

Beatrice Sgorbissa

Siamo davvero convinti che il mondo abbia bisogno di un nuovo trattato pandemico? A questa domanda il rapporto G2H2 cerca di dare una risposta. Il ruolo dell'OMS e del Settore privato (le nuove "Super PPP")

**Il 1° Dicembre 2021**, pochi giorni dopo l'annuncio da parte del Sud Africa della scoperta della variante Omicron, la Sessione Speciale dell'**Assemblea Mondiale della Sanità** (WHASS), convocata per la seconda volta nella storia della organizzazione, **ha raggiunto l'unanimità sull'elaborazione di un trattato, di un accordo o di un altro strumento internazionale per rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie**. L'idea, lanciata per la prima volta nel Novembre 2020 da Charles Michel, Presidente del Consiglio Europeo, è nata sotto la spinta dell'evidente fallimento della governance globale sanitaria durante la pandemia da Covid19 (vedi [Equità, OMS e Bill Gates](#)). Il trattato avrebbe come obiettivo la costruzione di un'architettura sanitaria globale più forte e preparata alle future emergenze sanitarie, basata sul rafforzamento della cooperazione internazionale e del multilateralismo, con a capo l'OMS [1]. **Tuttavia la proposta ha suscitato, su scala internazionale, diverse perplessità e interrogativi** molti dei quali sono stati racchiusi e analizzati dal lavoro di ricerca e advocacy di Geneva Global Health Hub (G2H2) nel rapporto "[The politics of a WHO pandemic treaty in a disenchanted world](#)" [2] pubblicato il 24 Novembre 2021.

**Il G2H2 è una piattaforma indipendente che abbraccia oltre 40 entità della società civile internazionale** e negli anni della pandemia si è affermata come uno spazio di facilitazione e riflessione sulle scelte della comunità internazionale e sulla governance della salute globale. Il rapporto raccoglie più di venti interviste ad analisti e accademici, a delegati del nord e sud globale impegnati nel negoziato a Ginevra e nelle capitali, provenienti da quasi tutte le regioni dell'OMS. **Siamo davvero convinti che il mondo abbia bisogno di un nuovo trattato pandemico? A questa domande il rapporto cerca di dare una risposta**. Di fatto, esiste già una normativa vincolante dell'OMS per la risposta alle emergenze sanitarie, i **Regolamenti Sanitari Internazionali** (*International Health Regulations, IHR*), emanati nel 1969 e rivisti nel 2005 dopo lo scoppio del virus SARS del 2002. Durante la pandemia da Covid19, l'IHR ha tuttavia rivelato tutti i suoi limiti soprattutto in alcuni ambiti tra cui la preparazione degli Stati, la loro compliance alle norme pattuite e il funzionamento del Comitato di Emergenza per la dichiarazione di un'emergenza sanitaria (*Public health emergency of international concern, PHEIC*). Inoltre, l'IHR non fa riferimento alle più recenti e sempre più importanti strategie basate sull'approccio One

Health.

Le IHR sono state emanate secondo l'articolo 21 della Costituzione dell'OMS [3] in materia di Regolamenti (con il vantaggio di entrare in vigore direttamente senza richiedere la ratifica degli stati) e quindi hanno carattere vincolante per gli Stati Membri dell'Oms, tuttavia la pandemia da Covid19 ha rivelato chiaramente che i meccanismi di compliance degli IHR risultano ancora deboli, quando non addirittura inesistenti. Queste sono le vulnerabilità più eclatanti individuate nei rapporti che quattro Commissioni interne dell'OMS hanno elaborato nel corso del 2021, con l'obiettivo di fornire supporto all'adozione di un nuovo trattato sulle pandemie. I report hanno prodotto più di cento raccomandazioni, specificatamente rivolte al *Working Group on Pandemic Preparedness and Response* (WGPR), il gruppo di lavoro dedicato al trattato istituito dall'OMS a Maggio 2021.

**L'OMS non è però il poliziotto mondiale della salute: ben oltre il dettato costituzionale dell'agenzia, l'OMS riesce a fare quello che i suoi Stati Membri le permettono di svolgere.** Nel perseguire gli obiettivi propri del suo mandato, l'Organizzazione deve non solo fare i conti con le complesse dinamiche della diplomazia internazionale ma anche con un paradigma di finanziamento sempre più esiguo e meno adeguato. Infatti, solo il 17% dei finanziamenti deriva dalle quote obbligatorie e dalle donazioni volontarie degli Stati Membri, mentre l'80% proviene dalle donazioni volontarie di governi e di enti privati (incluse le fondazioni filantropiche e le partnership pubblico private) [4] con il potere di decidere riguardo alla loro allocazione: nessuna organizzazione potrebbe funzionare con un controllo così limitato sul proprio bilancio. **Come se non bastasse, nel 2020 l'OMS, in piena pandemia, è diventata il campo di battaglia della guerra fredda tra Cina e Stati Uniti.** Nell'aprile 2020 l'amministrazione USA di Donald Trump ha decretato il totale congelamento dell'erogazione dei fondi all'Organizzazione (gli USA sono i primi finanziatori in termini assoluti dell'Oms) dopo aver accusato l'agenzia di essere asservita alla Cina e non sufficientemente mordente nella richiesta di tempestive informazioni sull'origine del Sars-Cov-2. Dopo la frattura tra gli USA e l'OMS, l'Europa sembra aver tentato di colmare il vuoto politico causato dalla decisione di Trump con la proposta del trattato pandemico. Nel rapporto di G2H2, alcuni intervistati sostengono che **la proposta europea a favore del trattato pandemico è sembrata una prova di forza per farsi spazio nello scacchiere internazionale come promotore di una nuova politica sanitaria globale in posizione di leadership.** Inoltre, facendo leva sul rinnovamento dell'autorità dell'OMS, la proposta ha trovato subito l'appoggio del Direttore Generale Tedros A.G., che ha reagito con grande entusiasmo. La fretta europea di arrivare al consenso per il nuovo trattato, nel mezzo di nuove ondate epidemiche in diversi paesi (la maggior parte dei quali privi di vaccini) non ha convinto molti ed è stata considerata una prova delle mire politiche dell'UE, oltre che un modo per svincolarsi da un'analisi più

profonda e collettiva sul fallimento della governance sanitaria globale durante la pandemia. In particolare, diversi delegati e paesi impegnati nel negoziato hanno messo in rilievo, anche duramente, la posizione contraddittoria dell'Unione Europea: mentre all'OMS ha fissato tra gli obiettivi del nuovo trattato la volontà di garantire l'equità di accesso alle forniture sanitarie, all'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) continua ostinatamente a opporsi alle richieste di oltre 100 paesi sulla sospensione della proprietà intellettuale.

**Alcuni intervistati sono stati critici sull'appoggio immediato del Direttore Generale alla proposta del trattato pandemico, avvenuto precipitosamente e ben prima che la proposta fosse discussa alla WHA.** Il Dottor Tedros, cogliendo la palla al balzo del fervore europeo, è sembrato gettarsi in una sorta di crociata per il trattato, inizialmente sostenuto da pochissimi Stati Membri (i cosiddetti "*Friend of the treaty*"). In effetti, confrontata ad esempio con la Convenzione quadro dell'OMS sul Controllo del Tabacco (FCTC) [5] la proposta del trattato pandemico ha avuto un'evoluzione inusuale. Il percorso di elaborazione del FCTC, il primo e unico trattato globale negoziato e adottato dall'OMS, è stato infatti contrassegnato da una forte partecipazione della società civile impegnata in anni di ricerche per produrre evidenze scientifiche a sostegno del controllo dell'industria del tabacco. In quell'occasione ci fu un intenso lavoro research-based, bottom up e plurale, nel segno del protagonismo della società civile in alleanza con l'allora direttrice generale dell'OMS. Questa dinamica di collaborazione e fiducia reciproca ha contribuito alla sua negoziazione e al suo successo, con forti vincoli di regolamentazione del settore privato. **Nel caso del Pandemic Treaty, invece, questa dinamica risulta del tutto capovolta: la proposta del trattato ha inizialmente visto soltanto il protagonismo dell'Unione Europea, storicamente contraria a normative vincolanti in materia di salute,** e di una manciata di LMICs che hanno appoggiato la proposta (Indonesia, Thailandia, Sud Corea, Tunisia, Senegal, Rwanda, SudAfrica, Cile).

**D'altro canto, come emerge dal report di G2H2, in molti si sono chiesti se avesse senso procedere alla stesura di un nuovo trattato quando la pandemia, a livello globale, è ancora in corso** e molti Stati stanno ancora faticosamente impiegando sforzi e risorse per contrastare le conseguenze dell'emergenza sanitaria; inoltre, per molti intervistati soprattutto provenienti dal Sud Globale, un'analisi del contesto entro cui un nuovo trattato andrà a innestarsi dovrebbe essere prioritaria. **La pandemia da Covid19 ha infatti esasperato le profonde disuguaglianze del mondo di oggi,** strettamente correlate al nostro attuale modello di crescita economica, dettata dalle regole della globalizzazione e del libero mercato, con un gravoso impatto sociale e ambientale (la minaccia del cambiamento climatico renderà sempre più probabili nuove zoonosi). Non solo: negli ultimi anni **le più importanti Public Private Partnership (PPPs) hanno**

**assunto un potere sempre maggiore rispetto ai singoli Stati e alle organizzazioni della società civile.** Durante la pandemia, alcune di esse si sono alleate dando vita a quelle che sono state definite da Katerini Storeng “super PPP”, [6] scalando i loro target di intervento non più solo ai LMICs ma al mondo intero e configurandosi di fatto come leader della governance sanitaria internazionale.

Queste nuove super PPP, di cui l'[ACT-A](#) ideato dalla Fondazione Bill e Melinda Gates (comprendente il programma [COVAX](#)) sono un esempio, poggiano sulla visione e sui fondi di nazioni ricche, case farmaceutiche, fondazioni private, mentre le grandi organizzazioni internazionali servono perlopiù a garantirne la legittimazione.

**A preoccupare gli autori del rapporto di G2H2 non sono solo la scarsa trasparenza di queste super PPPs** (presenti ormai dentro l'organizzazione di Ginevra), la loro capacità di influenza a fronte di una assai scarsa accountability e un'ambigua struttura di governance interna, ma anche la loro potenziale partecipazione ai negoziati per il nuovo trattato. **Un altro importante punto riguarda la possibile correlazione tra il nuovo trattato e il Protocollo di Nagoya sull'Accesso e i Benefici della condivisione (Access and Benefit Sharing, ABS) delle Risorse Genetiche [7]**, un documento di tutela della bioconservazione finalizzato a normare il rapporto tra Stati - spesso LCMIs- e utilizzatori delle risorse, soprattutto per contrastare il fenomeno della biopirateria. Per questo motivo, alcuni intervistati sostengono che il nuovo trattato dovrebbe comprendere le garanzie offerte dal protocollo di Nagoya in termini di ABS ma allargandosi a tutti gli agenti patogeni e i dati di sequenziamento genetico. Tuttavia, tra i timori emersi sulla sinergia tra Nagoya e il nuovo trattato c'è il rischio che si passi ad un meccanismo esclusivamente di condivisione incondizionata senza la garanzia dei benefici, ipotesi potenzialmente dannosa per i Paesi del Sud Globale. **Nel frattempo, nei primi mesi del 2022, è stato istituito l'Organo di Negoziazione Intergovernativo (Intergovernmental Negotiating Body, INB) [8]** per predisporre e guidare l'avvio del percorso diplomatico e la stesura di una prima bozza del futuro strumento entro l'inizio di agosto 2022. L'INB si è riunito per la prima volta a fine Febbraio 2022 e a metà Marzo 2022: sono stati eletti i co-presidenti (Roland Driece, olandese e Precious Matsoso, sudafricana) e i vice-presidenti (Tovar da Silva Nunes, brasiliano; Ahmed Soliman, egiziano; Viroj Tangcharoensathien, thailandese e Mr Kazuho Taguchi, giapponese). La prima fase del processo, attualmente in corso, è focalizzata alla raccolta e all'identificazione degli elementi sostanziali del futuro strumento. In merito a questi, l'INB ha chiesto agli Stati Membri di fornire suggerimenti e contributi entro il 29 Aprile 2022, termine dopo il quale l'INB dovrà elaborare un'analisi da fornire a tutti gli Stati

come base per le prossime discussioni. Successivamente, si proseguirà con la stesura di una bozza da presentare entro la seconda riunione dell'INB, il 1° Agosto 2022, dove verrà avviato il negoziato vero e proprio.

**L'Assemblea mondiale della sanità, a Novembre 2021, ha anche chiesto al Direttore generale dell'OMS di informare sul lavoro dell'INB** attraverso lo svolgimento, prima della seconda riunione dell'INB, di audizioni pubbliche (in forma orale o scritta) rivolte al pubblico generale e a stakeholders interessati (organizzazioni internazionali, della società civile, del settore privato e filantropiche; istituzioni scientifiche, accademiche, mediche e di ordine pubblico; altre entità simili che hanno conoscenze, esperienze e/o competenze pertinenti da condividere). **Le audizioni pubbliche (o public hearings), sono state programmate in due turni**, il primo dei quali si è già svolto tra il 13 e il 14 Aprile 2022 e il secondo si terrà nelle giornate del 16 e il 17 Giugno 2022; la domanda guida scelta dall'INB per le public hearings è sempre rivolta ad identificare gli elementi sostanziali del futuro strumento normativo. **Tuttavia, con l'avvio dei lavori dell'INB, il rischio che il processo di negoziazione risulti frettoloso**, non inclusivo e poco trasparente è diventato concreto, come espresso dalla lettera aperta **[9]** che il G2H2 ha pubblicato il 12 Marzo 2022, proseguendo nel suo importante lavoro di advocacy.

Nella lettera, firmata da più di 200 organizzazioni della società civile ed esperti, tra cui l'ex Ministra della Salute Giulia Grillo, si chiede apertamente all'INB di non ignorare, nel processo dei negoziati, elementi fondamentali come l'interconnessione delle molteplici crisi che hanno dato origine alla pandemia, la centralità dei determinanti di salute, il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali ma soprattutto chiede di proteggere i lavori del nuovo trattato dall'influenza degli interessi del settore privato criticando quel "modello multistakeholders" adottato pericolosamente e incondizionatamente dall'OMS negli ultimi anni.

**La richiesta di equità, trasparenza e responsabilità è stata ribadita in un altro comunicato stampa del G2H2 [10]**, pubblicato il 13 Aprile, in occasione della prima tornata di public hearings, in cui la co-presidente, Nicoletta Dentico, sottolinea che "la partecipazione ampia e sostanziale della società civile deve essere una parte duratura e vitale del processo, non una tantum". Nonostante sia stato raggiunto un consenso in sede di WHA e i negoziati siano stati avviati, la società civile lamenta che il nuovo strumento internazionale sulle future pandemie sembra non avere una comprovata giustificazione né una visione chiara e condivisa e ha, davanti a sé, numerose sfide da affrontare, tra le quali,

non prevista, la guerra in Ucraina. **Sarà questo nuovo strumento, adottato secondo l'articolo 19 della Costituzione, la chiave per rivoluzionare la governance della salute globale?** E In quale direzione? Verso la istituzionalizzazione dentro l'Oms di entità ibride come ACT-A, come insinua il rapporto di G2H2? Inoltre, che ruolo avranno le IHR? Nel tentativo di rispondere a queste domande, i lavori di negoziazione del nuovo strumento e quello di revisione delle IHR [11] andranno avanti in parallelo. **Sarà tuttavia prioritario che nel conteso di tutti questi processi trovino uno spazio centrale temi fondamentali come l'equità, la decolonizzazione e il cambiamento climatico,** sostiene G2H2. L'adozione infatti, durante i percorsi di elaborazione e di revisione, di un approccio trasparente, plurale e multidimensionale che riesca a comprendere trasversalmente tutti gli ambiti e tutti gli attori coinvolti è urgente per un cambiamento reale e non di facciata, ma anche per contrastare, in futuro, i drammatici effetti sanitari, sociali ed economici che una pandemia ha dimostrato di poter produrre.

Beatrice Sgorbissa, Specializzanda di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Padova.  
Co-Fondatrice di [Strada SiCura](#)

*Un sincero ringraziamento a Nicoletta Dentico per il prezioso contributo alla stesura e alla revisione dell'articolo.*

Bibliografia

1. **European Union Official Site**  
<https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/pandemic-treaty/>
2. **"The politics of a WHO Pandemic Treaty in a disenchanted world"**  
G2H2 (Dentico, Van De Pas, Patnaik)  
<https://g2h2.org/posts/whypandemictreaty/>
3. **Costituzione dell'OMS**  
<https://www.who.int/about/governance/constitution>
4. **WHO Official Site - Funding**  
<https://www.who.int/about/funding>
5. **WHO Framework Convention on Tobacco Control**  
[https://www.who.int/fctc/text\\_download/en/](https://www.who.int/fctc/text_download/en/)
6. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2021.1987502>
7. **Nagoya Protocol on Access and Benefit Sharing**  
<https://www.cbd.int/abs/>
8. **WHO Intergovernmental Negotiating Body (INB)**  
<https://apps.who.int/gb/inb/>
9. **G2H2 Open Letter to WHO Intergovernmental Negotiating Body - 12 March 2022**

<https://g2h2.org/posts/inb-openletter-march2022/>

10. **“Immunizing WHO Pandemic Treaty Negotiations Against Pandemic Profiteers”**

**G2H2 Joint Media Release- 13 April 2022**

11. <https://g2h2.org/posts/media-13-04-2022/>

12. **Proposal for amendments to the International Health Regulations (2005) WHO - 12 April 2022**

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_18-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_18-en.pdf)