

# L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ ALLA PROVA DEL COVID-19: MALA GESTIO O CAPRO ESPIATORIO?

**Agostina Latino**

*Abstract (it):* Il 6 luglio gli Stati Uniti hanno dato inizio al processo formale di recesso dall'Organizzazione mondiale della sanità, accusata di essere stati troppo accomodante, per non dire supina, nei confronti della Cina nella gestione del CoViD-19. Questo lavoro prende le mosse, in prima battuta, da una breve ricostruzione giuridica delle origini, struttura e risorse dell'OMS, al fine di evidenziare come le carenze di empowerment dell'Organizzazione siano dovute ab initio alla volontà degli Stati che le hanno dato vita. In secondo luogo, attraverso una sorta di cronaca dell'attuale emergenza sanitaria, nell'arco temporale che va dai primi casi di "polmonite di causa sconosciuta" manifestatisi a Wuhan alla dichiarazione di una pandemia, si cerca di evidenziare il ruolo assunto dall'OMS per affrontare il CoViD-19 attraverso il coordinamento mondiale della risposta multilaterale versus l'(improvvis)azione degli Stati, con cui molti di questi, in spregio al principio di solidarietà sancito dall'art. 44 del Regolamento sanitario internazionale del 2005, hanno affrontato questa sfida sanitaria, dalla complessità senza precedenti.

*Abstract (en):* On July 6 the United States formally began its withdrawal from the World Health Organization, accused of having been too accommodating, not to say supine, towards China with regard to the management of CoViD-19. This work essentially describes a brief legal reconstruction of the origins, structure and resources of the WHO, in order to note how the empowerment deficiencies of the Organization are due ab initio to the will of the States that gave it birth. Secondly, through a sort of chronicle of the current health emergency, from the first cases of "pneumonia of unknown cause" in Wuhan to the declaration of a pandemic, an attempt will be made to highlight the role assumed by the WHO to face CoViD-19 through the worldwide coordination of the multilateral response versus the (improvised) action of governments, with which many of them, in defiance of the principle of solidarity enshrined in art. 44 International Health Regulations of 2005, are facing this health challenge, of unprecedented complexity.

**SOMMARIO:** **1.** Introduzione. - **2.** Organigramma, apparato normativo e risorse dell'Organizzazione mondiale della sanità. - **3.** La *timeline* dell'approccio dell'Organizzazione mondiale della sanità all'emergenza sanitaria CoViD-19, dai primi focolai alla dichiarazione della pandemia. - **4.** Brevi osservazioni conclusive.

## 1. Introduzione.

Il 6 luglio gli Stati Uniti hanno notificato il loro recesso dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, *World Health Organization* - WHO)<sup>1</sup>. Il Segretario generale delle Nazioni Unite, depositario dello Statuto dell'OMS – denominato Costituzione<sup>2</sup> –, attraverso un proprio portavoce, ha comunicato l'abbrivio ufficiale del ritiro che il Presidente Trump aveva minacciato per la prima volta il 7 aprile, data in cui si celebra la Giornata mondiale della salute (coincidenza involontaria o smacco ponderato?), sottolineando che il recesso avrà effetto dal 6 luglio 2021, posto che in tale arco temporale tutte le condizioni per il ritiro siano soddisfatte<sup>3</sup>, *in primis* il pagamento delle quote associative inevase che, al 30 giugno, ammontano a 198 milioni di dollari<sup>4</sup>. Questa decisione unilaterale fa capo al Presidente Usa che l'ha

---

1 In verità, il ritiro degli Stati Uniti dall'OMS, accusata di essere troppo sino-centrica, si iscrive nell'alveo di un'ostilità sempre più marcata che questo Paese mostra di nutrire nei confronti dei consessi internazionali. A tal riguardo, basti pensare all'atteggiamento ostruzionistico con cui dal 2016 hanno posto in una situazione di *impasse* il rinnovo dei membri dell'Organo di Appello del dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (sul punto sia consentito rinviare a A. LATINO, *Scambi globali: Il tallone d'Achille del WTO*, Global Watch ISPI, 10 luglio 2020, <https://www.ispionline.it/it/publicazione/scambi-globali-il-tallone-dachille-del-wto-26881>), o quello contro la Corte Penale internazionale (di cui peraltro gli USA non hanno mai ratificato lo Statuto, ma contro cui, nel 2018 l'allora consigliere per la sicurezza nazionale americana, John R. Bolton, ha lanciato un attacco senza precedenti, minacciando sanzioni ai suoi giudici e procuratori, quali il divieto di ingresso negli Stati Uniti, misure contro i loro beni nel sistema finanziario americano e procedimenti giudiziari). In un'ottica più squisitamente giuridica, l'animosità statunitense alle assise multilaterali si è tradotta in vere e proprie denunce di trattati come, ad esempio, quella relativa all'Accordo sul nucleare iraniano (accordo sottoscritto da Barack Obama e definito "embarrassing" dal suo successore il quale, dopo il recesso nel 2018, ha ripreso le sanzioni contro Teheran), quella riguardante il Trattato sul Partenariato Trans-Pacifico (l'ordine esecutivo che ha sancito il ritiro da questo accordo commerciale tra 12 Paesi è stato proprio uno dei primi atti della presidenza Trump), quella che si perfezionerà quest'anno concernente l'Accordo di Parigi sul clima, o ancora i ritiri, basati sull'accusa di "unending hostility toward Israel" sia dal Consiglio delle Nazioni Unite per i diritti umani nel giugno 2018, sia dall'Unesco, per protesta contro l'ingresso dell'Autorità nazionale palestinese nel 2011, ritiro divenuto definitivo nel 2017.

2 La Costituzione dell'OMS è stata adottata dalla Conferenza Internazionale della Sanità tenutasi a New York dal 19 giugno al 22 luglio 1946, firmata il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 Stati, ed è entrata in vigore il 7 aprile 1948. Gli emendamenti adottati dalla 26<sup>sima</sup>, 29<sup>sima</sup>, 39<sup>sima</sup> e 51<sup>sima</sup> Assemblea Mondiale della Sanità (risoluzioni WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 e WHA51.23) sono entrati in vigore rispettivamente il 3 febbraio 1977, il 20 gennaio 1984, l'11 luglio 1994 e il 15 settembre 2005 e sono stati incorporati nel testo. La Costituzione dell'OMS, così come tutti gli altri riferimenti normativi a essa relativi, menzionati nel presente contributo, sono rinvenibili all'indirizzo web: <https://www.who.int/>. (n.d.r.: l'ultima data in cui i siti web riportati in queste note sono stati consultati è il 1° luglio 2020).

3 Stéphane DUJARRIC, Spokesman for the Secretary-General, Note to Correspondents in Answer to Questions Regarding the World Health Organization, July 7, 2020, reperibile all'indirizzo web <https://www.un.org/sg/en/content/sg/note-correspondents/2020-07-07/note-correspondents-answer-questions-regarding-the-world-health-organization>

adottata bypassando il Congresso<sup>5</sup> attirandosi sia una netta critica di alcuni dei suoi membri<sup>6</sup>, sia la ferma condanna del candidato democratico alla Casa Bianca, Joe Biden, il quale si è affrettato a dichiarare che gli Stati Uniti «*will rejoin the WHO*»<sup>7</sup> nel primo giorno della sua presidenza, laddove dovesse vincere le elezioni di novembre.

È interessante notare che nella Costituzione dell'OMS non è contemplata una norma *ad hoc* sul recesso, sicché, al netto delle disquisizioni della dottrina, divisa fra chi ritiene che tale mancata menzione sia da interpretarsi come una sorta di silenzio-diniego, il consenso iniziale dando vita a una sorta di accordo *a perpétuité*<sup>8</sup>, e chi, viceversa, ritiene ammissibile la facoltà di recesso<sup>9</sup>, la base giuridica a suffragio delle intenzioni degli USA va ricondotta alla riserva da essi formulata al momento

---

4 Per il biennio 2018-2019, il governo degli Stati Uniti si è impegnato a contribuire al bilancio dell'OMS con 893 milioni di dollari, cifra risultante dalla sommatoria degli "assessed contributions" e dei contributi volontari.

5 Dal punto di vista del diritto interno non è affatto pacifico che il Presidente possa ritirare unilateralmente gli Stati Uniti dai trattati internazionali ovvero se sia necessaria l'approvazione del Congresso: cfr. J. GALBRAITH, *The President's Power to Withdraw the United States from International Agreements at Present and in the Future*, in *American Journal of International Law*, 2017, p. 445 ss.

6 *Inter alia*, cfr. l'immediato tweet del senatore Menendez: «Congress received notification that POTUS officially withdrew the U.S. from the WHO in the midst of a pandemic. To call Trump's response to COVID chaotic & incoherent doesn't do it justice. This won't protect American lives or interests - it leaves Americans sick and America alone»: [https://twitter.com/SenatorMenendez/status/1280556507365597190?ref\\_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1280556507365597190%7Ctwgr%5E&ref\\_url=https%3A%2F%2Fwww.ilpost.it%2F2020%2F07%2F08%2Ftrump-ritiro-stati-uniti-oms%2F](https://twitter.com/SenatorMenendez/status/1280556507365597190?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1280556507365597190%7Ctwgr%5E&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.ilpost.it%2F2020%2F07%2F08%2Ftrump-ritiro-stati-uniti-oms%2F)

7 Tweet del 7 luglio: [https://twitter.com/JoeBiden/status/1280603719831359489?ref\\_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1280603719831359489%7Ctwgr%5E&ref\\_url=https%3A%2F%2Fwww.ilpost.it%2F2020%2F07%2F08%2Ftrump-ritiro-stati-uniti-oms%2F](https://twitter.com/JoeBiden/status/1280603719831359489?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1280603719831359489%7Ctwgr%5E&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.ilpost.it%2F2020%2F07%2F08%2Ftrump-ritiro-stati-uniti-oms%2F)

8 Per questa posizione, *inter alia*, si veda Schermers, secondo cui: «in the absence of withdrawal clause unilateral withdrawal was not permitted - it was not allowed by customary international law nor could be justified under reference to the nature of a constitution»: H. G. SCHERMERS, *International Institutional Law*, Oxford University Press, Oxford, 1972, p. 44.

9 In tal senso, *ex plurimis*, M. GIULIANO, T. SCOVAZZI, T. TREVES, *Diritto internazionale. Parte generale*, Giuffrè, Milano, 1991, p. 377: «La libertà che hanno gli Stati di predeterminare, essi stessi, nel testo del trattato la durata della regolamentazione convenzionale ivi incorporata, così come la possibilità di sciogliersi unilateralmente dalla stessa, risulta pacificamente ammessa da una pratica plurisecolare». In tal senso si veda anche C. EAGLETON, *International Government*, Ronald Press, New York, 1948, p. 305. Vi è chi sottolinea che la facoltà del recesso, anche in mancanza di una clausola espressa, costituisca l'altra faccia della medaglia della piena libertà di cui godono gli Stati nell'aderirvi: «La participation aux conventions générales est essentiellement volontaire. Nul Etat n'est obligé d'y devenir partie. Logiquement si les Etats ne sont pas obligés d'entrer ils ne doivent pas être empêchés de sortir»: E. GIRAUD, *Modification et terminaison des traités collectifs*, in *Annuaire de l'Institut de Droit International*, vol. 49, 1961, p. 73 ss. Così anche Oppenheim e Lauterpacht, specificamente avuto riguardo alla Carta di San Francisco: «Although the Charter itself does not expressly mention the right of withdrawal, in the absence of any expressly prohibition to that effect the members of the United Nations must be deemed to have preserved the right to sever what is, in law,

dell'acquisizione della *membership*, in base alla quale intendevano ottenere la facoltà di recedere con il preavviso di un anno e con l'impegno di onorare le obbligazioni finanziarie per l'anno in corso. Pur in mancanza di un fondamento giuridico nel dettato costituzionale dell'Organizzazione, siffatta riserva è stata approvata all'unanimità dall'Assemblea Mondiale della Sanità il 2 luglio 1948<sup>10</sup>.

Dunque, poiché il processo di ritiro degli Stati Uniti è appena iniziato, a oggi non è dato sapere se si perfezionerà ma purtuttavia la formalizzazione del procedimento volto al recesso rappresenta sicuramente l'epitome delle critiche che l'OMS si è attirata<sup>11</sup> per la gestione della pandemia CoViD-19<sup>12</sup> scatenata dal *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

---

a contractual relation of indefinite duration imposing upon States far reaching restriction of their sovereignty», L. OPPENHEIM, H. LAUTERPACHT, *International Law*, Longmans, Green & Co London, 1955, p. 411. In effetti, la Convenzione di Vienna sul diritto dei trattati del 1969 prevede, per l'ipotesi di accordo che non contenga disposizioni relative a estinzione, denuncia o recesso, che non si possa denunciare o recedere dal trattato, a meno che non sia stata accertata l'intenzione delle parti di ammettere tale facoltà, ovvero questa possa desumersi dalla natura del trattato (art. 56). Non è pacifico se la disposizione corrisponda al diritto consuetudinario, in particolare nella parte in cui ricollega il potere di recesso alla natura del trattato. Questa ipotesi non era stata inizialmente considerata dalla Commissione del diritto internazionale, che si pronunciò in senso contrario (*Annuaire de la Commission du droit international*, 1966, Vol. II, p. 274); il Relatore speciale Waldock prese in considerazione la natura del trattato nel suo secondo rapporto per concludere che il criterio decisivo fosse quello dell'intenzione delle parti (*Annuaire de la Commission du droit international*, 1963, Vol. II, p. 66 ss.), sicché il canone della natura del trattato è frutto dei lavori della Conferenza di Vienna. Cfr. F. CAPOTORTI, *L'estinction et la suspension des traités*, in *Académie de droit international*, Recueil des Cours, 1971 - III, p. 539, che si esprime in modo critico circa la riconducibilità di tale previsione al diritto generale. Si veda anche K. WIDDOWS, *The Unilateral Denunciation of Treaties Containing No Denunciation Clause*, in *British Yearbook of International Law*, 1982, p. 84 ss., il quale sottolinea, peraltro, la difficoltà di ricostruire anche la volontà delle parti.

10 L'allora Presidente Truman incorporò la risoluzione del Congresso nello strumento di accettazione della Costituzione dell'OMS: «Accepted subject to the provisions of the joint resolution of the Congress of the United States of America approved 14 June 1948 (Public Law 643, 80th Congress), section 4 of which reads as follows: "In adopting this joint resolution the Congress does so with the understanding that, in the absence of any provision in the World Health Organization Constitution for withdrawal from the organization, the United States reserves its right to withdraw from the organization on a one-year notice, provided, however, that the financial obligations of the United States to the organization shall be met in full for the organization's current fiscal year"». Dal canto suo, «the World Health Assembly adopted unanimously on 2 July 1948 the following resolution: "The Assembly recognized the validity of the ratification by the United States of America and resolved that the Secretary-General of the United Nations be advised of this decision"»: cfr. [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-1&chapter=9&clang=\\_en#11](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-1&chapter=9&clang=_en#11)

11 Cfr. l'editoriale di P. ACCONCI, *L'Organizzazione mondiale della sanità alla prova dell'emergenza sanitaria Covid-19*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo online*, 2020/2, p. XV ss.

12 Questo è il nome ufficiale scelto il 12 febbraio dall'OMS per la malattia respiratoria che aveva registrato la sua prima vittima ufficiale un mese prima a Wuhan. In effetti la denominazione "coronavirus" si riferisce alla **famiglia** di virus cui questo tipo appartiene, piuttosto che al virus in sé, sicché, con l'acronimo CoViD-19, oltre - appunto - al ceppo

In verità, non si tratta di uno scenario inedito: se è vero – ed è vero – che una delle missioni più importanti dell’OMS riguarda proprio la sorveglianza delle malattie infettive e il coordinamento della risposta internazionale in caso di epidemia, le sue azioni (ed omissioni...) in simili contesti vengono attentamente esaminate – e molto spesso criticate – sia in termini di tempistica che di risorse dispiegate mentre, viceversa, per il resto del tempo, è un’organizzazione fra le più neglette fra le Agenzie specializzate delle Nazioni Unite<sup>13</sup>. Così, ad esempio, nel 1996, l’OMS ha perso il coordinamento internazionale della risposta alla pandemia di HIV/AIDS, poi affidata a un’organizzazione *ad hoc*, UNAIDS, ritenuta più idonea a fornire la necessaria risposta multisettoriale (compresi gli aspetti economici, diritti dell’uomo, questioni di genere, ecc.). Ancora, nel 2003, l’OMS è stata criticata per tardive informazioni sull’epidemia di SARS 1, a fronte dell’occultamento dei primi casi da parte delle autorità cinesi, in quanto lanciò una segnalazione internazionale solamente nel marzo 2003, sebbene le voci sui primi focolai di una forma anomala di polmonite acuta circolassero fin dal novembre 2002<sup>14</sup>. Viceversa, nel caso

---

del virus, si indica con “**d**” la malattia (*disease*) e con “**19**” si identifica la data in cui è stata scoperta. Nella conferenza stampa del 12 febbraio, il Direttore Generale dell’OMS **Tedros Adhanom Ghebreyesus** ha spiegato l’importanza di dare un nome al “nuovo” coronavirus: «we had to find a name that did not refer to a geographical location, an animal, an individual or group of people, and which is also pronounceable and related to the disease» (<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>). L’obiettivo dichiarato del nome ufficiale della malattia è dunque quello di evitare riferimenti geografici e culturali che si traducano in “etichette negative”, non stigmatizzando nessun Paese o popolazione in particolare, in linea con le indicazioni disposte nelle *Best Practices* dell’OMS pubblicate nel maggio 2015 in base alle quali «Disease names may NOT include: geographic locations: cities, countries, regions, continents (*Middle East Respiratory Syndrome, Spanish Flu, Rift Valley fever, Lyme disease, Crimean Congo hemorrhagic fever, Japanese encephalitis*), people’s names (*Creutzfeldt-Jakob disease, Chagas disease*), species/class of animal or food (*swine flu, bird flu, monkey pox, equine encephalitis, paralytic shellfish poisoning*), cultural, population, industry or occupational references (*legionnaires, miners, butchers, cooks, nurses*), terms that incite undue fear (*unknown, death, fatal, epidemic*)» (*World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases*, p. 3,

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163636/WHO\\_HSE\\_FOS\\_15.1\\_eng.pdf;jsessionid=216F0E331C1A3E84B7EFD2E1C45A7E73?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163636/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf;jsessionid=216F0E331C1A3E84B7EFD2E1C45A7E73?sequence=1)). Viceversa, scegliendo «generic descriptive terms (...) short (...) and easy to pronounce» (ivi, p. 2), per indicare malattie che diano rilievo ai sintomi, a coloro che colpiscono, alla gravità o stagionalità, si evita di ripetere errori esiziali del passato, come, ad esempio, accaduto nel caso dell’**HIV**: inizialmente chiamata **GRID** (***Gay-related immunodeficiency***) ingenerò un’errata rassicurazione nella comunità eterosessuale che per diverso tempo si ritenne immune dal contagio, o della **MERS** (***Middle-East Respiratory Syndrome***), la cui denominazione, strettamente connessa al Medio Oriente, la rese difficilmente identificabile quando nel 2015 arrivò in Sud Corea.

13 Cfr. R. MEHDI, S. MALJEAN-DUBOIS (sous la direction de), *La société internationale et les grandes pandémies*, Pedone, Paris, 2007.

14 Per una breve cronistoria della SARS 1 cfr. il portale dell’epidemiologia per la sanità pubblica a cura dell’Istituto superiore di sanità: <https://www.epicentro.iss.it/focus/sars/sars>. In dottrina si veda M. POULAIN, *La gestion des situations d’urgence sanitaire de portée internationale. L’exemple du syndrome*

dell'H1N1 (comunemente denominata, in modo errato, "influenza suina"), l'OMS è stata accusata di essere stata troppo frettolosa nel sancire che si fosse in presenza di una pandemia, facendo sì che gli Stati acquistassero milioni di dosi di vaccini rivelatisi alla fine inutili, data la scarsa virulenza del virus<sup>15</sup>. Da ultimo, nel 2014, durante l'epidemia di Ebola in Africa occidentale, il rimprovero mosso all'OMS è stato di aver dichiarato un'emergenza internazionale solamente l'8 agosto e quindi in ritardo rispetto all'allarme lanciato fin dalla primavera da Medici Senza Frontiere e di aver ampiamente sottovalutato la magnitudo dei casi registrati<sup>16</sup>.

Nel presente contributo, dopo una breve ricostruzione giuridica delle origini, struttura e risorse dell'OMS, ricostruzione funzionale a porre in evidenza come le deficienze di *empowerment* dell'Organizzazione siano dovute *ab initio* alla volontà degli Stati che le hanno dato vita, cercherò, attraverso una sorta di cronistoria dell'attuale emergenza sanitaria – dai primi focolai alla dichiarazione di pandemia – di evidenziare il ruolo assunto dall'OMS per fronteggiare il CoViD-19 attraverso il coordinamento a livello mondiale della risposta multilaterale *versus* l'(improvvis)azione dei governi, con cui molti di questi, in spregio al principio di solidarietà sancito all'art. 44 *International Health Regulations* del 2005, stanno affrontando questa sfida sanitaria, dall'inaudita complessità.

## **2. Organigramma, apparato normativo e risorse dell'Organizzazione mondiale della sanità.**

L'OMS è una delle 15 Agenzie delle Nazioni Unite, con sede a Ginevra, istituita con trattato adottato a New York nel 1946 entrato in vigore il 7 aprile 1948<sup>17</sup>, specializzata per le questioni sanitarie. All'Organizzazione aderiscono 194 Paesi membri<sup>18</sup> divisi in 6 macro-aree regionali ossia Europa, Americhe, Africa,

---

*respiratoire aigu sévère (SRAS)*, in *Actualité et Droit International*, 2003, p. 1 ss.

15 Per una breve cronistoria del virus influenzale di tipo A/H1N1 cfr. il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura dell'Istituto superiore di sanità: <https://www.epicentro.iss.it/focus/h1n1/aggiornamenti>

16 Si legga ad esempio l'articolo, molto critico nei confronti dell'OMS, scritto da Nicoletta Dentico, vice-Presidente Osservatorio Italiano sulla Salute Globale e Daniel Lopez Acuña, esperto indipendente di salute pubblica, già funzionario OMS: N. DENTICO, D. L. ACUÑA, *Il tardo risveglio dell'Oms sul virus Ebola*, in *Il Sole 24 ore*, 30 gennaio 2015 (<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/commenti/2015-01-30/tardo-risveglio-virus-ebola-181901.php?uuid=AbcuTg4K>). In dottrina si vedano P. ACCONCI, *The Reaction to the Ebola Epidemic within the United Nations Framework. What Next for the World Health Organization?*, in *Max Planck Yearbook of United Nations Law*, 2014, p. 405 ss.; C. M. PONTECORVO, *La gestione internazionale delle emergenze sanitarie globali alla luce del caso Ebola: "quid novi"?*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, 2017, p. 587 ss. Per una breve cronistoria del virus Ebola (Ebola virus disease-EVD) cfr. il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura dell'Istituto superiore di sanità: <https://www.epicentro.iss.it/ebola/epidemia-africa-2014-emergenza-internazionale>.

17 La Giornata mondiale della salute si celebra in questa data proprio in virtù di questo anniversario.

Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico<sup>19</sup>.

Secondo lo Statuto dell'OMS, che, come accennato, assume il nome del tutto peculiare di "Costituzione"<sup>20</sup>, l'obiettivo dell'Organizzazione è «*the attainment by all peoples of the highest possible level of health*»<sup>21</sup>, definita come «*a state of complete physical, mental and social well-being*»<sup>22</sup> e non semplicemente «*absence of disease or infirmity*»<sup>23</sup>.

La sua struttura contempla, quali organi di governo, il Segretariato, l'Assemblea Mondiale, il Consiglio Esecutivo, i 6 uffici regionali, nonché altre strutture dislocate negli Stati membri e centri specializzati che ne supportano le attività<sup>24</sup>. Il Segretariato dell'OMS è guidato dal Direttore Generale, eletto ogni 5 anni, che attualmente è l'ex ministro della salute etiopese Tedros Adhanom Ghebreyesus, eletto il 23 maggio 2017. L'Assemblea Mondiale della Sanità, composta dalle delegazioni di tutti gli Stati Membri, è il principale organo decisionale: approva i programmi, decide il budget per il biennio successivo, adotta decisioni sulle principali politiche sanitarie, elegge, su proposta del Consiglio esecutivo, il Direttore Generale. Il Consiglio esecutivo è formato dai rappresentanti tecnicamente qualificati di 34 Stati Membri dell'OMS eletti per tre anni secondo un sistema di rotazione volto a garantire un'equa rappresentatività geografica e svolge funzioni consultive nei confronti dell'Assemblea Mondiale su specifiche materie ad esso demandate, ne attua le decisioni e le politiche, ne facilita le attività e ne decide l'ordine del giorno nella riunione annuale di gennaio<sup>25</sup>.

Per quel che concerne le sue funzioni, l'OMS svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento in materia di salute nel quadro del sistema delle Nazioni Unite,

18 L'elenco aggiornato si legge all'indirizzo web: <https://www.who.int/countries/en/>. L'Italia ha aderito ufficialmente all'OMS l'11 aprile 1947.

19 Le sedi principali delle macro-aree regionali sono rispettivamente: Copenaghen, Washington, Brazzaville, Alessandria d'Egitto, Manila, Nuova Delhi. Cfr. <https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices>. Ogni anno ogni macro-regione dell'OMS nomina un proprio Comitato Regionale, organizza conferenze e altre iniziative concernenti la sanità pubblica internazionale.

20 Il testo si legge alla pagina web: <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>. In linea generale, si suggerisce la consultazione del volume, giunto alla sua 49<sup>esima</sup> edizione, che riporta l'insieme dei *basic documents* dell'OMS, integralmente scaricabile all'indirizzo web: <https://apps.who.int/gb/bd/>.

21 Art. 1.

22 II° capoverso del Preambolo.

23 Ibidem. Sulla rilevanza giuridica della salute quale diritto composito di rilevanza individuale, nazionale e internazionale si vedano *ex plurimis* M. BÉLANGER, *Une nouvelle branche du droit international: le droit international de la santé*, in *Etudes internationales*, 1982, p. 611 ss.; ID., *Global Health Law: An Introduction*, Cambridge Scientific Publishers, Cambridge-Paris, 2011; ID. (sous la direction de), *La mondialisation du droit de la santé*, LEH Editions, Bordeaux, 2011; R. BEAGLEHOLE (ED.), *Global Public Health: A New Era*, Oxford University Press, Oxford, 2003; P. ACCONCI, *Tutela della salute e diritto internazionale*, CEDAM, Padova, 2011; L. PINESCHI (a cura di), *La tutela della salute nel diritto internazionale ed europeo tra interessi globali e interessi particolari*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2017.

24 Per la struttura dell'OMS cfr. <https://www.who.int/governance/en/>

25 Per il triennio 2017-2020 l'Italia, dopo 14 anni di assenza, ha avuto il proprio rappresentante nella persona del prof. Gualtiero Ricciardi.

fornendo una guida sulle questioni sanitarie globali, indirizzando la ricerca sanitaria, stabilendo norme e standard e formulando scelte di politica sanitaria basate sull'evidenza scientifica. Ancora, garantisce assistenza tecnica agli Stati Membri, monitora e valuta le tendenze in ambito sanitario, finanzia la ricerca medica e fornisce aiuti di emergenza in caso di calamità. Attraverso i propri programmi, l'OMS lavora anche per migliorare in tutto il mondo la nutrizione, le condizioni abitative, l'igiene e le condizioni di lavoro.

Questa complessa agenda si articola in un sistema basato su tre direttrici binarie<sup>26</sup>. La prima consiste in due finalità prettamente connesse alla salute in senso proprio: da un lato, incrementare la sicurezza sanitaria e, dall'altro, promuovere lo sviluppo. La seconda consta di due esigenze strategiche: ossia tanto il potenziamento dei sistemi sanitari quanto la messa a frutto delle ricerche, delle informazioni e delle evidenze scientifiche. La terza si incardina su due approcci operativi: rispettivamente, intensificare i partenariati e migliorare le *performances*.

Sotto il profilo del *law power*, l'OMS, come postulato negli artt. 19 e 21 della sua Costituzione, indirizza raccomandazioni agli Stati membri<sup>27</sup>, elabora sotto la propria egida convenzioni<sup>28</sup> e adotta altri atti normativi, in particolare, regolamenti<sup>29</sup>. I regolamenti entrano in vigore per tutti gli Stati Membri quando la loro approvazione da parte dell'Assemblea Mondiale della sanità è stata debitamente comunicata, tranne per gli Stati che abbiano esercitato la clausola di *opting out* ossia che, nei termini prescritti nella comunicazione, solitamente di sei mesi, dichiarano di non accettarli, oppure appongano riserve in merito<sup>30</sup>. Gli Stati Membri hanno l'obbligo di

26 La complessità della gestione della salute pubblica nell'era della globalizzazione e le interconnessioni con altri obiettivi fondamentali della comunità internazionale sono analizzate da S. NEGRI, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*, Giappichelli, Torino, 2018.

27 Art. 23: «L'Assemblea della sanità è autorizzata a fare raccomandazioni agli Stati Membri in qualsiasi materia di competenza dell'Organizzazione».

28 Art. 19: «L'Assemblea della sanità può approvare convenzioni o accordi concernenti qualsiasi questione di competenza dell'Organizzazione. Siffatte convenzioni o accordi devono essere approvati dalla maggioranza dei due terzi dell'Assemblea della sanità, ed entrano in vigore per ogni singolo Stato, quando esso li accetta, conformemente alle proprie norme costituzionali». Art. 20: «Ogni Stato Membro s'impegna a prendere, nel termine di diciotto mesi dall'approvazione d'una convenzione o di un accordo da parte dell'Assemblea della sanità, le misure relative all'accettazione di tale convenzione o accordo. Ogni Stato Membro deve notificare al Direttore Generale le misure prese e, se non accetta la convenzione o l'accordo nel termine prescritto, una dichiarazione motivata della mancata accettazione».

29 Art. 21: «L'Assemblea della sanità è autorizzata ad 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».

30 Art. 22: «I regolamenti emanati in esecuzione dell'articolo 21 entrano in vigore, per tutti gli Stati Membri, quando la loro approvazione da parte dell'Assemblea della sanità è

inviare un rapporto annuale all'Organizzazione sulle azioni intraprese nelle materie oggetto di raccomandazioni, convenzioni e regolamenti (art. 62).

Nel quadro normativo, tra gli atti più significativi assume un ruolo di primo piano l'*International Health Regulations* (IHR), approvato nel 1969, emendato una prima volta nel 1973, successivamente nel 1981 e, da ultimo, adottato dall'Assemblea Mondiale della sanità nella sua versione rivista il 23 maggio 2005<sup>31</sup>. In estrema sintesi, se nella sua versione originaria<sup>32</sup> l'IHR era circoscritto a monitorare e controllare un numero limitato di malattie infettive quarantenarie (*in specie*: colera, peste, febbre gialla, vaiolo, febbre ricorrente e tifo), il manifestarsi tanto di nuove patologie, come la febbre emorragica provocata dal virus Ebola, e nuove epidemie, come la SARS nel 2003, quanto il riemergere di ben note infezioni del passato, come il colera in Sudamerica e la peste in India, hanno evidenziato una sorta di "globalizzazione della vulnerabilità" e dunque la necessità di una sua revisione. Detto in altri termini, fattori di natura demografica, economica e ambientale, facilitati dall'incremento dei trasporti e dei contatti a livello transnazionale, comportano un'*escalation* della diffusione di organismi patogeni che, oltre all'esiziale impatto sulla salute pubblica, ha pesanti ricadute di natura economica, sociale e politica che prescindono dai confini nazionali, sicché questa fragilità condivisa impone la necessità di misure coordinate di tutela e una gestione comune delle responsabilità nell'applicazione di siffatte misure. L'IHR è stato dunque rivisto al fine di compensarne le principali fallacie: in primo luogo, si è ampliato lo spettro degli eventi infettivi da monitorare (ivi compresi i casi di recrudescenza dei contagi, c.d. seconde ondate), in secondo luogo, da un punto di vista procedurale, si è elaborato un sistema ufficiale di notifica fra gli Stati per far fronte alla riluttanza con cui nel passato i vari Paesi avevano segnalato casi o focolai di malattie potenzialmente epidemiche o pandemiche, riluttanza determinata dal timore di subire ripercussioni negative in vari campi (commercio, turismo, etc.), infine, in terzo luogo, si è sviluppato un meccanismo concordato a livello internazionale sulle misure di contenimento per contrastare la diffusione delle epidemie.

---

stata debitamente comunicata; sono eccettuati solo quegli Stati che, nei termini prescritti nella comunicazione, dichiarano di non accettarli, oppure fanno riserve in merito».

31 *International Health Regulations* 2005 il cui testo si legge all'indirizzo web: [https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1). In dottrina si vedano i contributi di D. P. FIDLER, L. O. GOSTIN, *The New International Health Regulation: An History Development for International Law and Public Health*, in *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2006, p. 85 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*, Bruylant, Bruxelles, 2007, p. 1157 ss.; P. ACCONCI, *I Regolamenti sanitari internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità quale strumento di sorveglianza delle malattie infettive*, in C. DE CICCO, A. LATINO, (a cura di), *Temi attuali sui diritti sociali in un'ottica multidisciplinare*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2016, p. 101 ss.

32 In verità nel 1951 la 4<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità aveva approvato un Regolamento Sanitario Internazionale, che sostituiva e integrava alcune convenzioni internazionali pregresse in materia sanitaria quali, *inter alia*, quelle sul colera del 1892, sulla peste del 1897, sul vaiolo e tifo esantematico del 1926.

In particolare, per quel che concerne il campo di applicazione, l'IHR ricomprende tutti gli eventi che possano costituire un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, e dunque non (più) solamente le malattie infettive, ma anche, quantomeno nelle prime fasi del loro manifestarsi, eventi dall'eziologia ignota o causati da agenti di natura chimica e fisica, impiegati ad esempio a scopo terroristico. Sotto il secondo profilo, è stato elaborato un algoritmo decisionale (Allegato 2 dell'IHR) finalizzato a implementare un sistema di *early detection* degli eventi che possano costituire una minaccia per la sanità pubblica: i sistemi nazionali di sorveglianza procedono a una loro tempestiva identificazione per poter dispiegare una risposta efficace, coordinata, se del caso, a livello internazionale. Per l'individuazione precoce dei fattori di rischio sono necessarie *core capacities* di sorveglianza identificate e descritte nell'Allegato 1, parti A e B, esercitate dai *National IHR Focal Points*, costituiti *ad hoc* da ciascuno Stato. Gli Stati membri dell'OMS che abbiano deciso di adottare l'IHR, non opponendo riserve, si sono impegnati, entro 5 anni dal momento della sua entrata in vigore, avvenuta il 15 giugno 2007, a costruire, sviluppare e mantenere le capacità in questione. Era altresì prevista la possibilità di usufruire di due periodi di proroga, di due anni ciascuno, *on demand*, nel caso in cui uno Stato si fosse trovato in difficoltà nella realizzazione di questo adeguamento, ma comunque entro e non oltre il 2016. Per far fronte a tali difficoltà gli Stati potevano anche chiedere il sostegno tecnico dell'OMS, proprio sulla base dell'assunto che l'IHR prevede una stretta collaborazione tra OMS e Stati parte che dovessero essere interessati da emergenze di sanità pubblica di rilevanza internazionale, sia in termini di individuazione e verifica dell'evento, sia di attuazione di misure di controllo e di risposta<sup>33</sup>.

Sotto il terzo profilo, proprio alla luce dell'ampliamento *ratione materiae* degli eventi da monitorare e fronteggiare, poiché di fatto molti di questi non sono prevedibili a priori e non è dunque possibile fornire indicazioni predefinite per l'applicazione di misure sanitarie, l'IHR identifica i criteri per la emanazione da parte dell'OMS di raccomandazioni permanenti o temporanee (*standing or temporary recommendations*). L'art. 48 dell'IHR prevede l'istituzione di un apposito Comitato di esperti con poteri consultivi che fornisca sostegno tecnico al Direttore Generale dell'OMS, nel pieno rispetto delle garanzie di trasparenza e dialogo tra l'Organizzazione e gli Stati Parti.

In buona sostanza l'IHR appronta un meccanismo volto all'adozione di misure che cercano di coniugare due obiettivi alquanto antitetici: assicurare la massima sicurezza contro la diffusione internazionale delle malattie infettive sulla base della condivisione di informazioni epidemiologiche (anche) quanto alla loro propagazione transfrontaliera e, al contempo, garantire la minima interferenza con il commercio e i movimenti internazionali<sup>34</sup>. A mio avviso, da questo rapido affresco del potere

33 Cfr. D. ARHIN-TENKORANG, P. CONCEIÇÃO, *Beyond Communicable Disease Control: Health in the Age of Globalization*, in I. KAUL, P. CONCEIÇÃO, K. GOULVEN, R. MENDOZA (EDS.), *Providing Global Public Goods: Managing Globalization*, Oxford University Press, Oxford, 2003, p. 484 ss.

34 O. AGINAM, *Global Health Governance. International Law and Public Health in a Divided World*, University of Toronto Press, Toronto-Buffalo-London, 2005.

normativo dell'OMS, ben si desume che esso sia soltanto apparentemente verticalizzato, rispetto agli Stati membri, perché di fatto l'impegno di conformarsi o meno agli atti posti in essere dall'Organizzazione è rimesso alla volontà sovrana di ciascuno Stato, vuoi perché si tratta di strumenti giuridici dotati di effetti meramente esortativi riconducibili nell'alveo del *soft law* (le raccomandazioni), vuoi perché occorre il "sì lo voglio" dello Stato (esplicito, attraverso la ratifica, nel caso delle convenzioni / implicito, tramite il mancato esercizio della facoltà di *opting out* piuttosto che dell'accettazione con riserva, nel caso dei regolamenti).

In particolare, proprio la pandemia da CoViD-19 mi sembra mostri come l'erosione della *public health sovereignty* di matrice più prettamente statale, cedevole rispetto all'accentramento della gestione della salute pubblica facente capo all'OMS, sia più pretesa che reale, a fronte delle risposte (talvolta, *rectius*, delle mancate risposte) scoordinate e scomposte che molti Paesi hanno adottato unilateralmente per fronteggiare l'attuale emergenza sanitaria, al di là del moltiplicarsi delle (talvolta contraddittorie) raccomandazioni dell'OMS. E ciò è ancor più vero laddove si ponga mente al fatto che, rispetto all'impostazione tradizionale, sono oggi emersi altri attori, nazionali e internazionali, statali e non statali, coinvolti in modo talmente significativo da assumere il ruolo di *stakeholders* nella *governance* del "sistema salute globale": basti menzionare, nel complesso quadro risultante dall'intreccio di organizzazioni internazionali e non governative, enti filantropici, imprese multinazionali, esponenti del settore privato, la *Bill & Melinda Gates Foundation* che, nel biennio 2018-2019 ha finanziato l'OMS con 531 milioni di dollari, ossia una porzione del budget di poco inferiore al 10%, risultando seconda solamente agli Stati Uniti. In effetti, proprio alla luce del fatto che i 194 Stati membri dell'OMS sono esclusivamente tenuti a versare regolarmente la propria quota commisurata sul Pil nazionale e sulla popolazione, si iscrive in una logica centrifuga il fatto che negli ultimi 30 anni i finanziamenti volontari, pur variando di anno in anno, rappresentano la fetta più rilevante del budget dell'OMS, posto che i fondi volontari sono *earmarked*, ossia destinati a coprire i costi degli specifici progetti indicati dagli stessi donatori.

Questa situazione, in cui l'OMS svolge un ruolo che da *service provider* di molti singoli donatori, è ancora più opaca laddove si consideri che a cavallo degli anni '80-'90, da un lato, il gruppo ristretto dei Paesi maggiori contribuenti delle Nazioni Unite (c.d. "Geneva Group")<sup>35</sup>, in risposta alla percepita politicizzazione di alcune posizioni dell'ONU, e delle sue Agenzie, OMS compresa, ha imposto la regola della

---

<sup>35</sup> Il c.d. "Geneva Group" è stato istituito nel 1964 su iniziativa degli Stati Uniti con lo scopo di costituire un forum ristretto, fra i Paesi principali contribuenti delle Nazioni Unite, di coordinamento sulle questioni di management e di budget a fronte di un incremento notevole della *membership* dell'Organizzazione, passata nel 1963 da 73 membri a 113. Del "Geneva Group" fanno parte attualmente 18 Paesi, *in specie* Australia, Belgio, Canada, Corea del Sud, Federazione Russa, Francia, Germania, Giappone, Italia, Messico, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna, Svezia, Svizzera, Stati Uniti, Turchia (ultimo Stato ad aggiungersi nel 2014: cfr. *Turkey becomes full member of UN Geneva Group*, Anadolu Agency, 22.05.2014, <https://www.aa.com.tr/en/archive/turkey-becomes-full-member-of-un-geneva-group/157500#>). In dottrina si vedano G. ALTENBURG, H. VOLGER (eds.), *A Concise Encyclopedia of the United Nations*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden, 2010 (2<sup>nd</sup> ed.), p. 198 ss.

crescita zero dei fondi, inasprendola poi nel 1993; dall'altro, il fatto che alcuni Stati hanno addirittura interrotto "a singhiozzo" il regolare pagamento delle quote obbligatorie, facendo sì che in alcuni periodi l'OMS è riuscita a mettere insieme soltanto il 70% dei finanziamenti di base previsti<sup>36</sup>.

Il risultato è un fenomeno che potremmo definire una sorta di "gap 20/80", in base al quale solamente il 20% del budget è gestibile dall'OMS senza i lacci e laccioli imposti dai contribuenti volontari (che, sempre avuto riguardo al biennio 2018-2019, annoverano, *inter alia*, oltre alla già menzionata *Bill & Melinda Gates Foundation*, *Gavi Alliance* per 371 milioni di dollari, *Rotary International* per 143 milioni, *World Bank* 133 milioni, Commissione europea 131 milioni, *National Philanthropic Trust* 108 milioni, *U.N. Central Emergency Response Fund* 97 milioni)<sup>37</sup>.

È stato in effetti calcolato che nel 2017 il 10% dei programmi dell'Organizzazione ha beneficiato dell'80% dei fondi volontari e 14 programmi hanno ricevuto meno del 2%<sup>38</sup>: è dunque di palmare evidenza che l'OMS non è affatto immune all'influenza esercitata dai vari Stati e dagli altri eterogeni contribuenti in ragione delle loro capacità politica e della loro forza finanziaria, il che mina tanto la sua capacità operativa, quanto la sua credibilità. Com'è stato rilevato, l'OMS ha perso la visione olistica che emerge dagli obiettivi sanciti nella sua Costituzione tramutatasi in una frammentazione operativa che corrisponde alle tre maggiori tendenze riscontrabili attualmente nell'architettura della *governance* della salute globale, proprie anche degli altri principali attori in questo campo (*inter alia*, *World Bank*, *Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB and Malaria*, partenariati pubblico-privato come *Gavi Alliance*), ossia, in primo luogo, finanziamenti discrezionali privi di una prospettiva di lungo periodo; in secondo luogo, una *governance multi-stakeholder*, in contrasto con la tradizionale gestione istituzionale basata sugli Stati e sui processi negoziali; infine, in terzo luogo, interventi settoriali, specifici e non di base, ossia circoscritti a iniziative volte alla soluzione di singoli problemi, sganciati dagli auspicabili più ampi obiettivi sistemici da svilupparsi tramite la cooperazione multilaterale<sup>39</sup>.

In estrema sintesi dunque, mi sembra che l'OMS, in quanto organizzazione intergovernativa dotata esclusivamente dell'autorità che i suoi Paesi membri sono (stati) disposti a darle, essendo tenuta a rispettarne la sovranità e a non interferire nei loro affari interni, dipendendo (prevalentemente) da contributi erogati in gran parte

36 Sul punto si vedano C. CLINTON, D. SRIDHAR, *Governing Global Health: Who Runs the World and Why?*, Oxford University Press, New York, 2017, *in specie* pp. 90-91.

37 E ciò con buona pace dell'intento originale insito negli Statuti delle Agenzie specializzate dell'ONU (come l'OMS) ossia che i budget approvati derivassero sostanzialmente dai contributi degli Stati membri, e che i fondi volontari rappresentassero un'eccezione: cfr. M. Y. JUAN, L. LARRABURE, C. TERZI, *Voluntary Contributions in United Nations System Organizations: Impact on Programme Delivery and Resource Mobilization Strategies*, United Nations, Geneva 2007.

38 C. CLIFT, J. A. RØTTINGEN, *New Approaches to WHO Financing: The Key to Better Health*, in *British Medical Journal*, 2018, p. 361 ss.

39 C. CLINTON, D. SRIDHAR, *Who Pays for Cooperation in Global Health? A Comparative Analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance*, in *The Lancet*, vol. 390, issue 10091, January 27, 2017, p. 324 ss.

in modalità “vincolata” da finanziatori *ratione personarum* giuridicamente alquanto eterogenei, sia una sorta di gendarme con le armi spuntate o, per meglio dire, dato il settore di competenza, un medico privo di grandi risorse a cui il paziente, incline peraltro a nascondere o mistificare i sintomi, neghi talvolta il consenso a sottoporsi a una visita o rifiuti il trattamento sanitario, limitandosi al più ad accettare cure a lui gradite per patologie specifiche.

### **3. La *timeline* dell’approccio dell’Organizzazione mondiale della sanità all’emergenza sanitaria CoViD-19, dai primi focolai alla dichiarazione della pandemia.**

Se ci focalizziamo specificamente sull’emergenza sanitaria in corso, una rapida analisi della cronologia delle misure adottate dall’OMS e dei conseguenti provvedimenti presi dai singoli Stati, nell’arco temporale che va dai primi casi di polmoniti anomale, dalle cause non ascrivibili a patogeni noti, all’11 marzo data in cui l’Organizzazione ha dichiarato ufficialmente la pandemia, sembra che i maggiori ritardi nella risposta al CoViD-19 siano da attribuire ai singoli governi nazionali. In effetti, tutto prende le mosse il 31 dicembre 2019, quando la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) segnala all’OMS un *cluster* di casi di polmonite a eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei<sup>40</sup>. La notizia è subito condivisa e divulgata dall’OMS che, il 10 gennaio, fornisce altresì tutte le istruzioni del caso (in particolare, suggerisce di evitare il contatto con individui sintomatici) pur non raccomandando alcuna restrizione ai viaggi per e dalla Cina<sup>41</sup>.

In effetti, tutti i casi – allora ancora un numero alquanto esiguo – erano concentrati a Wuhan e non era noto il fattore di contagiosità di questo virus, isolato per la prima volta il 7 gennaio. Il 12 gennaio la Cina comunica all’OMS la sequenza genetica del “nuovo”  $\beta$ -coronavirus appena identificato in tre ceppi distinti. In esito a tale

<sup>40</sup> Secondo un articolo retrospettivo, il primo caso di CoViD-19 confermato in laboratorio è un paziente i cui sintomi erano iniziati il 1° dicembre 2019: C. HUANG ET AL., *Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China*, in *The Lancet*, vol. 395, issue 10223, February 15, 2020, p. 497 ss. Immediatamente dopo, il 12 dicembre, le autorità sanitarie cinesi cominciano a investigare un *cluster* di pazienti con questa atipica polmonite virale, riscontrando, quale *trait d’union* fra i vari pazienti, la frequentazione del *Seafood Wholesale Market* di Wuhan, mercato noto per essere un *wet market* ossia un centro di vendita di pollame, pipistrelli, serpenti e altre specie in cui questi animali selvatici vengono ammassati, squartati vivi e macellati in condizioni e con precauzioni igienico-sanitarie alquanto precarie, per non dire inesistenti, favorendo il salto di specie – *spillover* – che – dal pipistrello all’animale selvatico venduto nel mercato fino all’uomo entrato in contatto con quell’animale – ha dato il via all’attuale emergenza sanitaria. Data l’anamnesi di esposizione al mercato di Wuhan, le autorità ne decidono la chiusura il 1° gennaio 2020, imponendo severe misure quarantenarie.

<sup>41</sup> WHO, *WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China*, January 10, 2020, <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china/>

rapporto, l'Organizzazione chiede di poter inviare una missione *in loco*, ottenendo un secco rifiuto da parte della Cina.

Dalla lettura dell'articolato della sua Costituzione emerge che l'OMS non gode di un'autorità impositiva nei confronti dei propri Membri sicché, al netto di pressioni più o meno ascrivibili all'ampio spettro del *soft power*, un atteggiamento dell'Organizzazione più *tranchant* e perentorio avrebbe potuto compromettere la *partnership* della Cina, con conseguenze esiziali tanto per il contrasto della pandemia in corso, quanto, potenzialmente, per quelle future. A ogni buon conto, già due giorni dopo, il 14 gennaio, l'immunologa statunitense Maria Van Kerkhove, responsabile tecnica dell'OMS, avverte in conferenza stampa del rischio di una rapida diffusione del "nuovo" coronavirus<sup>42</sup>, ma questo avvertimento è ammortizzato da un *tweet*, sollecitato da un funzionario di medio livello dell'OMS ai responsabili dei *social media* dell'Organizzazione, che recita: «*Preliminary investigations conducted by the Chinese authorities have found no clear evidence of human-to-human transmission of the novel coronavirus (2019-nCoV) identified in Wuhan, China*»<sup>43</sup>. Com'è tristemente noto, si tratta di un'affermazione *in sè* sbagliata, poiché come oggi sappiamo il virus si tramette (anche) tra esseri umani, ma occorre sottolineare che il *tweet* dell'OMS si limita a riportare quanto *ufficialmente* sostenuto, all'epoca, dal governo cinese<sup>44</sup>.

Le prime avvisaglie del rischio reale rappresentato dal coronavirus arrivano il 20 gennaio, quando l'epidemiologo cinese, Zhong Nanshan, noto per aver coordinato la risposta all'epidemia di SARS nel 2003, in un discorso televisivo, spiega che le autorità locali di Wuhan hanno occultato la gravità dell'epidemia, che il contagio tra persone è rapido, che i medici entrati in contatto con i pazienti affetti da CoViD-19 stanno morendo e che dunque bisogna evitare di recarsi a Wuhan<sup>45</sup>.

42 S. NEBEHAY, *WHO Says New China Coronavirus Could Spread, Warns Hospitals Worldwide*, Reuters, January 14, 2020, <https://www.reuters.com/article/us-china-health-pneumonia-who/who-says-new-china-coronavirus-could-spread-warns-hospitals-worldwide-idUSKBN1ZD16J>

43 <https://twitter.com/who/status/1217043229427761152>

44 La Cina è stata diffusamente accusata da altri Stati e dai *media* internazionali di aver intenzionalmente nascosto la gravità dell'emergenza sanitaria nonché le informazioni che, viceversa, avrebbero dovuto essere condivise con la comunità scientifica internazionale. In particolare, l'approccio "negazionista-censorio" cinese, trova conferma nello stato detentivo a cui è stato sottoposto Li Wenliang, dopo essere stato interrogato e accusato di diffondere notizie false e allarmistiche dalla polizia nazionale, in quanto era stato uno dei primi medici a segnalare la possibilità che le atipiche e gravi polmoniti di Wuhan di fine 2019 fossero causate da un coronavirus ignoto. Li Wenliang si è ammalato, ed è poi morto, ai primi di febbraio, proprio di CoViD-19. Peraltro, non può non riconoscersi che bilanci ampiamente sottostimati tanto di contagi quanto di decessi siano stati forniti anche da molti Paesi occidentali. Sulle accuse rivolte alla Cina e sugli eventuali sviluppi di queste accuse, sia consentito rinviare a A. LATINO, *Coronavirus: difficile processare la Cina*, Global Watch ISPI, 15 maggio 2020, <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/coronavirus-difficile-processare-la-cina-26109>.

45 Secondo la ricostruzione del *New York Times* (<https://www.nytimes.com/2020/04/16/health/WHO-Trump-coronavirus.html>) Zhong, inviato nell'Hubei dal governo cinese, proprio in virtù dell'enorme credito e autorevolezza acquisiti durante l'epidemia di Sars, aveva potuto sbugiardare Zhou Xianwang, sindaco di

Il 22 gennaio l'*Emergency Committee* (EC) dell'OMS, istituito *ad hoc* ex art. 48 dell'IHR, discute se dichiarare o no una *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC), ossia se acclarare formalmente un'emergenza sanitaria avvertendo la comunità internazionale della gravità della nuova minaccia in atto per la salute pubblica globale<sup>46</sup>. In seno all'EC, composto da esperti provenienti da vari Paesi del mondo (*inter alia*, Arabia Saudita, Australia, Canada, Corea del Sud, Francia, Giappone, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Russia, Senegal, Singapore, Stati Uniti, Svezia, Tailandia)<sup>47</sup>, vi è chi reputa opportuno dichiarare una PHEIC a fronte dell'incremento dei contagi e delle evidenze quanto alla gravità del CoViD-19 e chi invece è contrario in virtù delle stringenti misure di contenimento adottate dalla Cina, come il *lockdown* dell'intera regione dell'Hubei, in combinato disposto con l'esiguo numero di casi registrati all'estero<sup>48</sup>. Questa situazione di *impasse* dell'EC, che – merita sottolineare – non è imputabile esclusivamente alla Cina a fronte della ricordata eterogenea nazionalità dei suoi componenti<sup>49</sup>, si conferma anche il giorno

Wuhan, funzionario in ascesa del partito comunista cinese, accusandolo di aver minacciato i dottori che denunciavano la gravità del coronavirus e di aver dato false rassicurazioni alla popolazione, affermando che la trasmissione del contagio era molto limitata, per impedire che venisse annullato un congresso locale del partito e il relativo banchetto collettivo, svoltosi di fatto il 18 gennaio con il coinvolgimento di 40mila famiglie residenti a Wuhan, con le conseguenze, quanto alla diffusione del virus, che oggi sono tristemente note. Sono dunque 11 i giorni che intercorrono tra la morte di un uomo di 61 anni per CoViD-19 e l'ammissione pubblica di Zhong Nanshan alla tv di Stato circa la diffusione di un nuovo virus: cfr. la ricostruzione di una sorta di *sliding doors* del contagio a cura di B. SIMONETTA, *Coronavirus, gli 11 giorni di Wuhan che avrebbero potuto salvarci dalla pandemia*, in *Il Sole 24 ore*, 6 aprile 2020, <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-11-giorni-wuhan-che-avrebbero-potuto-salvarci-pandemia-ADyEnWI>

46 La nozione di "emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale" è una delle principali innovazioni introdotte dall'IHR: dalla sua adozione sono state dichiarate PHEIC la pandemia da H1N1 (detta impropriamente "febbre suina") nell'aprile del 2009, i focolai di poliomielite da poliovirus selvatico in alcuni Paesi (*in specie*: Afghanistan, Cameroon, Guinea equatoriale, Etiopia, Israele, Nigeria, Pakistan, Somalia, Siria) nel maggio del 2014, l'ebola nell'Africa occidentale nell'agosto del 2014, l'epidemia da Zika virus nel febbraio 2016, l'ebola nel Congo nell'agosto 2018.

47 Nel 2009, durante la pandemia di H1N1, la decisione di mantenere segreta l'identità dei sedici membri del Comitato, al fine di proteggerli da influenze esterne, aveva contribuito a sollevare sospetti di collusione tra l'OMS e l'industria farmaceutica, dal momento che era stata la raccomandazione di questo Comitato a indurre il Direttore Generale dell'OMS a dichiarare una pandemia il che aveva innescato una corsa all'acquisto di vaccini, rivelatasi in seguito grandemente sovradimensionata rispetto alle effettive esigenze e necessità. Sulla base di questo precedente, l'elenco dei membri e dei consulenti del Comitato d'emergenza costituito *ad hoc* sulla base dell'IHR per il CoViD-19 è oggi pubblico ed è rinvenibile all'indirizzo web <https://www.who.int/ihr/procedures/novel-coronavirus-2019/ec-22012020-members/en/>

48 J. BORGER, *Caught in a Superpower Struggle: The Inside Story of the WHO's Response to Coronavirus*, in *The Guardian*, April 18, 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/18/caught-in-a-superpower-struggle-the-inside-story-of-the-whos-response-to-coronavirus>

49 Piuttosto va ricordato che del coro di elogi facevano parte inizialmente anche gli Stati Uniti, come si evince dal *tweet* del Presidente Trump del 24 gennaio: «China has been working very hard to contain the Coronavirus. The United States greatly appreciates their

successivo sicché il Direttore Generale dell'OMS, "congela" la decisione, perché non supportata da un'unanimità di vedute o, quantomeno, da una schiacciante maggioranza dei suoi membri, e, nelle more della sua riconvocazione, decide di recarsi personalmente in Cina, il 28 gennaio, per incontrare il Presidente Xi Jinping. Al rientro da tale visita ufficiale, pur lodando pubblicamente la gestione cinese dell'epidemia, convoca nuovamente l'EC che, il 30 gennaio, a fronte di 4.537 casi confermati in Cina e 56 all'estero, dichiara l'emergenza internazionale. L'OMS il 28 febbraio 2020 eleva la minaccia al livello mondiale per l'epidemia del "nuovo" coronavirus a livello "molto alto" e, infine, l'11 marzo, dichiara il CoViD-19 una pandemia: nelle parole del suo Direttore «*WHO has been assessing this outbreak around the clock and we are deeply concerned both by the alarming levels of spread and severity, and by the alarming levels of inaction (...) Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It is a word that, if misused, can cause unreasonable fear, or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death. Describing the situation as a pandemic does not change WHO's assessment of the threat posed by this virus. It doesn't change what WHO is doing, and it doesn't change what countries should do*»<sup>50</sup>. Dunque, il sotto-testo sembra indicare una risoluzione più formale che sostanziale volta a sensibilizzare i molti Paesi che, diversamente dall'OMS, non stavano prendendo abbastanza seriamente l'emergenza sanitaria, atteggiamento che, purtroppo a tutt'oggi, continua a essere proprio di alcuni Paesi a fronte di circa 18 milioni di casi confermati nel mondo e quasi 700mila decessi<sup>51</sup>.

#### 4. Brevi osservazioni conclusive.

Alla luce delle considerazioni svolte nei precedenti paragrafi può ritenersi che la narrativa del CoViD-19 ha registrato molti capitoli tutti riconducibili a una situazione di precarietà e incertezza sia a livello accentrato (l'OMS), sia a livello nazionale (i singoli Stati), sia a livello locale (basti pensare ai differenti e altalenanti approcci delle regioni italiane). In particolare, l'atteggiamento dell'OMS nei confronti della Cina, premesso che monitorare un'epidemia è un'operazione estremamente complessa, ancor di più se si è i primi a essere colpiti, per giunta da un virus ignoto, è stato da alcuni ritenuto troppo accomodante e indulgente, viceversa, da altri è stato interpretato come il tentativo diplomatico volto a ottenerne la necessaria collaborazione. Tentativo riuscito in parte se si pone mente a come l'iniziale rifiuto della Cina di autorizzare una visita in loco di una delegazione OMS di ispettori sanitari, abbia ceduto il passo, seppur con riluttanza, al dispiegamento, dal 16 al 24

---

efforts and transparency. It will all work out well. In particular, on behalf of the American People, I want to thank President Xi!». <https://twitter.com/realdonaldtrump/status/1220818115354923009>

<sup>50</sup> WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, March 11, 2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

<sup>51</sup> I dati aggiornati in tempo pressoché reale sono reperibili nel WHO Coronavirus Disease (CoViD-19) Dashboard: <https://covid19.who.int/>

febbraio, della *WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019*, composta da 25 esperti provenienti da Cina, Germania, Giappone, Corea, Nigeria, Russia, Singapore, Stati Uniti d’America, guidata congiuntamente dal dottor Bruce Aylward dell’OMS e dal dottor Wannian Liang della Repubblica Popolare Cinese<sup>52</sup>.

In effetti, l’Organizzazione, per una precisa scelta posta in essere dai Paesi che hanno redatto la sua Costituzione, ossia di non dotarla di poteri autoritativi propri di accesso, di ispezione e di accertamento sul territorio dei suoi Stati membri, non può istruire indagini indipendenti in mancanza di un loro espresso consenso. In effetti, se è vero – ed è vero – che l’OMS a livello internazionale è l’ente che *par excellence* è in grado di rivestire il ruolo di coordinatore di una risposta globale a un’emergenza sanitaria della magnitudo del CoViD-19, è altresì vero che non gode di alcun tipo di giurisdizione, né di poteri sanzionatori nei confronti dei suoi Membri, sicché ogni Paese, sulla base della propria percezione quanto all’importanza da attribuire alle minacce sanitarie acclamate dall’Organizzazione, decide se e quanto conformarsi alle raccomandazioni adottate sotto la sua egida, con risposte che si collocano in uno spettro che spazia dalla più ampia adesione, a un atteggiamento *soi disant* “negazionista”, nonché addirittura, come accennato in *incipit* al presente contributo, alla rottura delle relazioni con la stessa Organizzazione e dunque all’interruzione dei finanziamenti, con un ovvio effetto boomerang sulle sue capacità di *governance* globale e coordinata.

Proprio la posizione che da ultimo hanno assunto gli Stati Uniti nei confronti dell’OMS, frutto, a mio avviso, del calcolo politico di chi cerca di fuggire dalle proprie responsabilità, posto che il CoViD-19 ha messo a nudo (anche) la fragilità di molti sistemi sanitari, evidenziando altresì, dato l’elevato numero di infezioni registrate tra il personale sanitario, l’inadeguatezza delle misure di controllo delle infezioni in ambito nosocomiale, potrà tradursi in scenari alternativi quali il declino della leadership americana a favore di altri, *in primis*, quasi paradossalmente, proprio dalla Cina in virtù di questa specie di *Silk Road* in chiave sanitaria costituita dalla c.d. diplomazia delle mascherine; ovvero una sorta di mutamento genetico della globalizzazione che degraderebbe in una versione multilaterale-atomizzata; o ancora il riemergere delle mai del tutto sopite istanze di regimi-nazionalisti favorite da un coagulato consenso quanto all’esigenza di un incisivo controllo sociale, funzionale all’adozione e all’implementazione di misure volte a limitare il contagio del virus, con buona pace degli anticorpi democratici dell’opinione pubblica. Di fatto, al netto di esercizi predittivi dall’esito incerto, l’attuale emergenza sanitaria registra quale vera e propria *missing in action* una cooperazione accentrata e coordinata fra i vari Paesi della comunità internazionale, sostituita di fatto dall’(improvvis)azione scomposta e unilaterale dei singoli governi, a volte ulteriormente frammentata a livello locale, con cui si cerca di domare la cinetica dell’emergenza sanitaria in corso.

Se dunque, in buona o cattiva fede, la Cina ha dato mostra di ignorare o sottovalutare il legame tra eventi locali e ricadute globali secondo il noto effetto-

52 Cfr. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

Lorenz che, nell'attuale caso del CoViD-19, ben può essere declinato sostituendo il battito dell'ala di una farfalla con quella di un pipistrello, e quindi di aver sminuito il portato essenziale del binomio trasparenza-tempestività quanto alla condivisione dei dati sanitari, non mi sembra che, del pari, la consapevolezza dell'urgenza di una triplice solidarietà «scientifica, finanziaria e politica»<sup>53</sup>, sia stata del tutto acquisita dalla comunità internazionale, anche in considerazione del fatto che alcuni Paesi sembrano ignorare come l'attuale tasso di contagio in alcune zone geografiche e i possibili ritorni pandemici siano al contempo la base e l'acceleratore di questa globalizzazione della vulnerabilità.

---

53 Il Direttore Generale, nel rivendicare il ruolo dell'OMS quale catalizzatore della risposta internazionale alle crisi sanitarie, ha affermato che la pandemia da CoViD-19 è un test contro « a common enemy that does not respect borders or ideologies» e ha fatto appello alla solidarietà, in questa triplice declinazione, fra i soggetti della comunità internazionale: cfr. il frame del video della conferenza stampa dell'11 febbraio 2020 rinvenibile all'indirizzo [web https://www.theguardian.com/world/video/2020/feb/11/coronavirus-test-global-solidarity-who-director-video](https://www.theguardian.com/world/video/2020/feb/11/coronavirus-test-global-solidarity-who-director-video)