità degli Stati, sembra oramai evidente che non possa prescindere da un altro elemento, ovvero quello della responsabilità delle aziende farmaceutiche in relazione all'accesso ai farmaci. Questa questione è stata più volte sottolineata in ambito delle Nazioni Unite¹⁸ e va ad incidere su una serie di aspetti che riguardano il finanziamento della ricerca, la produzione e la diffusione dei farmaci, ivi compresi i vaccini, nonché su fattori quali la trasparenza dei processi e delle procedure, le politiche anticorruzione e le attività di lobbying che interessano il modo stesso in cui le case

15 B. TOEBES, *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Antwert/Groningen/Oxford, 1999, pp. 321-326; E. KOLLAR, S. LAUKÖTTER, A. BUYX, *Humanity and Justice in Global Health: Problems With Venkatapuram's Justification of the Global Health Duty*, in *Bioethics*, 2016, p. 41 ss., p. 47.

16 A. VON BOGDANDY, P. A. VILLARREAL, *The Role of International Law in Vaccinating Against COVID-19: Appraising the COVAX Initiative*, MPIL Research Paper Series No. 2020-46, disponibile su: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3733454, p. 21.

17 Si veda, ad esempio, la politica degli Stati Uniti sotto l'amministrazione del Presidente Biden (J. WINGROVE, J. SINK, *Biden Says He'll Send Vaccines Overseas Once Supply Sufficient*, in *Boomberg*, 21 aprile 2021, <https://www.bloomber.com/news/articles/2021-04-21/biden-says-he-ll-send-vaccines-overseas-once-supply-sufficient>) o la decisione dell'UE di partecipare all'iniziativa COVAX (Coronavirus Global Response: the Commission's contribution to the COVID-19 Vaccine Global Access Facility (COVAX), Press release, 18 settembre 2020, disponibile su: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1694).

18 Si veda, ad esempio, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, UN Doc. A/63/263, 11 agosto 2008, par. 44, dove si prospetta una «*shared responsibility*» degli Stati e del settore farmaceutico privato per migliorare l'accesso ai farmaci.

farmaceutiche agiscono sul mercato¹⁹. Ma su un punto, forse, la responsabilità delle case farmaceutiche nell'adempimento del diritto alla salute emerge più di altri e cioè quello della difesa – a volte strenua – dei loro titoli di proprietà intellettuale sui farmaci/vaccini scoperti e prodotti, difesa che si manifesta nelle scelte di non concedere licenze volontarie non esclusive al fine di aumentare l'accesso ai farmaci/vaccini nei paesi a basso e medio reddito o nella pressione esercitata sugli Stati con il fine di impedire l'applicazione di quelle norme dell'Accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale (TRIPS) che permetterebbero di introdurre elementi di flessibilità allo scopo di promuovere un accesso più equo ai farmaci/vaccini, comprese le disposizioni relative alle licenze obbligatorie e alle importazioni parallele²⁰.

19 Il *General Comment No. 14*, par. 42, fa un mero riferimento al tema in oggetto. Si veda, invece, *Human Rights Guidelines for Pharmaceutical Companies in relation to Access to Medicines*, in *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, cit.

20 Si veda il fallito tentativo di Sudafrica e India di attivare l'art. 31 bis del TRIPS in materia di vaccini anti-Covid (WTO – Council for TRIPS, *Waiver from certain provisions of the TRIPS agreement for the prevention, containment and treatment of covid-19 communication from India and South Africa*, IP/C/W/669, 2 ottobre 2020, <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/W669.pdf&Open=True>), proposta a cui si opposero principalmente USA, UE, Regno Unito, Giappone, Canada e Brasile. Più di recente, gli USA, guidati dalla nuova amministrazione del Presidente Biden, hanno cambiato posizione mostrando la loro disponibilità di promuovere un nuovo tentativo di attivazione dell'art. 31 bis del TRIP (Statement from Ambassador Katherine Tai on the COVID-19 Trips Waiver, 5 maggio 2021, disponibile su: <https://ustr.gov/about-us/policy-offices/press-office/press-releases/2021/may/statement-ambassador-katherine-tai-covid-19-trips-waiver>). Al riguardo v., in questo fascicolo della *Rivista*, lo scritto di P. ACCONCI.