

# L'impatto delle emergenze sanitarie sulla governance sanitaria globale

*Alessandro Sebbio\**

THE IMPACT OF HEALTH EMERGENCIES ON GLOBAL HEALTH GOVERNANCE

ABSTRACT: Practice demonstrates that public health emergencies of particular severity have the capacity to drive reforms in global health governance. This study examines how recent emergencies, such as the Ebola outbreak in West Africa and the COVID-19 pandemic, have impacted governance systems, with specific reference to the process of health securitization and the revision of the 2005 International Health Regulations.

KEYWORDS: Global Health Governance (GHG); health sovereignty; health emergencies; WHO; Security Council

ABSTRACT: La prassi dimostra che le emergenze sanitarie di particolare gravità abbiano la capacità di innescare processi di riforma della governance sanitaria globale. Il presente studio analizza come le emergenze recenti, quali l'epidemia di Ebola in Africa occidentale e la pandemia di COVID-19, abbiano inciso sul sistema di governance, con specifico riferimento al processo di securitizzazione della salute e alla revisione del Regolamento sanitario internazionale del 2005.

PAROLE CHIAVE: Governance sanitaria globale; sovranità sanitaria; emergenze sanitarie; OMS; Consiglio di sicurezza

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. L'impatto delle emergenze sanitarie sulla governance sanitaria globale – 3. L'epidemia da Ebola in Africa occidentale ed il processo di "securitizzazione della salute" – 4. La pandemia da COVID-19 e gli emendamenti al Regolamento sanitario internazionale – 5. Conclusioni.

## 1. Introduzione

**L**e emergenze sanitarie rappresentano un banco di prova per l'ordinamento giuridico internazionale, rilevando i limiti delle risposte nazionali e sollevando interrogativi sulla capacità del diritto internazionale di affrontare crisi complesse. In un mondo sempre più interdipendente, dove la circolazione di persone e merci favorisce la rapida diffusione di agenti patogeni, diventa evidente che la salute pubblica non possa più essere considerata una questione esclusivamente statale. La prassi – anche recente – ha dimostrato che una risposta frammentata alle emergenze sanitarie non

---

\* Dottore di ricerca in Ordine giuridico ed economico europeo, Università degli Studi Magna Græcia di Catanzaro, Mail: [alessandro.sebbio@gmail.com](mailto:alessandro.sebbio@gmail.com). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.



solo si dimostra per lo più inefficace, ma può mettere in pericolo la salute quale «bene pubblico globale»<sup>1</sup>.

La *governance* sanitaria globale (*Global Health Governance*, GHG) rappresenta un sistema volto a coordinare gli sforzi di diversi attori – gli Stati, *in primis* – coinvolti nella tutela della salute a livello internazionale, delineando un’architettura normativa capace di rispondere a crisi sanitarie comuni<sup>2</sup>. Volendo sintetizzare una definizione unitaria, si può affermare che il termine «*Global health governance*» *refers to the use of formal and informal institutions, rules and processes by States, intergovernmental organizations, and non-state actors to deal with challenges to health that require cross-border collective action to address effectively*<sup>3</sup>. Si tratta, evidentemente, di una definizione volutamente esemplificativa, che si riferisce a un fenomeno ben più ampio e complesso. Le menzionate «challenges to health», infatti, inevitabilmente si intrecciano con fattori politici, economici, sociali ed ambientali che possono determinarne l’emersione o influenzarne la diffusione. Basti pensare al c.d. *spill over*, vale a dire il “salto di specie” tra animali di specie diverse, che non è determinato solo da questioni prettamente biologiche, bensì anche da fattori socioculturali.

È evidente, dunque, come le emergenze sanitarie rappresentino il principale *stress-test* per la *governance* sanitaria globale, evidenziandone le debolezze e ridefinendone le priorità. Tra queste, le più gravi si distinguono per l’impatto trasformativo che hanno sulla *governance*: esse accelerano processi di riforma e introducono “nuove narrazioni”, come quella della securitizzazione della salute pubblica, ridefinendo il ruolo degli Stati e delle organizzazioni internazionali nell’affrontare le sfide della sanità globale.

Il presente contributo si propone di analizzare l’impatto delle emergenze sanitarie sull’evoluzione della *governance* sanitaria globale nell’ultimo decennio. In particolare, si dimostrerà come i due recenti cambiamenti più significativi intervenuti nella *governance*, ovvero il processo di securitizzazione e la riforma del Regolamento sanitario internazionale (RSI), siano strettamente legati alle conseguenze generate dalle principali emergenze sanitarie dell’ultimo periodo, l’epidemia da Ebola in Africa occidentale e la pandemia da COVID-19.

<sup>1</sup> Tradizionalmente, rientra nella definizione di «bene pubblico globale» qualsiasi entità, materiale o immateriale, il cui consumo non è esclusivo (non si può impedire a una parte di consumarla), né competitivo (il suo consumo non riduce la sua disponibilità per altri). Cfr. I. KAUL, I. GRUNBERG, M. STERN (eds.), *Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century*, New York, 1999; G.N. MANKIW, *Principles of economics*, VI ed., Boston, 2012, 219. Sull’applicazione di tale concetto allo specifico tema della salute pubblica internazionale si rinvia a A.L. TAYLOR, D.W. BETTCHER, *WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global “good” for public health*, in *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 2000, 920 ss.; D. WOODWARD, R.D. SMITH, *Global Public Goods and Health: Concepts and Issues*, in R.D. SMITH, R. BEAGLEHOLE, D. WOODWARD, N. DRAGER (eds.), *Global Public Goods for Health: Health Economic and Public Health Perspective*, Oxford, 2003, 3-29; D. GARTNER, *Global Public Goods and Global Health*, in *Duke Journal of Comparative and International Law*, 22, 2012, 303 ss.; F. FRANCONI, *Sovranità statale e tutela della salute come bene pubblico globale*, in L. PINESCHI (a cura di), *La tutela della salute nel diritto internazionale ed europeo tra interessi globali e interessi particolari*, Napoli, 2017, 51 ss.; S. NEGRI, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*, Torino, 2018, 47-48.

<sup>2</sup> Sul tema si rinvia a O. AGINAM, *Global Health Governance: International Law and Public Health in Divided World*, Toronto, 2005; R. DODGSON, K. LEE, N. DRAGER, *Global Health Governance, A Conceptual Review*, London, 2009; S. HARMAN, *Global Health Governance*, London, 2012; J. YOUDE, *Global Health Governance*, Cambridge, 2012.

<sup>3</sup> Vedi D.P. FIDLER, *The Challenges of Global Health Governance*, in *Council on Foreign Relations*, Maggio 2010, 3.



## 2. L'impatto delle emergenze sanitarie sulla *governance* sanitaria globale

Per loro stessa natura, le emergenze sanitarie di vasta scala si risolvono necessariamente nell'ambito della cooperazione internazionale<sup>4</sup>. Le malattie, infatti, non conoscono confini nazionali e sovente la circolazione di persone e merci rappresenta il principale vettore per la diffusione di agenti patogeni. La cooperazione internazionale, inoltre, facilita la condivisione di dati, ricerche e studi, rendendo possibile o velocizzando lo sviluppo di trattamenti e vaccini. Tuttavia, nonostante i tentativi avviati a partire dalla seconda metà del XIX secolo<sup>5</sup>, la cooperazione internazionale in tema di tutela della salute ha faticato ad affermarsi, così come la creazione di una *governance* sanitaria globale efficace.

Senza addentrarsi nel più ampio e complesso dibattito sull'evoluzione della *governance* sanitaria globale<sup>6</sup>, è possibile osservare una chiara correlazione tra sviluppo di tale *governance* e le emergenze sanitarie. La letteratura specialistica ha evidenziato come le crisi sanitarie di particolare gravità mettano in luce le disuguaglianze strutturali esistenti nei sistemi sanitari, sottolineando la necessità di ripensare le strategie di *governance* ed inducendo gli Stati a ridefinire priorità e meccanismi di coordinamento internazionale<sup>7</sup>.

Anche il processo di riforma intrapreso dall'OMS a partire dal 1995 non era riuscito a produrre un impatto significativo sul sistema di *governance*. In questo contesto, la tanto inaspettata, quanto grave epidemia da SARS-CoV del 2003 ha accelerato la conclusione dei negoziati relativi alla terza riforma del Regolamento sanitario internazionale, ridisegnando in modo sostanziale la *governance* sanitaria globale<sup>8</sup>. Tra gli aspetti di maggior rilievo, il Regolamento sanitario internazionale del 2005 introduce un complesso sistema di sorveglianza e risposta secondo cui gli Stati parti hanno l'obbligo giuridico di sviluppare e mantenere un sistema di monitoraggio degli eventi sanitari all'interno del proprio territorio e, in caso di eventi sanitari anomali o sospetti, notificarlo all'OMS (Parte II RSI). Questa è la prima volta che uno strumento giuridico internazionalistico impone esplicitamente agli Stati obblighi relativi allo sviluppo di capacità minime in materia di sanità pubblica<sup>9</sup>.

Un ulteriore elemento cardine del sistema di *governance* introdotto dal Regolamento del 2005 è la facoltà attribuita al Direttore generale dell'OMS di dichiarare la presenza di un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (art. 12 RSI) e, contestualmente, di adottare raccomandazioni temporanee al fine di coordinare la risposta degli Stati (art. 15 RSI). Questa previsione rafforza il ruolo di

<sup>4</sup> Cfr. D.P. FIDLER, *The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy*, in *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 2001, pp. 842-849.

<sup>5</sup> Ci si riferisce alle conferenze sanitarie che hanno avuto luogo tra il 1851 ed il 1938. Sul punto si rinvia a N. HOWARD-JONES, *The scientific background of the Sanitary Conferences, 1851-1938*, Geneve, 1975; P. WEINDLING (a cura di), *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*, Cambridge, 1995.

<sup>6</sup> Per una disamina sul tema si rinvia a J. YOUDE, *op. cit.*, 11 ss.

<sup>7</sup> Cfr. L.O. GOSTIN, E.A. MOK, *Grand Challenges in Global Health Governance*, in *British Medical Bulletin*, 90, 2009, 7-18; più recentemente, C. ARDIL, *The Social Dynamics of Pandemics: A Clinical Sociological Analysis of Precautions and Risks*, in *International Journal of Psychological and Behavioral Sciences*, 18, 2024, 640-641. Con riferimento all'impianto normativo istituito dall'OMS, ad esempio, il Regolamento sanitario internazionale del 1969 aveva già rivelato ampiamente la propria inadeguatezza di fronte alla ricomparsa di malattie endemiche e all'insorgenza di nuove epidemie, come l'AIDS e le febbri virali emorragiche: cfr. P. ACCONCI, *Tutela della salute e diritto internazionale*, Padova, 2011, 158 ss. e S. NEGRI, *La tutela della salute pubblica internazionale*, cit., 344.

<sup>8</sup> Vedi P. ACCONCI, *Tutela della salute e diritto internazionale*, cit., 161.

<sup>9</sup> D.P. FIDLER, *The Challenges of Global Health Governance*, cit., 7.



guida dell'OMS nel sistema di *governance* sanitaria globale, pur restando vincolata alla collaborazione ed alla volontà politica degli Stati, i quali mantengono un controllo sostanziale sull'attuazione pratica delle misure raccomandate.

Un altro aspetto distintivo del Regolamento del 2005 è il carattere intersettoriale del sistema di *governance* che delinea. Proprio in virtù della natura trasversale delle questioni sanitarie, le sue disposizioni coinvolgono ambiti come l'agricoltura e i trasporti, riflettendo un approccio olistico e multidimensionale alla gestione delle emergenze sanitarie. Altrettanto significativo è il richiamo esplicito ai diritti umani: il Regolamento impone agli Stati parti il rispetto della dignità umana e delle libertà fondamentali, in particolar modo allorquando adottano misure restrittive della circolazione, garantendo così un bilanciamento tra esigenze sanitarie e tutela dei diritti individuali<sup>10</sup>.

Di notevole importanza è, infine, l'inclusione nel sistema di *governance* di attori non statali. L'art. 9 RSI consente all'OMS di avvalersi per le proprie determinazioni di informazioni provenienti da fonti diverse dalle notifiche ufficiali degli Stati, ampliando così il ventaglio di contributi per monitorare e rispondere alle emergenze sanitarie globali.

In sintesi, il Regolamento del 2005 non si limita a fornire strumenti per affrontare questioni legate esclusivamente alla sanità pubblica internazionale, bensì ha gettato le basi per la nascita di un embrionale «sistema di sicurezza sanitaria globale»<sup>11</sup>, in cui, la salute pubblica è considerata da una pluralità di prospettive.

Al pari dell'epidemia da SARS del 2003 che ha rappresentato un momento di svolta, inducendo gli Stati ad adottare il Regolamento sanitario internazionale del 2005 e rivitalizzare il ruolo dell'OMS come organismo di riferimento per la gestione delle emergenze sanitarie globali, analogamente, le successive crisi sanitarie, l'epidemia da virus Ebola del 2014 e la pandemia da COVID-19 del 2020, hanno stimolato una rinnovata riflessione sulla necessità di adeguamenti strutturali della *governance* globale.

### 3. L'epidemia da Ebola in Africa occidentale ed il processo di securizzazione della salute

Dall'entrata in vigore del Regolamento sanitario internazionale del 2005, diverse emergenze sanitarie hanno messo a dura prova il sistema di *governance* sanitaria globale. Tra queste, si possono richiamare la pandemia da virus A/H1N1 del 2009 (comunemente nota come "influenza suina")<sup>12</sup>, la crisi da Sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus (MERS-CoV) del 2012<sup>13</sup> e la dichiarazione dei focolai

<sup>10</sup> Ancora D.P. FIDLER, *ivi*, 8.

<sup>11</sup> Così ritiene S. NEGRI, *La tutela della salute pubblica internazionale*, cit., 340.

<sup>12</sup> Sul punto si rinvia a A. KAMRADT-SCOTT, *What Went Wrong? The World Health Organization from Swine Flu to Ebola*, in A. KRUCK, K. OPPERMANN, A. SPENCER (eds.), *Political Mistakes and Policy Failures in International Relations*, London, 2018, 193-215.

<sup>13</sup> Sul punto si rinvia a A.E. BOLLINGER, *E-MERS-GENCY: An application and evaluation of the pandemic influenza preparedness framework to the outbreak of MERS-CoV*, in *Temple International and Comparative Law Journal*, 29, 2015.



di poliomielite in Afghanistan, Pakistan e Nigeria come emergenza sanitaria di rilevanza internazionale<sup>14</sup>. Tali eventi, pur differenti per natura e portata, hanno evidenziato con chiarezza i limiti e le criticità del sistema di *governance* sanitaria globale<sup>15</sup>.

Alla luce di queste premesse, l'epidemia da virus Ebola (*Ebolavirus*, EVD) che ha interessato l'Africa occidentale nel 2014 ha rappresentato una delle sfide più impegnative finora affrontate dalla Comunità internazionale. L'eccezionale gravità della malattia, il contesto socioeconomico in cui essa si diffondeva, nonché l'evidente insuccesso del Regolamento sanitario internazionale hanno rimesso in discussione l'intero sistema di *governance* sanitaria globale. In questo scenario critico, il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha deciso di intervenire direttamente nella questione, adottando la risoluzione 2177 (2014) che, come si vedrà a breve, segna l'apice del fenomeno noto come "securizzazione della salute".

Per linee generali, la teoria della securizzazione, sviluppata nell'ambito della Scuola di Copenaghen<sup>16</sup>, si riferisce al processo mediante il quale una questione di una certa rilevanza viene inquadrata alla stregua di una minaccia esistenziale, giustificando così l'adozione di misure straordinarie per affrontarla<sup>17</sup>. Storicamente, la correlazione tra salute pubblica e sicurezza inizia a farsi strada nei programmi nazionali di sicurezza negli anni Novanta<sup>18</sup>, per poi consolidarsi sotto la spinta di eventi specifici, come il timore di attacchi di bioterrorismo (i.e. gli attacchi all'antrace negli Stati Uniti nel 2001) e dalla ricomparsa di focolai di malattie considerate debellate da tempo (i.e. l'epidemia di SARS nel 2003)<sup>19</sup>.

Sul piano della salute globale, questo fenomeno si traduce nell'integrazione delle emergenze sanitarie nei quadri di sicurezza internazionale. Il progressivo superamento della tradizionale distinzione tra salute pubblica e sicurezza risiede nella consapevolezza che le malattie altamente contagiose, diffondendosi su scala globale, possono compromettere la stabilità degli Stati sotto il profilo economico, politico,

<sup>14</sup> Sul punto si rinvia a R. QUINN, *Epidemiological Insurgency, Polio Persistence on the Afghanistan-Pakistan Border*, in *Fletcher Security Review*, 4, 2017, 33-38.

<sup>15</sup> P.A. VILLARREAL, *The WHO's Governance Framework in Disease Outbreaks: A Legal Perspective*, in L. VIERCK, P.A. VILLARREAL, A.K. WEILERT (eds.), *The Governance of Disease Outbreaks, International Health Law: Lessons from the Ebola Crisis and Beyond*, Baden-Baden, 2017.

<sup>16</sup> Nell'ambito degli studi sulla sicurezza, la Scuola di Copenaghen è un approccio teorico che analizza come determinate questioni vengano inquadrare come temi di sicurezza, al fine di giustificare l'adozione di misure straordinarie, attraverso un processo noto come "securizzazione". I fattori di tale approccio sottolineano che il concetto di sicurezza è un costrutto sociale, non univoco, articolato in diversi settori (politico, economico, sociale, etc.) e dipendente dal riconoscimento da parte di una comunità specifica. Per ulteriori approfondimenti si rinvia a B. BUZAN, O. WAEVER, J. DE WILDE, *Security, A New Framework For Analysis*, London, 1998; H. STRITZEL, *Towards a Theory of Securitization: Copenhagen and Beyond*, in *European Journal of International Relations*, 13, 2007, 357 ss.; R. FLOYD, *Human Security and the Copenhagen School's Securitization Approach: Conceptualizing Human Security as a Securitizing Move*, in *Human Security Journal*, 5, 2007, 38 ss.; C. MONTELEONE, *Sicurezza e securitizzazione: Copenhagen e oltre*, in *Ragion pratica*, 48, 2017, 9 ss.; M. BOSCARIOL, *Securitizzazione e stato di eccezione: sulle origini schmittiane della Scuola di Copenaghen*, in *Ragion pratica*, 57, 2021, 561 ss.; C. CORDEIRO VIANA SILVA, A.E. PEREIRA, *Securitization theory and its empirical application: a literature review*, in *Revista de Sociologia e Política*, 32, 2024.

<sup>17</sup> Per approfondimenti si rinvia a H. STRITZEL, *Security in Translation*, London, 2014, 11-37.

<sup>18</sup> M. ARGENTINI, *Ascesa e declino del ruolo di health keeper del Consiglio di sicurezza*, in *La Comunità internazionale*, 4, 2021, 676.

<sup>19</sup> G.L. BURCI, *Ebola, the Security Council and the securitization of public health*, in *Questions of International Law*, Zoom-in, 2014, 33.



sociale, nonché generare flussi migratori significativi, causando instabilità a livello regionale, con impatti significativi anche su Stati terzi<sup>20</sup>. Un primo passo in questa direzione è stato compiuto con il rapporto finale dell'*High-level Panel on Threats, Challenges, and Change* del 2004, in cui il Segretario generale delle Nazioni Unite ha qualificato qualsiasi evento con un alto numero di vittime come una minaccia alla sicurezza internazionale, suggerendo al contempo una collaborazione rafforzata tra il Consiglio di sicurezza e l'OMS<sup>21</sup>. Questa prospettiva è stata ulteriormente sviluppata nel 2005, sia nel rapporto *In Larger Freedom* del Segretario generale<sup>22</sup>, sia nel documento conclusivo del *World Summit* adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite<sup>23</sup>.

Nel contesto dell'emergenza da virus Ebola del 2014, con una prima risoluzione, la 2176 (2014), il Consiglio di sicurezza ha prorogato il mandato della *United Nations Mission for Liberia* (UNMIL) fino alla fine dell'anno e promosso l'istituzione della missione speciale *United Nations Mission for Ebola Emergency Response* (UNMEER) al fine di contrastare la diffusione del virus. Sebbene in questa risoluzione non vi siano espliciti riferimenti alla sussistenza di una minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale, il preambolo include un richiamo al Capitolo VII della Carta delle Nazioni Unite<sup>24</sup>.

Pochi giorni dopo, il Consiglio adotta all'unanimità la risoluzione 2177 (2014), che rappresenta un momento di svolta per almeno due ragioni. In primo luogo, la diffusione dell'Ebola in Africa occidentale viene qualificata come una minaccia alla pace ed alla sicurezza internazionale<sup>25</sup>. È la prima volta che un evento sanitario, in questo caso anche qualificato come emergenza sanitaria *ex art. 12 RSI* dal Direttore generale dell'OMS, viene ricondotto a questa definizione. Si badi che il resto della risoluzione non richiama esplicitamente né il Capitolo VI della Carta delle Nazioni Unite né gli articoli in esso contenuti; cionondimeno, la definizione dell'emergenza sanitaria come una minaccia per la pace e la sicurezza internazionale ne rappresenterebbe un riferimento indiretto.

In secondo luogo, il contenuto della risoluzione rappresenta un vero e proprio *enforcement* all'azione dell'OMS in occasione dell'emergenza in corso. Gli Stati membri, infatti, vengono sollecitati a rimuovere le restrizioni alla mobilità transfrontaliera che di fatto avevano determinato un isolamento degli Stati maggiormente colpiti (parr. 3 e 4), nonché ad orientare la propria risposta secondo criteri compatibili con uno spirito di cooperazione internazionale e approccio multilaterale (parr. 5, 6, 7, 8 e 10). Queste misure ricalcano nella sostanza il contenuto principale delle raccomandazioni temporanee adottate dal Direttore generale a seguito della determinazione dell'epidemia da Ebola come emergenza sanitaria *ex art. 12 RSI*, e la cui implementazione viene esplicitamente richiesta (par. 9).

La risoluzione 2177 (2014) è stata commentata molto favorevolmente dalla dottrina, che l'ha definita come «l'acme» del processo di securitizzazione della salute<sup>26</sup>, sebbene nei fatti non abbia determinato

<sup>20</sup> M. ARGENTINI, *op. cit.*, 678.

<sup>21</sup> *A More secure world: our shared responsibility. Report of the High-level Panel on Threats, Challenges and Change*, UN Doc. A/59/565 del 2 dicembre 2004.

<sup>22</sup> *In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All. Report of the Secretary-General*, UN Doc. A/59/2005 del 21 marzo 2005.

<sup>23</sup> Cfr. Assemblea generale, risoluzione 60/1 (2005) del 24 ottobre 2005.

<sup>24</sup> Dodicesimo capoverso del preambolo.

<sup>25</sup> Il quinto considerando della Risoluzione recita: «*determining that the unprecedented extend of the Ebola outbreak in Africa constitutes a threat to international peace and security*».

<sup>26</sup> S. NEGRI, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani*, cit., 162.



conseguenze pratiche rilevanti, contenendo essa essenzialmente raccomandazioni<sup>27</sup>. La risoluzione solleva talune questioni sul rapporto tra Consiglio di sicurezza e OMS nella gestione delle emergenze sanitarie. Una prima questione attiene alla legittimità dell'azione del Consiglio: al netto della discrezionalità di cui esso gode nell'individuare le minacce alla pace ed alla sicurezza internazionale, vi è da interrogarsi se l'art. 39 della Carta abbia effettivamente un'elasticità tale da potervi ricondurre anche questioni di ambito sanitario. A tal proposito, la letteratura ha preso posizioni alquanto diversificate. Secondo una parte della dottrina, l'ampliamento della portata della definizione di minaccia sarebbe coerente con la contemporanea tendenza trasversale di rivisitazione del concetto di sicurezza<sup>28</sup>.

Altri autori hanno evidenziato come, in realtà, il Consiglio abbia qualificato come minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale non la mera esistenza dell'epidemia da Ebola, bensì la sua «estensione senza precedenti»<sup>29</sup>. Inoltre, gli aspetti enfatizzati nel testo della risoluzione attengono all'impatto che il virus avrebbe sulla stabilità e sicurezza della regione, mentre le questioni prettamente sanitarie sarebbero minoritarie. In questa prospettiva, non vi sarebbe stata alcuna interpretazione estensiva dell'art. 39 della Carta, essendo la qualificazione dell'emergenza Ebola come minaccia, in linea con la concezione tradizionale della stessa<sup>30</sup>.

Non è mancato chi, infine, ha sostenuto che la risoluzione 2177 (2014) non possa essere considerata una misura coercitiva ai sensi del Capitolo VII della Carta e che l'uso della formula contenuta nell'art. 39 abbia un alto valore simbolico, esprimendo un forte messaggio politico sulla necessità di una risposta decisa, coordinata e ben finanziata da parte della Comunità internazionale<sup>31</sup>.

In ogni caso, si ritiene che la risoluzione 2177 (2014) abbia avuto un impatto positivo sulla gestione dell'emergenza sanitaria, al punto che gli studiosi hanno riflettuto circa il futuro rapporto istituzionale tra OMS e Consiglio di sicurezza, non escludendo per quest'ultimo un ruolo più centrale nella *governance* sanitaria globale<sup>32</sup>.

La straordinaria gravità dell'emergenza da COVID-19 ha messo a dura prova l'OMS, il cui ruolo risultava fortemente indebolito dalla mancata implementazione delle sue regole da parte gli Stati<sup>33</sup>. Sulla scorta

<sup>27</sup> In questo senso, I.R. PAVONE, *Ebola and Securitization of Health: UN Security Council Resolution 2177/2014 and Its Limits*, in L. VIERCK, P.A. VILLARREAL, A.K. WEILERT (eds.), *The Governance of Disease Outbreaks*, cit., 323.

<sup>28</sup> S. NEGRI, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani*, cit., 160.

<sup>29</sup> R. FRAU, *Combining the WHO's International Health Regulations (2005) with the UN Security Council's Powers: Does it Make Sense for Health Governance?*, in L. VIERCK, P.A. VILLARREAL, A.K. WEILERT (eds.), *The Governance of Disease Outbreaks*, cit., 340 ss.

<sup>30</sup> Cfr. *ibidem*: «In this sense, the members of the Security Council did not interpret Article 39 UN Charter in an innovative way, Resolution 2177 (2014) keeps in line with the conservative understanding of the notion "threat to international peace and security". Ultimately, it is not Ebola that led the Security Council to act, but the anticipated instability of the region due to Ebola».

<sup>31</sup> G. L. BURCI, *Tutela della salute ed evoluzione della sicurezza collettiva*, in L. PINESCHI (a cura di), *La tutela della salute nel diritto internazionale ed europeo tra interessi globali e interessi particolari*, cit., 78; *Id.*, *Ebola, the Security Council and the securitization of health.*, cit., 29.

<sup>32</sup> S. NEGRI, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani*, cit., 162.

<sup>33</sup> Per approfondimenti si rinvia a P. ACCONCI, *L'Organizzazione mondiale della sanità alla prova dell'emergenza sanitaria Covid-19*, in *DPCE Online*, 2, 2020, XV-XXVIII; *Id.*, *Prime considerazioni sull'effettività delle risposte normative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alla diffusione del Covid-19*, in *SIDIBlog*, post del 9 aprile 2020; G. PERRONE, *Il Regolamento Sanitario Internazionale dell'OMS alla prova dell'emergenza CoViD-19*, in *Bio-Law Journal*, 1, 2020, 515-519.



di quanto avvenuto in occasione dell'emergenza di Ebola, vi era una certa aspettativa che il Consiglio di sicurezza avrebbe potuto intervenire nuovamente su una questione sanitaria, come quella del COVID-19, che con facilità integrava questioni di sicurezza internazionale<sup>34</sup>.

Al contrario, nonostante le proposte di risoluzione avanzate da Tunisia e Francia, il Consiglio di sicurezza risultava arenato in una delicata *impasse* a livello diplomatico<sup>35</sup>. Le divergenze tra Cina e Stati Uniti createsi a seguito delle tensioni circa l'origine del COVID-19 e le reazioni intraprese sul piano politico e giurisdizionale<sup>36</sup>, infatti, non hanno consentito di raggiungere le condizioni per l'approvazione di un testo di risoluzione condiviso. Infine, proprio quando il processo di securizzazione della salute, iniziato appena sei anni prima, sembrava definitivamente abbandonato, il Consiglio ha adottato due risoluzioni inerenti all'emergenza Covid.

Con la risoluzione 2532 (2020), i membri del Consiglio di sicurezza, messe da parte le divergenze politiche, hanno accolto i numerosi appelli per un'azione multilaterale per la pace, richiedendo una cessazione generale e immediata delle ostilità e una tregua umanitaria per le regioni interessate da conflitti armati, ad eccezione delle operazioni militari contro entità terroristiche quali lo Stato Islamico (ISIS), Al-Qaeda e Al-Nusra e tutti i soggetti ad essi associati<sup>37</sup>.

La risoluzione 2565 (2021), pur reiterando il cessate il fuoco globale con eccezione delle operazioni militari antiterrorismo, ha sottolineato l'urgente necessità di solidarietà, equità ed efficacia invitando gli Stati economicamente più sviluppati a donare dosi di vaccino agli Stati particolarmente bisognosi attraverso il Fondo COVAX, un'iniziativa delle Nazioni Unite, parte dell'*Accelerator ACT*<sup>38</sup>.

Come per la risoluzione 2177 (2014), nemmeno nei casi delle risoluzioni 2532 (2020) e 2565 (2021) il Consiglio ha indicato espressamente ai sensi di quale capitolo della Carta delle Nazioni Unite ha inteso intervenire. Tuttavia, sebbene nel primo caso la definizione della diffusione del virus Ebola quale «minaccia» ha fatto propendere per una qualificazione nel senso del Capitolo VII, negli ultimi due casi la valutazione non è ugualmente pacifica. Nel caso specifico, non è chiaro se le due risoluzioni siano state adottate ai sensi del Capitolo V, riguardante la risoluzione pacifica delle controversie internazionali, o ai sensi del Capitolo VII che, come si è visto, fornisce un quadro normativo per l'intervento del Consiglio di sicurezza in situazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale.

<sup>34</sup> C.D. GAVER, N. PERERA, *COVID-19 Symposium: Will the UN Security Council Act on COVID-19?*, in *Opinio Juris*, post del 4 aprile 2020. Inoltre, un invito al Consiglio di sicurezza a intervenire è stato avanzato anche dal Segretario generale delle Nazioni Unite, António Guterres, si veda a tal proposito il *Secretary-General's remarks to the Security Council on the COVID-19 Pandemic* del 9 aprile 2020 su [www.un.org](http://www.un.org) (ultima consultazione il 18/12/2024).

<sup>35</sup> I.R. PAVONE, *L'emergenza da COVID-19 e l'impasse del Consiglio di sicurezza*, in *Ordine internazionale e diritti umani, Osservatorio sul Consiglio di sicurezza*, 2, 2020, 364-368.

<sup>36</sup> Ci si riferisce alle azioni giudiziarie intentate nei confronti della Cina dinanzi alla giurisdizione civile statunitense. Per un approfondimento si rinvia a A. BONFANTI, *La Cina è immune al COVID-19? Riflessioni sulle cause di risarcimento contro la Cina per i danni causati dalla pandemia negli Stati Uniti*, in *SIDIBlog*, post del 25 giugno 2020.

<sup>37</sup> P. BRECCIA, *La risoluzione 2532 (2020) del Consiglio di sicurezza sulla pandemia da COVID-19: il confronto USA/Cina non blocca la richiesta di un inedito cessate il fuoco globale*, in *Ordine internazionale e diritti umani, Osservatorio sul Consiglio di sicurezza*, 4, 2020, 988-994; M. ARCARI, *Some Thoughts in the Aftermaths of Security Council Resolution 2532 (2020) on Covid-19*, in *Questions of International Law*, 2020, 59-76.

<sup>38</sup> A.J. PALMA, *La risoluzione 2565 (2021) e la strategia del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite per il contrasto alla pandemia da COVID-19*, in *Ordine Internazionale e diritti umani, Osservatorio sul Consiglio di sicurezza*, 2, 2021, 450-458.



La posizione secondo cui le risoluzioni sarebbero state adottate ai sensi del VII Capitolo della Carta ONU fa leva sulla considerazione che le richieste di cessate il fuoco globale e la tregua umanitaria rientrerebbero nelle misure provvisorie *ex art.* 40 della Carta<sup>39</sup>. Inoltre, la risoluzione 2532 (2020) richiama esplicitamente, al primo capoverso del preambolo, la primaria responsabilità del Consiglio nel mantenimento della pace e della sicurezza internazionale.

I sostenitori della posizione secondo cui le risoluzioni sarebbero state adottate ai sensi del VI Capitolo, invece, basano le proprie considerazioni su questioni, per così dire, di assonanza stilistica. La formulazione linguistica adoperata, infatti, ricalca espressioni rinvenibili nelle norme del Capitolo VI<sup>40</sup>. Inoltre, le espressioni adoperate nel testo non sono precettive, bensì raccomandatorie e ciò sarebbe maggiormente compatibile con le funzioni conciliative del Consiglio contenute nel Capitolo VI<sup>41</sup>. Più in generale, il tono assunto dal Consiglio di sicurezza non sarebbe compatibile con il tipico ruolo autoritativo che esso assume allorché agisce ai sensi del Capitolo VII, apparendo piuttosto più esortativo e affine a funzioni conciliative *ex* Capitolo VI<sup>42</sup>.

In realtà, un tono non dissimile, se non forse ancora meno perentorio, è rinvenibile nella risoluzione 2177 (2014), la cui riconducibilità al Capitolo VII della Carta è difficilmente confutabile. D'altronde, nemmeno in dottrina si esclude che il Consiglio possa adottare misure raccomandatorie, pur rimanendo nel contesto del Capitolo VII<sup>43</sup>. Lo stesso si può dire per i rimandi alla figura centrale dell'OMS e gli inviti a seguire le norme che essa ha posto in essere per contrastare l'emergenza.

Per quanto concerne la presente indagine, sono evidenti i profili di discontinuità delle risoluzioni 2532 (2020) e 2565 (2021) rispetto alla risoluzione 2177 (2014). Innanzitutto, è mancata la qualificazione dell'emergenza COVID come minaccia alla pace ed alla sicurezza internazionale. I pochi riferimenti all'OMS, per la verità completamente assenti nella risoluzione del 2020, fanno un breve cenno al rispetto delle raccomandazioni temporanee in tema di contrasto alla disinformazione, in ottica funzionale alla promozione delle campagne vaccinali. In altre parole, se nel caso della risoluzione 2177 (2014) si paventava il rischio di una sovrapposizione istituzionale tra Consiglio di sicurezza e OMS, nel caso delle risoluzioni 2532 (2020) e 2565 (2021) i confini dei rispettivi ambiti di competenza sono rimasti assolutamente distinti.

Sulle ragioni di tale discontinuità, le ipotesi possono essere molteplici. In generale, il tema del COVID-19 è stato oggetto di una forte politicizzazione, che sicuramente non ha facilitato la stesura dei testi delle risoluzioni. In questa prospettiva, si potrebbe spiegare perché, *a contrario*, la risoluzione 2177 (2014) sia risultata così innovativa<sup>44</sup>.

<sup>39</sup> S. NEGRI, *Introductory Note to United Nations Security Council Resolution 2532 (July 1, 2020)*, in *International Legal Materials*, 60, 2021, 24-29; in senso contrario A.J. PALMA, *La risoluzione 2565 (2021)*, cit., 452.

<sup>40</sup> In particolare, quelle degli artt. 33, 34 e 37 della Carta.

<sup>41</sup> A.J. PALMA, *La risoluzione 2565 (2021)*, cit., 452.

<sup>42</sup> Senza per questo dover necessariamente escludere la sua natura vincolante, si veda sul punto E. POBJIE, *Covid-19 as a threat to international peace and security: The role of the UN Security Council in addressing the pandemic*, in *EJIL: Talk!*, post del 27 luglio 2020.

<sup>43</sup> S. MARCHISIO, *L'ONU: il diritto delle Nazioni Unite*, II ed., Bologna, 2012, 213 ss.; R. HIGGINS, *The Advisory Opinion on Namibia: Which UN Resolutions Are Binding under Article 25 of the Charter?*, in *The International and Comparative Law Quarterly*, 21, 2, 1972, 270-286.

<sup>44</sup> Per un approfondimento sulle ragioni della discontinuità tra le risoluzioni 2177 (2014) e le risoluzioni 2532 (2020) e 2565 (2021) si veda a A.J. PALMA, *La risoluzione 2565 (2021)*, cit., 455.



#### 4. La pandemia da COVID-19 e gli emendamenti al Regolamento sanitario internazionale

L'emergenza da COVID-19 ha rappresentato una sfida senza precedenti, che ha messo in luce la strutturale vulnerabilità del sistema di tutela internazionale della salute<sup>45</sup>. In questa prospettiva, la pandemia ha rappresentato uno *stress-test* per l'OMS, un momento spartiacque che ha riaperto il dibattito sull'opportunità di un'ulteriore riforma della *governance* sanitaria globale.

La 77° Assembla mondiale della sanità (WHA-77), tenutasi a Ginevra dal 27 maggio al 1° giugno 2024, ha visto l'approvazione di diversi emendamenti al Regolamento sanitario internazionale, volti a rafforzare la capacità di risposta collettiva alle emergenze sanitarie<sup>46</sup>. Tale decisione, che sopraggiunge dopo quasi due decenni di implementazione del Regolamento nella sua forma attuale, è il risultato di un intenso processo multilaterale di revisione, stimolato dalle profonde lezioni apprese in occasione della pandemia da COVID-19<sup>47</sup>. Mentre gli obblighi di sorveglianza e risposta furono tra i tratti distintivi delle revisioni al Regolamento avvenute agli inizi degli anni 2000, gli emendamenti approvati nel 2024 pongono al centro questioni più ampie e trasversali, con particolare attenzione all'equità e alla solidarietà nella preparazione e nella risposta alle emergenze sanitarie<sup>48</sup>.

Molti degli emendamenti adottati perfezionano o ampliano disposizioni esistenti. Tra questi, spicca la creazione di una nuova categoria di emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, vale a dire l'emergenza pandemica<sup>49</sup>. In questa sede, tuttavia, ci si concentrerà specificatamente sulle novità normative che si ritiene possano impattare maggiormente sulla *governance* sanitaria globale.

<sup>45</sup> Per una panoramica sulle riflessioni giuridiche emerse a seguito della pandemia da COVID-19 si rinvia a M. FRIGESSI DI RATTALMA, *La pandemia da Covid-19, Profili di diritto nazionale, dell'Unione Europea ed internazionale*, Torino, 2020; C. INGRATOCI, A. MADERA, F. PELLEGRINO (a cura di), *I diritti fondamentali al tempo della pandemia da COVID-19*, Napoli, 2021. Con specifico riferimento al diritto internazionale si rinvia a D. FIDLER, *The covid-19 Pandemic, Geopolitics, and International Law*, in *Journal of International Humanitarian Legal Studies*, 11, 2020, 237-248; C.M. PONTECORVO, *Il diritto internazionale ai tempi del (nuovo) Coronavirus: prime considerazioni sulla recente epidemia di "Covid-19"*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, 14, 2020, 195-216; V. ZAMBRANO, *Il diritto umano alla scienza e l'emergenza da CoViD-19*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 259-267; L. POLI, *Epidemie, diritti fondamentali e doveri dell'individuo*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 309-313; I.R. PAVONE, *La pandemia globale di CoViD-19: riflessioni sul ruolo dell'OMS*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 459-482; M. DISTEFANO, L. SCAFFIDI RUNCELLA, *La gestione della pandemia da Covid-19 a livello inter-governativo: il miraggio solidaristico*, in C. INGRATOCI, A. MADERA, F. PELLEGRINO (a cura di), *op. cit.*, 67-84.

Con specifico riferimento, invece, alle recenti tendenze e strategie in tema di salute pubblica nell'ambito dell'Unione Europea emerse a seguito della pandemia da COVID-19, si rinvia a P. DE PASQUALE, *Le competenze dell'Unione europea in materia di sanità pubblica e pandemia di Covid-19*, in *DPCE Online*, 2, 2020, 2295-2308; F. ROLANDO, *La tutela della salute nel diritto dell'Unione europea e la risposta dell'UE all'emergenza Covid-19*, in *EUROJUS*, numero speciale, 2020, 1-14.

<sup>46</sup> Vedi *World Health Organization, International Health Regulations (2005)*, A/77/A/CONF./14, Ginevra, 2024. Per un primo commento si rinvia a C. FOSTER, *Compliance and Accountability Mechanisms in the 2024 Revisions to the WHO International Health Regulations (2005)*, in *EJIL: Talk!*, post del 21 giugno 2024.

<sup>47</sup> Vedi B.M. MEIER, R. HABIBI, L.O. GOSTIN, *A Global Health Law Trilogy: Transformational Reforms to Strengthen Pandemic Prevention, Preparedness, and Response*, in *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 50, 2022, 625.

<sup>48</sup> Così R. HABIBI, M. ECCLESTON-TURNER, G.L. BURCI, *The 2024 Amendments to the International Health Regulations: A New Era for Global Health Law in Pandemic Preparedness and Response?*, in *Journal of Law, Medicine, and Ethics*, 54, 2024.

<sup>49</sup> Così nella nuova formulazione dell'art. 1 RSI: «*“pandemic emergency” means a public health emergency of international concern that is caused by a communicable disease and: (i) has, or is at high risk of having, wide*



La riforma approvata dall'Assemblea ha introdotto un meccanismo multilivello di implementazione del Regolamento. A livello statale, l'art. 4, par. 1 *bis* RSI istituisce l'Autorità Nazionale RSI (*National IHR authorities*), con il compito di coordinare l'implementazione del Regolamento entro la giurisdizione dello Stato parte. Tale istituzione intende superare i limiti di coordinamento delle agenzie sanitarie nazionali, un problema emerso in molti Stati durante le fasi più critiche dell'emergenza<sup>50</sup>.

Parallelamente, il combinato disposto degli artt. 5 e 13 RSI, così come emendati dall'Assemblea, introduce un nuovo obbligo di sviluppare "capacità fondamentali" (*Core capacities*) non solo per la sorveglianza e risposta, ma anche per la prevenzione e preparazione alle emergenze di sanità pubblica di rilevanza internazionale, ivi compresa la nuova categoria di emergenza pandemica.

A livello intergovernativo, invece, l'art. 54 *bis* RSI, istituisce il Comitato degli Stati parti per l'implementazione del RSI (*States Parties Committee for implementation of the IHR*). Si tratta di un organo collegiale composto da rappresentanti degli Stati e affiancato da una sottocommissione di esperti tecnici, con il compito di facilitare l'attuazione del Regolamento, con particolare riguardo agli obblighi di cooperazione, assistenza e finanziamento contenuti negli artt. 44 e 44 *bis* RSI, di cui si tratterà a breve. Il ruolo di tale comitato risulta limitato alla funzione consultiva e semplificativa del processo di implementazione del regolamento, ed i tratti, in un certo qual modo, deferenti nei confronti degli Stati emergono dalla lettera del menzionato art. 54 *bis* RIS, il quale specifica che il Comitato «*shall [...] function in a non-adversarial, non-punitive, assistive and transparent manner*». Questa enfasi sembra mirare a rassicurare gli Stati, evitando la percezione di un organismo potenzialmente intrusivo o ostile. Al netto degli apprezzabili sforzi per promuovere la collaborazione e la trasparenza, l'approccio adottato per la riforma del Regolamento appare privilegiare un equilibrato dialogo tra OMS e Stati membri, piuttosto che il rafforzamento di meccanismi coercitivi per garantirne la piena attuazione.

In effetti, l'approccio multilivello è, altresì, rinvenibile nell'art. 44 RSI, così come emendato dall'Assemblea, che è volto al rafforzamento della collaborazione, assistenza e finanziamento tra Stati parti e OMS. Sul piano nazionale, gli Stati sono chiamati a mantenere o incrementare i finanziamenti necessari al fine di garantire l'attuazione efficace del Regolamento, sempre nel rispetto delle normative interne applicabili e delle risorse economiche disponibili (par. 2 *bis*). Tale obbligo evidenzia la necessità di un impegno concreto da parte dei singoli Stati per sostenere le infrastrutture sanitarie e promuovere una risposta adeguata alle emergenze. Sul piano intergovernativo, il Regolamento prevede un rafforzamento della cooperazione tra Stati, volto a rendere i meccanismi di finanziamento più accessibili ai Paesi in via di sviluppo (par. 2 *ter*). Ciò implica l'individuazione delle risorse finanziarie necessarie e l'agevolazione del loro accesso, anche attraverso il supporto del Meccanismo di finanziamento coordinato introdotto dall'art. 44 *bis* RSI. L'obiettivo è garantire che gli Stati con minori capacità economiche

---

*geographical spread to and within multiple States; and (ii) is exceeding, or is at high risk of exceeding, the capacity of health systems to respond in those States; and (iii) is causing, or is at high risk of causing, substantial social and/or economic disruption, including disruption to international traffic and trade; and (iv) requires rapid, equitable and enhanced coordinated international action, with whole-of-government and whole-of-society approaches*». Per un commento si rinvia a G.L. BURCI, A. STROBEYKO, D. MORICH, *Global Health Law Reforms: An Update on the Amended International Health Regulations and the Pandemic Agreement Negotiations*, in *American Society of International Law*, 28, 2024.

<sup>50</sup> Così R. HABIBI, M. ECCLESTON-TURNER, G.L. BURCI, *op. cit.*



possano affrontare adeguatamente le sfide sanitarie globali. In tale contesto, il Direttore generale ricopre il ruolo di catalizzatore di tali iniziative, supportando attivamente gli Stati parti nelle loro attività di cooperazione e, unitamente agli Stati, riferendo i risultati raggiunti all'Assemblea mondiale della sanità (par. 3 *quater*).

Una delle novità più significative introdotte dalla riforma del Regolamento sanitario internazionale attiene all'inserimento del principio di equità. In particolare, la nuova formulazione dell'art. 13 RSI attribuisce all'OMS il compito di facilitare l'accesso «tempestivo ed equo» da parte degli Stati parti ai prodotti sanitari durante un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, basandosi sui rischi e sulle necessità di sanità pubblica (par. 8). A tal fine, il Direttore generale dell'OMS dovrà rivedere e aggiornare periodicamente le valutazioni sui bisogni di sanità pubblica, nonché sulla disponibilità e accessibilità dei prodotti sanitari pertinenti per la risposta sanitaria pubblica (par. 8, lett. a). Inoltre, dovrà creare meccanismi e reti di allocazione e redistribuzione di tali prodotti sanitari (par. 8, lett. b, c, e). Parallelamente, gli Stati parti si impegnano a collaborare tra loro e supportare l'attività di risposta coordinata dall'OMS (par. 9), pur sempre in conformità con la legge applicabile e con l'effettiva disponibilità delle risorse.

Sebbene non possano affrontare integralmente le ampie sfide evidenziate dalla pandemia da COVID-19, l'introduzione dei principi di equità (art. 13 RSI) e solidarietà (artt. 44 e 44 bis RSI) ha indotto autorevole dottrina a ipotizzare che tali concetti possano comportare un mutamento della natura del Regolamento, introducendo una dimensione politica in uno strumento considerato, finora, tecnico<sup>51</sup>.

Se l'obiettivo della riforma adottata dall'Assemblea era quello di migliorare l'implementazione del Regolamento sanitario internazionale, gli emendamenti approvati risultano, a nostro giudizio, non pienamente convincenti. Da un lato, è pur vero che il Regolamento così come modificato riflette un approccio ambizioso ed inclusivo, mirato a rafforzare la resilienza globale e a promuovere una dimensione solidale della sanità che tenga conto delle diverse capacità ed esigenze tra Stati; dall'altro, le modifiche apportate, pur rappresentando un apprezzabile sforzo tecnico, si rivelano carenti rispetto ai cruciali profili di responsabilità degli Stati nel caso di mancato rispetto delle norme del Regolamento. In altri termini, senza un intervento mirato ad incentivare la *compliance* degli Stati, i problemi relativi alla mancata implementazione del Regolamento restano immutati. In questa prospettiva, gli emendamenti approvati dall'Assemblea risultano molto meno ambiziosi rispetto a quanto era stato auspicato dalla dottrina e a quanto si era prospettato in sede di lavori preparatori<sup>52</sup>. In conclusione, gli emendamenti

<sup>51</sup> Così R. HABIBI, M. ECCLESTON-TURNER, G.L. BURCI, *op. cit.*

<sup>52</sup> Nonostante le numerose critiche sull'inefficacia del Regolamento sanitario internazionale in occasione delle emergenze sanitarie passate, gli Stati parti hanno mostrato, fino a tempi recenti, uno scarso interesse per una sua revisione. Nel maggio 2022, l'Assemblea mondiale della sanità ha adottato un primo "pacchetto" di emendamenti tecnici alle clausole finali del Regolamento, proposti dagli Stati Uniti, al fine di accelerare l'entrata in vigore di futuri emendamenti. Sebbene il mandato dell'Assemblea fosse limitato a emendamenti, in un certo qual modo, "mirati", molti Paesi in via di sviluppo hanno presentato proposte ambiziose riguardanti l'equità, soprattutto in relazione all'accesso ai prodotti sanitari, ai finanziamenti e all'assistenza. Ciò ha portato la dottrina a ipotizzare che il Regolamento potesse evolversi da uno strumento tecnico a uno regolatorio e politico, per dare priorità all'equità nella prevenzione e risposta alle pandemie. Tuttavia, dopo quindici mesi di negoziazioni, solo una piccola parte degli emendamenti proposti è stata adottata, confermando implicitamente l'approccio e la struttura originale del Regolamento. Per ulteriori approfondimenti si rinvia a *World Health Organization, Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005) Submitted in Accordance with Decision*



al Regolamento sanitario internazionale non appaiono, almeno apparentemente, in grado di produrre un cambiamento sostanziale nella governance sanitaria globale<sup>53</sup>. Gli Stati continueranno ad esercitare un controllo significativo sull'operato dell'OMS, mantenendo la propria posizione centrale nel sistema di tutela della salute pubblica internazionale.

## 5. Conclusioni

Il presente studio ha inteso analizzare l'impatto che le emergenze sanitarie più gravi dell'ultimo decennio hanno avuto sulla *governance* sanitaria globale. Tale impatto si è concretizzato in due importanti conseguenze giuridiche: da un lato, l'affermazione del fenomeno della securizzazione della salute, a seguito dell'emergenza Ebola del 2014; dall'altro, la riforma del Regolamento sanitario internazionale del 2005, a seguito della pandemia da COVID-19.

Per quanto riguarda la securizzazione della salute, si è osservato come questo fenomeno abbia seguito una parabola evolutiva dall'emergenza Ebola all'emergenza COVID-19. Sebbene non sia possibile prevedere in questa sede quale sarà il suo futuro sviluppo, è un dato di fatto che esso abbia caratterizzato la *governance* sanitaria globale più recente. Tuttavia, come si è avuto modo di constatare, tale approccio securitario non risulta privo di criticità. Se è vero che il Consiglio di sicurezza rappresenta – si consenta l'espressione figurata – una “voce più autorevole” rispetto all'OMS, che sovente è ignorato e sottovalutato dagli Stati, è anche vero che il Consiglio è un organo il cui funzionamento è fortemente influenzato dalla politica internazionale; pertanto, affidare al Consiglio la gestione di questioni urgenti e tecniche come quelle attinenti alla salute pubblica internazionale appare, a nostro giudizio, non pienamente convincente.

Con riferimento agli emendamenti al Regolamento sanitario internazionale del 2005, invece, è stato evidenziato come essi rappresentino per lo più apprezzabili miglioramenti dal punto di vista tecnico-scientifico, e che i pochi meccanismi che dovrebbero incentivare l'implementazione del Regolamento stesso appaiano scarsamente incisivi, in quanto sempre subordinati alla volontà di cooperazione degli Stati. In considerazione di ciò, non si può non concludere nel senso di una riconferma della centralità degli Stati nell'ambito della *governance* sanitaria globale.

In prospettiva *de jure condendo*, infine, merita un breve cenno il progetto di un trattato internazionale sulle pandemie (*WHO Pandemic Agreement*) che sta maturando in seno all'Assemblea mondiale della

---

WHA75(9), 2022, A/WGHR/2/6, Ginevra, 6 febbraio 2023, consultabile su [https://apps.who.int/gb/wg/hr/pdf\\_files/wg/hr2/A\\_WGHR2\\_6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/wg/hr/pdf_files/wg/hr2/A_WGHR2_6-en.pdf) (ultima consultazione il 18/12/2024); Review Committee regarding amendments to the International Health Regulations (2005), *Report of the Review Committee Regarding Amendments to the International Health Regulations (2005)*, A/WGHR/2/5, Ginevra, 2023, consultabile su [https://apps.who.int/gb/wg/hr/pdf\\_files/wg/hr2/A\\_WGHR2\\_5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/wg/hr/pdf_files/wg/hr2/A_WGHR2_5-en.pdf) (ultima consultazione il 18/12/2024). Per un commento, si rinvia a R. HABIBI, M. ECCLESTON-TURNER, G.L. BURCI, *op. cit.*

<sup>53</sup> Vedi D.P. FIDLER, *The Amendments to the International Health Regulations Are Not a Breakthrough*, in *Think Global Health*, post del 7 giugno 2024: «*The amendments have been hailed as a victory for multilateralism and global health. The amendments identified as the most significant, however, do not constitute game-changing reforms, especially concerning low-income countries' demand for equity and financial assistance, on which the negotiations reached, at best a truce.*».



sanità<sup>54</sup>. Pur in assenza di un testo definitivo approvato dall'Assemblea, dalla bozza resa disponibile dalle istituzioni onusiane emerge una particolare enfasi sul rispetto delle competenze statali in materia di salute pubblica e della sovranità sanitaria (art. 3, principio 2); nonché la riaffermazione della natura scientifica e non politica dell'OMS (art. 3, principio 6). Si tratta di specificazioni in un certo qual modo ridondanti, ma che indicano chiaramente la posizione degli Stati circa il futuro prossimo della *governance* sanitaria globale.

---

<sup>54</sup> Ai sensi dell'art. 19 dello Statuto dell'OMS, l'Assemblea può negoziare ed approvare testi di convenzioni internazionali attinenti a qualsiasi questione di competenza dell'Organizzazione. Sui possibili futuri sviluppi vedi P. ACCONCI, *Riflessioni sull'equità sanitaria nel diritto internazionale nella prospettiva dei negoziati per il Pandemic Agreement*, in *Ordine internazionale e diritti umani, The Day After: le Organizzazioni internazionali di fronte alle minacce globali alla salute*, 1, 2024, 9-26; I.R. PAVONE, *La prevenzione delle zoonosi e la promozione dell'equità nel campo sanitario nel progetto del nuovo Accordo OMS sulle pandemie*, *ivi*, 27-42.

