



FONDAZIONE GIANDOMENICO ROMAGNOSI
S C U O L A D I G O V E R N O L O C A L E

Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi

Nota 12-2020

**SARS-CoV-2 e sistema centralizzato OMS.
La crisi tra governance sanitaria globale e
istanze di sovranità statale**

Giulia Baj

Maggio 2020

Fondazione Scuola di Governo Locale Giandomenico Romagnosi

Presidente: Andrea Zatti.

Responsabile Scientifico delle Note Brevi: Andrea Zatti.

Nota 12-2020, maggio 2020.

Autore: Giulia Baj.

SARS-CoV-2 e sistema centralizzato OMS. La crisi tra governance sanitaria globale e istanze di sovranità statale.

SARS-CoV-2 e sistema centralizzato OMS.
La crisi tra governance sanitaria globale e istanze di
sovranità statale

di Giulia Baj^{*}

Nonostante le conoscenze in materia medico-epidemiologica siano state scarse per diversi secoli e diverse lacune in materia non siano ancora state colmate, la capacità delle malattie di propagarsi oltre i confini nazionali è sempre stata nota. Come naturale conseguenza in ambito giuridico, la materia sanitaria è oggetto, da quasi due secoli, di norme internazionali. In questo periodo, il diritto internazionale sanitario è andato evolvendo, evoluzione il cui cambiamento più recente è stato il superamento della strenua osservanza del principio di sovranità statale, che guidava la produzione convenzionale in materia fino al secondo dopoguerra, in favore di una *governance* sanitaria globale istituzionalizzata e accentrata. Tuttavia, la diffusione del SARS-CoV-2, accompagnata da seri dubbi circa la precisione e la prontezza della diffusione di informazioni da parte delle autorità cinesi, nonché da drastiche misure di chiusura dei confini da parte di diversi Stati, impongono una riflessione in proposito. Da una parte, la pandemia in atto conferma come sia impossibile adottare efficaci misure di contrasto in maniera non concertata; il virus SARS-CoV-2 non conosce limiti territoriali e non si arresta ai confini nazionali, come Ebola e la febbre spagnola prima di lui (per citare alcune tra le epidemie più gravi dall'inizio del Novecento in poi). Dall'altra, le misure concretamente adottate per affrontare la crisi sanitaria evidenziano come il contrasto tra gli obblighi di cooperazione internazionale in materia sanitaria nel contesto di una *governance* in materia sanitaria accentrata e istituzionalizzata e le rivendicazioni di sovranità nello stesso ambito non possa dirsi ancora completamente risolto. Il presente contributo

* Università di Milano-Bicocca.

non si propone di risolvere tale tensione, quanto piuttosto di evidenziarla analizzando l'emergenza globale causata dal SARS-CoV-2 e le relative disposizioni, con l'auspicio di stimolare una riflessione circa i risultati ottenuti dal percorso di istituzionalizzazione della *governance* sanitaria internazionale.

Al fine di meglio evidenziare le caratteristiche del diritto sanitario globale contemporaneo più rilevanti ai fini della presente trattazione, è opportuno tracciarne una breve cronistoria, senza alcuna pretesa di esaustività. Agli albori, la materia sanitaria era rimessa alla disciplina interna, in quanto materia rientrante nella competenza domestica¹. Gli Stati tutelavano la salute all'interno del proprio territorio in autonomia, se necessario attraverso quarantene o limitazione dell'accesso ai confini. La volontà di proteggersi da eventuali epidemie doveva essere bilanciata con il desiderio di non limitare i traffici commerciali². Nella seconda metà dell'Ottocento si verifica un primo cambiamento in materia, con l'entrata in vigore delle prime convenzioni in materia sanitaria³. Tuttavia, la disciplina definita in questi strumenti era ancora fortemente improntata alla salvaguardia della sovranità nazionale degli Stati parte – atteggiamento giustificato, in parte, dalle ancora scarse conoscenze mediche. Basti ricordare, a tale proposito, che la maggioranza di rappresentanti alla Conferenza di Parigi del 1851, primo tentativo di cooperazione internazionale in materia sanitaria, riteneva che le malattie epidemiche non potessero trasmettersi da malato a sano, e che tifo, peste, febbre gialla, colera e malaria fossero in realtà la stessa malattia, che si manifestava in modi diversi a seconda delle caratteristiche atmosferiche, climatiche e del suolo⁴. Il progresso e le scoperte in campo medico hanno però dimostrato come le malattie si diffondono senza alcun riguardo per i confini tra Stati, dimostrando come una disciplina comune della materia sanitaria, capace di superare le istanze di rispetto della sovranità nazionale, sia necessaria per un più efficace mantenimento della salute pubblica. È perseguendo tale scopo che la disciplina del diritto internazionale sanitario ha compiuto un ulteriore passo avanti, arrivando alla fase attuale, caratterizzata da accentramento, cooperazione e istituzionalizzazione. Si è quindi passati da un regime sanitario definito di *westphalian public health*,

¹ S. Negri, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*, Giappichelli, 2018, p. 30.

² *Ibid.*

³ Ne sono esempi la Convenzione Internazionale sul colera del 1892 e la Convenzione Internazionale sulla peste, del 1897.

⁴ Norman Howard-Jones, *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*, World Health Organization, Ginevra, 1975.

nel quale gli Stati si impegnavano a rispettare obblighi in materia sanitaria sorti in una *governance* orizzontale e comunque nel rispetto del principio di sovranità territoriale, a un sistema di *governance* istituzionalizzata, basato sul rispetto di obblighi imposti in via verticale⁵. Pietra miliare di questo percorso è stata l'istituzione della Organizzazione Mondiale della Sanità (da qui in avanti, OMS).

Il ruolo centrale della OMS nella *governance* sanitaria globale emerge in maniera particolarmente evidente all'art. 2 della Costituzione OMS, dedicato alle funzioni dell'Organizzazione. Innanzitutto, alla lett. a), si prevede che l'OMS «agisce come autorità direttrice e coordinatrice dei lavori internazionali in materia sanitaria»⁶. Le funzioni previste alle lettere successive (ben 21) delineano una struttura di *governance* sanitaria fortemente centralizzata, nella quale l'OMS mantiene collaborazioni con le Nazioni Unite e altre istituzioni o organizzazioni nei modi ritenuti appropriati dall'OMS (lett. b), stimola e promuove lo sviluppo nella lotta alle malattie (lett. g), promuove il miglioramento di alimentazione, abitazioni, condizioni di lavoro e igieniche (lett. i), propone cooperazioni e accordi in materia sanitaria (lett. j e k), promuove e guida la ricerca in materia sanitaria (lett. n), promuove l'uniformazione e la standardizzazione di diagnosi e nomenclatura (lett. s e t) e incoraggia l'adozione di standard internazionali in materia sanitaria. In conclusione, l'OMS può «intraprendere tutte le azioni necessarie per raggiungere l'obiettivo dell'Organizzazione»⁷, cioè «far ottenere a tutti i popoli il più alto livello di salute possibile»⁸. Gli artt. 19 e 21, inoltre, conferiscono alla OMS, il potere di approvare convenzioni e accordi in materie di sua competenza ed emanare regolamenti, vincolanti per tutti gli Stati Membri, salvo comunicazione di non accettazione o opposizione di riserve da parte di questi ultimi (art. 22). La struttura delineata dalla Costituzione dell'OMS, quindi, ha un chiaro centro (l'OMS) e una serie di ramificazioni, che entrano in contatto attraverso l'OMS. Una struttura centralizzata per la *governance* della materia sanitaria appare necessaria: come ricordato nel Preambolo della stessa Costituzione, infatti, «la salute di tutti i popoli è fondamentale al raggiungimento di pace e sicurezza, e dipende dalla più stretta collaborazione possibile degli individui e degli Stati». La necessità di un sistema centralizzato emerge anche da considerazioni mediche. Le malattie infettive, per esempio, sono facilmente veicolate da un individuo all'altro e

⁵ S. Negri, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*, Giappichelli, 2018, citando D.P. Fidler, *SARS, Governance and the Globalization of Disease*, Palgrave MacMillan, 2004, pp. 26-41.

⁶ *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, 1946, Art. 2, lett. a. (trad. dell'autrice).

⁷ *Ibid.*, art. 2 lett. v) (trad. dell'autrice).

⁸ *Ibid.*, art. 1 (trad. dell'autrice).

così da uno Stato all'altro, oggi giorno con facilità ancora maggiore a causa della semplicità e relativa economicità nello spostamento di persone e merci da un punto all'altro del globo oggi giorno⁹. Data la diffusione potenzialmente senza confini di tali malattie, le misure più efficaci nel loro contrasto devono essere adottate da tutti gli Stati in maniera concertata – caratteristica, quest'ultima, resa possibile appunto dalla centralizzazione della *governance* sanitaria in capo all'OMS.

Tale sistema di diritto sanitario globale è stato ulteriormente accentrato con il Regolamento Sanitario Internazionale del 2005 (da qui in avanti, RSI 2005), approvato in seno all'OMS e obbligatorio per tutti gli Stati Membri, che sostituisce il precedente Regolamento del 1951 (ancora basato su una *governance* sanitaria rispettosa della sovranità statale) ed è ispirato alla condivisione delle informazioni e al reciproco supporto tecnico. La redazione del RSI 2005 è stata certamente dettata dai progressi e dalle scoperte in campo medico, ma anche dalla esigenza di garantire maggiore uniformità e cooperazione globale nel garantire il già citato “più alto livello di salute possibile”. Il RSI 2005 rafforza quindi l'esigenza di cooperazione e uniformità globale, già espressa nel Preambolo della Costituzione della OMS e, al fine di ottenere in particolare maggiore uniformità, il RSI propone un rafforzamento del ruolo dell'OMS, confermando quindi la tensione verso un sistema di gestione sanitaria globale accentrato, non più basato su consessi di Stati sovrani. Ciò vale anche (e forse soprattutto) in situazioni di emergenza. A tale proposito, il RSI 2005 prevede la possibilità, per il Direttore Generale, di istituire un Comitato di Emergenza in caso valuti che si stia verificando un evento che costituisce una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, anche in caso di disaccordo con lo Stato Parte nel cui territorio si è verificato l'evento¹⁰. Inoltre, in tali circostanze il Direttore Generale può adottare raccomandazioni temporanee, che possono essere modificate, estese e addirittura ripristinate a emergenza conclusa per prevenirne la ricomparsa¹¹. La disciplina delle emergenze sanitarie contenute nel RSI 2005 prova l'evoluzione verso una maggiore centralizzazione e istituzionalizzazione della *governance* sanitaria internazionale, attraverso una “cessione di sovranità” in materia dagli Stati alla OMS¹². Del resto, il

⁹ D. P. Fidler, *Return of the fourth horseman: Emerging infectious diseases and international law*, in *Minnesota Law Review*, 1997, 81(4), 771-868.

¹⁰ V. *Regolamento Sanitario Internazionale*, 2005, art. 12.

¹¹ V. *Regolamento Sanitario Internazionale*, 2005, art. 15.

¹² G. Krause, *Infectious Disease Control Policies and the Role of Governmental and Intergovernmental Organisations*, in A. Krämer, M. Kretzschmar, K. Krickeberg (a cura di), *Modern Infectious Disease Epidemiology: Concepts, Methods, Mathematical Models and Public Health*, Springer, 2010, pp. 69-82, p. 70.

raggiungimento degli obiettivi di salute più alti raggiungibili per quanti più individui possibili non può essere ottenuto senza un superamento della logica basata sul principio di sovranità statale, in base alla quale ogni Stato pensa solo a sé. A tale proposito, vale la pena ricordare nuovamente il Preambolo della Costituzione della OMS: «I risultati raggiunti da ogni Stato nel miglioramento e nella protezione della sanità sono preziosi per tutti»¹³. Tuttavia, le raccomandazioni adottate dall'OMS non hanno carattere vincolante. A questo proposito l'OMS stessa poche settimane fa ha evidenziato come queste siano praticamente e politicamente significative¹⁴. Rimane però la previsione in base alla quale le spese dell'OMS sono sostenute dagli Stati membri (art. 56), che pone qualche dubbio sulla effettività di questa cessione di sovranità.

L'esigenza di cooperazione tra Stati per ottenere il miglior livello di salute possibile è evidenziata anche nel *General Comment n. 14*, redatto dal Comitato per i Diritti economici, sociali e culturali. Il diritto alla salute è infatti sancito anche dall'art. 12 del Patto internazionale per i diritti economici, sociali e culturali, il cui comma 2(c) si riferisce in particolare alla prevenzione, trattamento e controllo di malattie *epidemiche*, endemiche, professionali, etc. Nel chiarirne la portata, il Comitato in parola sottolinea la necessità di sforzi coordinati, anche attraverso l'assistenza tecnica dell'OMS¹⁵, richiamando il precedente *General Comment n. 3*, che già evidenziava l'obbligo internazionale, per gli Stati parte, di adottare misure, anche di cooperazione e assistenza internazionali, per realizzare i diritti sanciti da Patto, come previsto dall'art. 2.1. dello stesso¹⁶. Dalla lettura degli strumenti internazionali in materia sanitaria si deduce, dunque, un generale obbligo di assistenza e cooperazione in ambito sanitario, seguendo i dettami fissati a livello globale dall'OMS, istituzione preposta a tale scopo. Le attuali conoscenze in campo medico, del resto, non possono che spingere verso l'azione concertata e comune da parte di tutti gli Stati nel fronteggiare malattie epidemiche, senza rivendicazioni di spazi di sovranità statale.

La struttura appena delineata è quindi l'ultimo passaggio nello sviluppo della gestione sanitaria e dovrebbe garantire una migliore gestione delle questioni ricadenti in questa materia. Non stupisce, quindi, che l'OMS sia stata chiamata a rivestire un ruolo centrale nella gestione della "crisi"¹⁷

¹³ OMS, Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948, Preambolo (trad. dell'autore).

¹⁴ OMS, Twitter, 30 gennaio 2020, <https://twitter.com/WHO/status/1222973217435987970>.

¹⁵ Office of the High Commissioner for Human Rights, *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12)*, E/C.12/2000/4, par. 63, 64.

¹⁶ *Ibid.*, par. 38.

¹⁷ "Crisi" è termine utilizzato in diverse dichiarazioni rilasciate nel corso delle ultime settimane dalla OMS stessa. Dalla dichiarazione rilasciata dal Direttore Generale OMS in occasione della Giornata Mondiale della Salute, il 7

dovuta all'epidemia di COVID-19. Di crisi è invero opportuno parlare, descrivendo la situazione attuale, per diversi motivi. Innanzitutto, il virus SARS-CoV-2 è un virus nuovo, conseguentemente mai studiato da epidemiologi ed esperti malattie infettive¹⁸. Secondariamente, i dati finora raccolti ne evidenziano la rapidità di diffusione. Esso infatti si trasmette principalmente per via aerea, da uomo a uomo attraverso il respiro (soprattutto tramite tosse e starnuti), mentre la contaminazione tramite oggetti contaminati appare di rilevanza secondaria¹⁹. Tuttavia, il virus SARS-CoV-2 si distingue anche per l'alta percentuale riscontrata di infetti asintomatici. Secondo i dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, infatti, il 45% degli individui infetti presenta sintomi lievi, o pochi sintomi, o è addirittura asintomatico²⁰. Pertanto, nonostante la trasmissione avvenga più facilmente tramite soggetti infetti sintomatici²¹, il numero di infetti asintomatico è talmente alto (secondo i dati dell'Istituto Superiore della Sanità ammonterebbe a ben il 10% del totale degli infetti) da far sì che questi contribuiscano grandemente, senza saperlo, alla diffusione del virus²². Queste ultime due caratteristiche ora descritte, ossia la trasmissione per via aerea e l'alta percentuale di infetti asintomatici, certamente favoriscono la diffusione del COVID-19. E così è avvenuto: il virus si è diffuso in tutti i continenti del mondo, portando l'OMS a dichiarare la condizione di pandemia l'11 marzo scorso²³. La facilità di diffusione del virus è dimostrata dal numero

aprile 2020: "The world is in the grip of the most severe health crisis of our time". World Health Organization, *WHO Director-General's remarks on World Health Day*, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-on-world-health-day>.

¹⁸ CIDRAP, *Virologists weigh in on novel coronavirus in China's outbreak*, 8 gennaio 2020. Il virus stesso era stato "battezzato" dalla OMS solo l'11 febbraio 2020. OMS, *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*,

[https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).

¹⁹ Ministero della Salute, *Nuovo coronavirus Covid-19*,

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5337&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.

²⁰ Istituto Superiore di Sanità, *ISS per COVID-19*,

[https://www.iss.it/comunicati-stampa1/-](https://www.iss.it/comunicati-stampa1/)

[/asset_publisher/Cz8X9Kas2PGp/content/id/5292020?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Fcomunicati-stampa1%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp_cur%3D0%26_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp_asset_EntryId%3D5292020](https://www.iss.it/comunicati-stampa1/-/asset_publisher/Cz8X9Kas2PGp/content/id/5292020?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Fcomunicati-stampa1%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp_cur%3D0%26_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Cz8X9Kas2PGp_asset_EntryId%3D5292020).

²¹ *Ibid.*

²² E. Cohen, *Infected people without symptoms might be driving the spread of coronavirus more than we realized*, CNN, 19 marzo 2020, <https://edition.cnn.com/2020/03/14/health/coronavirus-asymptomatic-spread/index.html>.

²³ Nella stessa dichiarazione, si aggiunge che la dichiarazione di pandemia non cambia la valutazione della minaccia compiuta dall'OMS, né modifica l'azione perseguita dalla Organizzazione, né quelle che dovrebbero

di aree colpite. Secondo i dati della OMS, i Paesi, aree o territori che hanno registrato casi sono 215, i casi confermati più di tre milioni e mezzo, i decessi quasi 250mila²⁴. È stato rimarcato più volte, anche dalla OMS stessa, che la situazione presente è eccezionale ed inedita: «We have never before seen a pandemic sparked by a coronavirus. This is the first pandemic caused by a coronavirus»²⁵.

L'incertezza causata dalla rapida diffusione di un nuovo ceppo di coronavirus, mai studiato nei suoi caratteri epidemiologici e per il quale non esiste, *ça va sans dire*, vaccino o cura apposita, si riflette anche nelle scelte adottate a livello governativo. A tale proposito, si possono identificare due principali tendenze: la prima aperta alla cooperazione internazionale, la seconda maggiormente focalizzata agli interessi interni, più sensibile alla "sovranità sanitaria statale". Queste tendenze si inseriscono, inoltre, in un più ampio quadro internazionale, ispirato negli ultimi decenni – come già illustrato – a una sempre maggiore istituzionalizzazione e cooperazione in materia sanitaria. Il sistema di *governance* attuale è quindi l'ultimo stadio di un percorso evolutivo durato secoli, segnato da una progressiva erosione della sovranità statale in materia sanitaria verso un accentramento in capo a una organizzazione mondiale. La attuale crisi sanitaria è però occasione per verificare se questa cessione di sovranità in favore dell'OMS si sia compiuta del tutto, attraverso l'analisi delle politiche adottate sia da diversi Stati, sia dall'OMS stessa.

Lo scorso 30 gennaio, il Direttore Generale della OMS dichiarava l'epidemia nel virus SARS-CoV-2 una «emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale»²⁶. Con tale definizione si intende

un evento straordinario che si ritiene possa (...) costituire un pericolo per la salute pubblica degli altri Stati attraverso la diffusione internazionale di una malattia e richiedere potenzialmente una risposta internazionale coordinata²⁷.

Questo ultimo elemento è stato sottolineato nella dichiarazione stessa, dato che in questa il Direttore Generale aggiungeva che «l'unico modo per

essere perseguite dagli Stati. WHO, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 march 2020*, <https://edition.cnn.com/2020/03/14/health/coronavirus-asymptomatic-spread/index.html>.

²⁴ WHO, *Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic*, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, accesso il 6 maggio 2020.

²⁵ WHO, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 march 2020*, <https://edition.cnn.com/2020/03/14/health/coronavirus-asymptomatic-spread/index.html>.

²⁶ WHO, *WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*, [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)), 30 gennaio 2020 (trad. dell'autore).

²⁷ *Regolamento Sanitario Internazionale*, 2005, art. 1 (trad. dell'autrice).

sconfiggere tale epidemia richiede lo sforzo comune di tutti gli Stati, nello spirito di solidarietà e cooperazione»²⁸. La struttura centralizzata di *governance* si manifesta anche nella gestione di queste emergenze. In base all'art. 48 RSI 2005, infatti, la emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale comporta l'istituzione di un Comitato di Emergenza, composto da esperti selezionati dal Direttore Generale «con dovuto riguardo al principio di equa rappresentazione geografica»²⁹, con il compito di elaborare un proprio punto di vista sulla particolare emergenza e condividerlo con il Direttore Generale, a cui spetta la decisione finale sulla questione. La conferma della relazione tra Direttore Generale e Comitato di Emergenza è data dall'art. 17 RSI 2005, laddove prevede che nella emanazione, modifica o conclusione di raccomandazioni, il Direttore Generale dovrà tener conto dei pareri del Comitato di Emergenza.

È in questo contesto che l'OMS ha emanato linee guida e raccomandazioni, sia globali che regionali, dirette non solo agli individui, ma anche agli Stati, affinché questi ultimi si preparassero al meglio alla possibile emergenza sanitaria. Dalla dichiarazione dello stato di emergenza, l'OMS ha rilasciato linee guida e guide tecniche destinate alla gestione della pandemia sotto diversi aspetti, dalla preparazione delle strutture ospedaliere, al controllo del COVID-19 all'interno delle carceri, alla generale prontezza di risposta da parte degli Stati in caso di diffusione del virus³⁰. Questi documenti talvolta variano da zona a zona, tenendo in debita considerazione non solo la diffusione del virus, ma anche le caratteristiche salienti delle diverse aree³¹. L'emanazione di raccomandazioni e linee guida comuni indica comunque l'esigenza di adottare misure uguali o regolamentate a livello internazionale (è questo il caso della guida tecnica per l'acquisizione e ripartizione di oggetti fondamentali, come mascherine e guanti chirurgici)³², nonché di aiutare gli Stati nella gestione della pandemia³³. La necessità di adottare misure comuni è dimostrata anche dalla emanazione di molteplici raccomandazioni destinate direttamente a individui e attori privati,

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*, art. 48 (trad. dell'autrice).

³⁰ WHO, Country & Technical Guidance – Coronavirus disease (COVID-19), <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>.

³¹ Si veda, ad esempio, WHO, *Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic*, 26 marzo 2020: “Each country will need to make individual risk assessments based on the local dynamics of COVID-19 transmission, immunization and health system characteristics, and current VPD epidemiology in their setting”.

³² WHO, *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: COVID-19 Critical Items*, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items>.

³³ WHO, *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*, 30 marzo 2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-march-2020>.

indipendentemente dagli Stati³⁴. Nella gestione della pandemia causata dal virus SARS-CoV-2, l'OMS sta quindi ottemperando al suo compito di vertice della sanità globale, adottando raccomandazioni dirette a tutti gli Stati per coordinare l'azione congiunta a livello mondiale. Dato che, però, le raccomandazioni dell'OMS non hanno carattere vincolante, è necessario verificare le misure tenute dagli Stati, per verificare se la coesione auspicata dall'OMS si sia effettivamente raggiunta.

Il 30 gennaio (lo stesso giorno della dichiarazione di emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale da parte dell'OMS), con ordinanza del Ministro della Salute, l'Italia disponeva la sospensione del traffico aereo con Cina, Hong Kong, Macao e Taiwan³⁵, a fronte di una sospensione da parte del Governo cinese del solo traffico aereo da Wuhan, centro dell'epidemia³⁶. Le stesse misure non sono state adottate però da tutti gli Stati. La mancanza di un fronte comune è emersa anche all'interno della zona Schengen rispetto alla sospensione del rilascio dei visti in Cina, questione che non ha visto tutti gli Stati membri agire secondo un'unica linea³⁷. Anche la materia dei traffici aerei è disciplinata all'interno del RSI 2005, ancora in un'ottica di condivisione e di *governance* accentrata. L'art. 43, infatti, dopo aver stabilito i requisiti necessari per l'adozione di misure sanitarie aggiuntive da parte dei singoli Stati, prevede che qualora queste misure «interferiscano significativamente con i traffici internazionali», lo Stato «comunichi la ragione di salute pubblica e le rilevanti informazioni scientifiche alla base all'OMS. L'OMS condivide queste informazioni con gli altri Stati, nonché le informazioni riguardanti le informazioni adottate»³⁸. Dalla moltitudine di misure adottate su una stessa materia, di cui prima si è fatta una selezione, sorge però il dubbio che la disciplina rispettosa della sovranità statale, ma avente l'OMS come snodo centrale, e altrettanto rispettosa della condivisione e cooperazione globale, non abbia trovato piena realizzazione.

In generale, le misure finora prese per fronteggiare il virus SARS-CoV-2 sono state varie, anche tra Stati vicini, se non addirittura confinanti, come nel caso di Italia e Francia. Nonostante la prima morte per COVID-19 si sia

³⁴ WHO, *Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak*, 29 gennaio 2020.

³⁵ Ministero della Salute, *Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (19-nCoV)*, ordinanza 30 gennaio 2020, G.U. serie generale, n. 26, 1 febbraio 2020.

³⁶ Ministero della Salute, *Covid-19 – Controlli in aeroporto*, 7 febbraio 2020,

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5340&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.

³⁷ Schengen Visa Info, *Confirmed: All Schengen Countries, but France, Have Suspended Visa Issuance in China*, 1 febbraio 2020, <https://www.schengenvisainfo.com/news/confirmed-all-schengen-countries-but-france-have-suspended-visa-issuance-in-china/>.

³⁸ *Regolamento Sanitario Internazionale*, 2005, art. 43 (trad. dell'autrice).

verificata a Parigi, il Governo francese si è dimostrato per diverso tempo poco incline alla adozione di misure per il contenimento della diffusione del virus. Mentre il focolaio italiano si estendeva, il Presidente Macron invitava i Francesi a uscire nonostante il coronavirus³⁹ e il suo Ministro dell'Istruzione dichiarava che la chiusura delle scuole non era assolutamente prevista⁴⁰. Le misure di isolamento per il contenimento del virus sono state infine adottate a marzo inoltrato. Nel frattempo, il Governo del Regno Unito non annullava eventi pubblici, né ordinava la chiusura delle scuole⁴¹. Anche negli Stati Uniti, le dichiarazioni rese sono state a lungo basate su un ridimensionamento della pericolosità del virus e sul respingere ogni responsabilità circa lo scoppio dell'epidemia verso Stati terzi⁴², senza che effettive misure fossero tempestivamente adottate. Più recentemente, lo stanziamento di fondi statunitensi in favore dell'OMS è stato interrotto in aperta critica con la gestione da parte dell'OMS della pandemia⁴³, violando il già citato art. 56 Cost. OMS riguardante la ripartizione delle spese dell'OMS. Dalla coltre di fumo che copre gli inizi della diffusione del virus SARS-CoV-2 in Cina, si sembra ora appurato che la gravità del virus sia stata sottostimata; probabilmente l'aumento di morti per un virus simile alla SARS è stato taciuto per settimane, se non mesi. Ciò costituirebbe una violazione dell'obbligo di notifica previsto all'art. 6 RSI 2005. In base all'art. 6, infatti, ogni Stato Parte deve notificare all'OMS tutti gli eventi che possano costituire una emergenza di salute pubblica internazionale verificatisi all'interno del proprio territorio, entro 24 ore dalla valutazione delle relative informazioni riguardanti la salute pubblica. In seguito alla notifica, lo Stato deve continuare a fornire informazioni tempestive, accurate e dettagliate all'OMS. Non solo, la Cina avrebbe violato anche il dovere di collaborazione e assistenza ex art. 44 RSI 2005, in base al quale gli Stati Parti devono

³⁹ J. Lachasse, *Emmanuel et Brigitte Macron au théâtre pour inciter les Français à sortir malgré le coronavirus*, BFM, 7 marzo 2020, <https://people.bfmtv.com/actualite-people/emmanuel-et-brigitte-macron-au-theatre-pour-inciter-les-francais-a-sortir-malgre-le-coronavirus-1870852.html>

⁴⁰ Martin C., *Coronavirus: il n'est "pas du tout prévu" de fermer les écoles à cause de l'épidémie, assure Blanquer*, BFM, 5 marzo 2020, <https://www.bfmtv.com/politique/coronavirus-il-n-est-pas-du-tout-prevu-de-fermer-les-ecoles-a-cause-de-l-epidemie-assure-blanquer-1869450.html>

⁴¹ BBC News, *In full: Johnson statement on coronavirus*, 12 marzo 2020, <https://www.bbc.com/news/av/uk-politics-51856107/coronavirus-prime-ministerial-statement-in-full>.)

⁴² The Guardian, "We are at a critical time": Trump's coronavirus speech in full

<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/12/we-are-at-a-critical-time-trumps-coronavirus-speech-in-full>.

⁴³ F. Rampini, *Coronavirus, Trump contro l'Oms: "L'organizzazione ha insabbiato la diffusione dell'epidemia"*, Corriere della Sera, 15 aprile 2020, https://www.repubblica.it/esteri/2020/04/15/news/coronavirus_nel_mondo_trump_ordina_stop_ai_fondi_usa_per_l_oms_i_suoi_errori_costate_vite_umane_-254041786/.

collaborare, per quanto possibile, per rilevare, valutare e rispondere a eventi come stabilito nel RSI 2005.

I documenti prodotti dalla OMS per affrontare la diffusione del COVID-19 sembrano confermare lo sviluppo del diritto internazionale sanitario verso un sistema centralizzato, in cui l'OMS è il vertice istituzionale, che permetta la gestione coesa e unitaria di questioni sanitarie. Tuttavia, le misure concretamente adottate dagli Stati per affrontare il virus SARS-CoV-2 appaiono discordanti, quasi schizofreniche, spesso ispirate a un sentimento nazionalistico piuttosto che a una visione globale, dettate più dallo spirito di conservazione della propria sovranità che dal desiderio di affrontare insieme l'emergenza sanitaria. L'obiettivo di una *governance* centralizzata guidata dall'OMS e basata sulla cooperazione tra Stati pare, all'atto pratico, non realizzato.

Il Direttore Generale OMS ha parlato di "crisi sanitaria"; l'etimo della parola crisi, κρίσις, rimanda però al verbo κρίνω, "separare", quindi anche "scegliere, distinguere e ordinare". Il vocabolo ha quindi, anche una accezione positiva, legata all'idea di una riflessione e riorganizzazione attraverso delle scelte. Anche questo significato è adatto alla situazione presente: nella crisi causata dalla pandemia di SARS-CoV-2, è opportuna una riflessione sul percorso di accentramento della *governance* internazionale sanitaria, del quale la crisi sanitaria ha messo in luce l'ineffettività, e altrettanto opportuna è una conseguente riorganizzazione del sistema, anche attraverso una scelta tra misure di *governance* centralizzata efficaci e inefficaci.