



Nuovi Autoritarismi e Democrazie:
Diritto, Istituzioni, Società

**Quale futuro per il Trattato pandemico?
Il contributo cinese all'attuazione ed evoluzione del
Regime sulla sicurezza sanitaria
[What Future for the Pandemic Treaty?
The Chinese Contribution to the Implementation and Evolution of the Health
Security Regime]**

*Francesca Cerutti**

Abstract

[It.] Al termine della Settantesima Assemblea Mondiale della Sanità, lo scorso giugno, gli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno deciso di concedersi altri dodici mesi per lavorare al contenuto del tanto atteso Trattato Pandemico. Sul documento ancora convergono le speranze per una migliore gestione delle prossime inevitabili crisi sanitarie. Aspettative alimentate dal buon esito della revisione del Regolamento sanitario internazionale. Un risultato incoraggiante considerando le tensioni emerse tra i diversi gruppi regionali durante entrambi i processi negoziali avviati, tra il 2020 e il 2021, con l'obiettivo di irrobustire il Regime di sicurezza sanitaria esistente. Nonostante la crescente attenzione per la partecipazione della Cina alle istituzioni internazionali, il coinvolgimento del paese nel Regime che disciplina la sicurezza sanitaria è stato relativamente trascurato.

A questo scopo, il presente articolo prenderà in considerazione la trasformazione del Regime di sicurezza sanitaria dal suo esordio ai giorni nostri, concentrandosi sull'adesione della Repubblica popolare cinese a tale Regime; quindi, approfondirà il mutato approccio di Pechino alla gestione delle crisi epidemiche e pandemiche e, infine, passerà in rassegna le istanze avanzate dalla delegazione cinese durante i negoziati per la redazione del Nuovo Trattato Pandemico.

[En.] Following the Seventy-Seventh World Health Assembly last May, the member states of the World Health Organization (WHO) have decided to give themselves an additional twelve months to work on the content of the long-awaited Pandemic Treaty, with hopes kept alive by the successful revision of the International Health Regulations (IHR). The latter was an encouraging outcome considering the tensions among different regional groups that arose during both negotiation processes, initiated in the Covid-aftermath to strengthen the existing Health security regime.

Despite the increasing attention to China's participation in international institutions, the country's involvement in the global Health Security Regime has been neglected, at least until recently. This article will consider the transformation of the Health Security Regime (HSR) from its inception to the present day, focusing on Beijing's compliance with the

* Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Studi internazionali, giuridici e storico-politici, Università degli Studi di Milano. Il saggio è stato sottoposto a doppio referaggio cieco. Responsabile del controllo editoriale: Laura Alessandra Nocera.

Regime, delving into the government's changed approach to managing epidemic and pandemic crises, and finally reviewing the main claims raised by the Chinese delegation during the negotiations for the drafting of the New Pandemic Treaty.

Parole-Chiave: Nuovo Trattato Pandemico – Sicurezza sanitaria – Cina – Organizzazione Mondiale della Sanità – Diplomazia sanitaria

Keywords: New Pandemic Treaty - Health Security - China - World Health Organisation - Health Diplomacy

SOMMARIO: 1. Introduzione 2. L'inevitabile persistenza del problema delle malattie infettive emergenti e il pivot sanitario del Sud-est asiatico. 3. Dalle Convenzioni sanitarie al Regolamento Sanitario Internazionale. 4. La Cina: partecipazione al regime sanitario e gestione di epidemie e pandemie tra il XX e XXI secolo. 5. La grande sfida del Covid-19. 6. Il Nuovo Trattato Pandemico e la delegazione cinese. 7. Conclusioni.

1. *Introduzione*

Nel biennio 2020-2022, l'epidemia scatenata dal Covid-19 e la sua evoluzione in una pandemia mondiale hanno dimostrato i limiti e le fragilità della governance sanitaria internazionale. Davanti alla globalità della sfida, la maggior parte dei paesi ha preferito strategie unilaterali e competitive con buona pace della cooperazione multilaterale che la crisi pandemica avrebbe dovuto prevenire o mitigare¹. Dato il crescente grado di connessione nelle e tra le aree geografiche del pianeta, ogni paese, per quanto operoso nella sorveglianza e nella prevenzione, si è rivelato (e così sarà ancora alla prossima inevitabile occasione) tanto vulnerabile quanto i paesi più fragili.

Da qui la necessità urgente di assicurare alla presente generazione (e alle future) strumenti di governance più efficaci di quelli attuali, il cui immediato naufragio ha dissipato in pochi mesi trilioni di dollari, oltre a costare la vita a milioni di persone in tutto il mondo². Tra le molte iniziative, le maggiori aspettative sono gravitate attorno alla decisione presa dall'Assemblea Mondiale della Sanità (AMS) - *World Health Assembly* (WHA), già nel dicembre del 2021, di avviare dei negoziati per la produzione di un nuovo accordo sulle pandemie³.

¹ Per una rassegna sul tema del fallimento della cooperazione internazionale nel corso della pandemia da Covid-19, si segnala *inter alia*, l'*International Organization Covid Online Supplemental Issue 2020*, disponibile alla pagina [cambridge.org/core/journals/international-organization/information/io-covid-19-online-supplemental-issue](https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/information/io-covid-19-online-supplemental-issue), ultimo accesso 12 aprile 2024.

² Per una rassegna di temi, questioni e criticità sulla riforma del diritto internazionale sanitario si segnala la *Special Issue: Reforming the International Health Regulations*, in *International Organizations Law Review*, Vol. 19, No. 1, 2022, 1-10.

³ Per tutti i dettagli sull'iniziativa, incluse specificità, criticità, stato di avanzamento dei lavori, si suggerisce di consultare la pagina dedicata all'argomento presso il sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, [who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention-preparedness-and-response-agreement](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/pandemic-prevention-preparedness-and-response-agreement).

L'ambiziosa tabella di marcia approvata dall'Assemblea Mondiale della Sanità prevedeva la consegna del testo finale di una Convenzione, o altro strumento giuridico, lo scorso maggio (2024). Tuttavia, la persistenza di considerevoli criticità associate per esempio alla tutela degli interessi nazionali dei membri dell'Organizzazione, a questioni di equità e giustizia, alla disciplina dei trasferimenti tecnologici e alla gestione delle proprietà intellettuali, oltre che ad aspetti di monitoraggio e compliance, ha imposto una severa battuta d'arresto ai lavori.

L'impossibilità di pervenire ad un accordo sul testo definitivo da sottoporre all'attenzione degli Stati parte dell'OMS non ha comunque segnato il fallimento dell'iniziativa. Infatti, l'Assemblea ha concordato una proroga di un anno al Gruppo intergovernativo deputato alla stesura della bozza del trattato, l'Intergovernmental Negotiating Body (INB).

Del resto, il consenso e la coesione di tutti i membri dell'OMS sono di vitale importanza al buon esito del progetto. Per quanto caratterizzato da un profilo giuridicamente vincolante, una volta redatto, il Nuovo Trattato Pandemico sarà adottato ex Art 19 della Costituzione. I Paesi dell'OMS dovranno quindi aderirvi attraverso un'esplicita manifestazione di consenso (meccanismo "*opt-in*"). Una volta approvato il testo (a maggioranza dei due terzi dell'Assemblea), l'accordo entrerà in vigore solo "dopo" l'accettazione del suo contenuto da parte di ognuno dei membri dell'Organizzazione, conformemente alle proprie norme costituzionali. Il destino del Trattato e, in particolare, le sue prospettive di successo, restano perciò intimamente e irrimediabilmente legate alle specifiche decisioni dei singoli paesi su firma e ratifica⁴.

Per la sua collocazione geografica, la superficie del suo territorio, la dimensione e distribuzione della sua popolazione, la sua elevata crescita economica e una sempre più forte inclinazione alla *leadership* regionale, la Repubblica Popolare Cinese (RPC) è destinata a influenzare in modo critico l'implementazione e quindi anche la *performance* complessiva di qualsivoglia regime di sicurezza sanitaria sarà elaborato a Ginevra e soprattutto il suo destino a livello locale, nazionale e globale⁵.

⁴ Per comprendere le implicazioni giuridiche e politiche della decisione di ricorrere all'Art. 19 nell'ambito dell'adozione del Nuovo Trattato Pandemico si rimanda, *inter alia*, a C. Wenham, M. Eccleston-Turner, M. Voss, *The futility of the pandemic treaty: caught between globalism and statism*, in *International Affairs*, Vol. 98, No. 3, 2022, 837-852 disponibile alla pagina academic.oup.com/ia/article/98/3/837/6549855. Si nota, in particolare, che il ricorso all'Art. 19 ha un solo precedente, la Convenzione Quadro dell'OMS per il Controllo del Tabacco. Il Regolamento Sanitario Internazionale invece è stato adottato, nel 1951, ex Art. 21. L'Art 21 consente l'adozione, in alcune materie di competenza dell'OMS (tra cui quelle connesse alla gestione delle malattie infettive), di Regolamenti (*Regulations*) i quali risulterebbero così disciplinati da un meccanismo di *opt out*. I Regolamenti, infatti, una volta approvati (tipicamente da una maggioranza semplice dell'Assemblea a meno che non sia diversamente specificato) entrano in vigore automaticamente per tutti i membri dell'Organizzazione.

⁵ Sul rapporto, non lineare, ma dialogante, tra implementazione, *compliance*, e *performance*/effettività dei Regimi internazionali, la letteratura delle Relazioni Internazionali è molto vasta. Per un'introduzione al tema, si possono consultare: M.A. Levy, O.R. Young, M. Zurn,

Nonostante la crescente attenzione di studenti e ricercatori per il grado e la qualità del coinvolgimento della Cina nelle istituzioni internazionali (missioni di pace, controllo degli armamenti, diritti umani, commercio e finanza internazionale) e per la natura della sua (mutata) diplomazia multilaterale⁶, la portata e il profilo dell'impegno del paese nell'ambito del Regime di sicurezza sanitaria, e le sue conseguenze, sono state relativamente trascurate, con poche eccezioni⁷.

Inoltre, quando presente, un tale dibattito è stato più frequentemente inquadrato nei termini del confronto/conflitto tra la Cina e la specifica interpretazione/implementazione che gli Stati Uniti hanno dato al Regime. Nondimeno, la posizione americana rispetto al Regime è stata meno armonica di quanto possa sembrare a una prima analisi, né tantomeno è stata rappresentativa degli interessi della maggior parte degli stati che al Regime di sicurezza sanitaria hanno partecipato negli ultimi settant'anni⁸.

The Study of International Regimes, in *European Journal of International Relations*, Vol. 1, No. 3, 1995, 267-330; K. Abbott, D. Snidal, *International Regulation Without International Government: Improving International Organization Performance Through Orchestration*, in *The Review of International Organizations*, Vol. 5, 2010, 315-344; H. Breitmeier, A. Underdal, O.R. Young, *The Effectiveness of International Environmental Regimes: Comparing and Contrasting Findings from Quantitative Research*, in *International Studies Review*, Vol. 13, 2011 579-605.

⁶ Per una fonte concisa, ma utile alla ricostruzione del percorso di integrazione della RPC nel sistema delle istituzioni internazionali esistente, si può consultare J. Wuthnow, X. Li, L. Qi, *Diverse Multilateralism: Four Strategies in China's Multilateral Diplomacy*, in *Journal of Chinese Political Science*, Vol. 17, No. 3, 2012, 269-290.

⁷ È questo il caso particolare della produzione di Yanzhong Huang, Direttore della "Global Health Governance roundtable series" presso il Council of Foreign Relations e professore presso la Seton Hall University's School of Diplomacy. In particolare, per un'introduzione al tema, si rimanda alle sue pubblicazioni *Governing Health in Contemporary China*, Routledge, 2013; e *International Institutions and China's Health Policy*, in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 40, No. 1, 2015, 41-71.

⁸ In questo senso si rimanda al dibattito sul revisionismo cinese rispetto all'Ordine globale e alla sua critica, facendo riferimento, in particolare, alla posizione di quegli autori che hanno espresso la necessità di riconoscere non solo la presenza di diversi "ordini liberali" (invece che un solo "ordine liberale") ma che hanno anche suggerito la necessità di problematizzare la coerenza interna di ciascuno di questi "ordini". Certamente, i "sotto-ordini" che compongono l'ordine complessivo "consolidato" occidentale attengono a diverse aree tematiche delle relazioni internazionali e si presentano come tendenzialmente "liberali", ma è altrettanto vero che non tutti tali "sotto-ordini" esibiscono lo stesso "grado" di "liberalismo", né sono "liberali" in modo uniforme e omogeneo al proprio interno, né tantomeno riproducono fedelmente le preferenze dell'egemone che, nel Secondo dopo guerra, tali ordini avrebbe "finanziato" e "prodotto" (in A. Johnston, *China in a World of Orders: Rethinking Compliance and Challenge in Beijing International Relations*, in *International Security*, Vol. 44, No. 2, 2019, 9-60, si vedano in particolare le pagine 15, 21, e 58). In tal senso, per come configurato negli ultimi settant'anni, il Regime di sicurezza sanitaria (lo si approfondisce nella terza sezione del presente articolo) non costituisce un'eccezione ed esibisce un profilo complesso. Da un lato il Regime intercetta molteplici "sotto-ordini" (per esempio, nell'euristica di Johnston quelli di sviluppo politico e sociale, di *international trade and finance*, di informazione internazionale, e di ordine militare, per la sovrapposizione tra il tema delle epidemie e quello dell'uso deliberato di agenti biologici). Dall'altro, il Regime di sicurezza sanitaria appare come un "sotto-ordine" complesso anche perché non uniformemente "liberale" o "liberale" in modo omogeneo. Ogni sua analisi impone quindi di problematizzare la coerenza (liberale) interna del

Per tale ragione, dopo aver introdotto l'oggetto, il design e il metodo della ricerca, il presente articolo dedica la terza sezione a descrivere, seppur brevemente, il Regime di sicurezza sanitaria, la sua evoluzione storica, la sua "profondità" istituzionale (intesa precisamente nei termini di comunione, specificità e autonomia), e il grado di consolidamento e coerenza interna, anche illustrandone criticamente gli attributi liberali.

Nella quarta sezione, l'articolo si concentra invece sulla Cina e sulle caratteristiche della sua partecipazione al Regime, sul diverso approccio riservato da Pechino alla gestione delle più rilevanti crisi sanitarie dell'ultimo secolo (dalla segretezza e ostruzionismo, documentati nel caso di HIV e SARS, all'impegno "costruttivo" descritto durante l'Influenza aviaria del 2013, all'ambivalente e discusso "dis"-ingaggio durante il Covid-19) e delinea il possibile perimetro dell'azione cinese rispetto alla trasformazione dei principi e delle norme che disciplinano la sicurezza sanitaria.

Infine, oltre a chiarire il contributo della RPC all'implementazione del Regime e anticipare l'indirizzo che Pechino intende imprimere alla sua eventuale ridefinizione, l'articolo tangenzialmente intercetta, e spera di contribuirvi, seppur con un singolo caso di studio, la più ampia riflessione circa il revisionismo cinese nei confronti dell'"ordine internazionale prevalente"⁹.

Utilizzando gli strumenti forniti dalla Teoria dei regimi nelle Relazioni Internazionali, i principi, le norme, le regole e le procedure decisionali con cui gli Stati hanno disciplinato la sicurezza sanitaria vengono esaminati nel contesto storico della loro evoluzione puntuale. Questa metodologia consente di mettere in

Regime dal momento che in esso convivono evidentemente principi ed elementi normativi liberali (valore delle istituzioni internazionali, centralità del libero mercato nella produzione e acquisto di beni sanitari globali, tutela della libertà individuale, democrazia, diritti umani, in particolare in relazione al diritto alla salute) e non liberali (uno su tutti, la precedenza degli stati sulle istituzioni) opportunisticamente supportati e bilanciati dai diversi paesi nelle diverse fasi storiche dell'evoluzione del regime. È corretto, in questa sede, citare l'emendamento inserito dagli Stati Uniti alla revisione del Regolamento Sanitario Internazionale del 2005 sulla salvaguardia dei principi federali e dell'effettività operativa delle forze armate nazionali (IHR, 2005, 60-62). L'emendamento consente, in modo nemmeno troppo sofisticato, agli Stati Uniti di mitigare drasticamente l'impatto del processo di revisione e la deriva post-Vestfaliana del Regime sulla sovranità sanitaria nazionale americana (vedi riferimenti bibliografici anche alla nota 33 del presente articolo).

⁹ Dal 2015, molte voci, soprattutto nel mondo accademico anglosassone, hanno descritto il rapporto della Cina con l'Ordine internazionale esistente come conflittuale, se non apertamente ostile (per esempio, R. Sutter, *China's Multifaceted Challenges to International Governance*, in *American Journal of Chinese Studies*, Vol. 27, No. 2, 2020, 97-99). Altri autori hanno invece sostenuto che la Cina non sia necessariamente insoddisfatta delle regole fondamentali operanti nell'Ordine prevalente, ma del suo status al suo interno (S. Zhao, *A Revisionist Stakeholder: China and the Post-World War II World Order*, in *Journal of Contemporary China*, Vol. 27, No. 113, 2018). In questo dibattito, la posizione espressa da A. Johnston, *China in a World of Orders: Rethinking Compliance and Challenge in Beijing's International Relations*, cit., intende problematizzare la definizione di "ordine" e soprattutto riconsiderare il modo di misurare operativamente la conformità (o *compliance*) dei membri della comunità internazionale ad esso.

evidenza gli agenti catalizzatori del cambiamento, le conseguenze distributive e i possibili ordini futuri.

Nel documento, l'analisi dei regimi procede mediante l'utilizzo combinato di due approcci metodologici sinergici. Da un lato, il *process-tracing* nelle declinazioni previste dai modelli di Bates (et al.) e Büthe¹⁰. Dall'altro, gli approcci suggeriti dalla *Grounded Theory (GT)*, per come elaborata in Glaser e Strauss, Navari e soprattutto Wilson¹¹. Centrale a quest'ultimo approccio è l'ampio ricorso alle fonti primarie per integrare (e triangolare) l'analisi della letteratura pubblicata sul tema che, nel caso di specie, dialoga con gli ambiti disciplinari delle Relazioni Internazionali, del Diritto internazionale, e della Sanità pubblica. In particolare, la ricerca ha voluto valorizzare l'analisi testuale di documenti ufficiali come relazioni, discorsi, decisioni formali, verbali di riunioni, memoranda e rapporti interni all'OMS (come nel caso dei documenti prodotti dall'INB istituito nel 2021 per la

¹⁰ R. Bates, A. Greif, M. Levi, J.L. Rosenthal, e B. Weingast, eds. *Analytic Narratives*, Princeton University Press, 1998; T. Büthe, *Taking Temporality Seriously: Modeling History and the Use of Narratives as Evidence*, in *American Political Science Review*, Vol. 96, No. 3, 2002, 481-493.

In Bates et al. la narrativa analitica (*analytical narrative*) ha esattamente l'obiettivo di spiegare i risultati internazionali (*international outcomes*) attraverso l'esplorazione dei meccanismi che li generano e, in un certo senso, è il primo riferimento metodologico di questa ricerca. Tuttavia, dato che il presente lavoro incorpora un'estesa finestra temporale, nella quale dialogano variabili esogene ed endogene ai modelli analitici intermedi, ci si rifà più precisamente all'eccellente articolo metodologico di Tim Büthe e al suo concetto di "narrazione storica" che consente l'analisi di elementi endogeni riconoscendo l'importanza dei *feedback loop* tipici dei fenomeni sociali (il momento storico di per sé diventa un elemento che partecipa alla spiegazione causale). Si tratta di casi in cui i cambiamenti nella variabile dipendente in un determinato momento possono portare a cambiamenti nelle variabili indipendenti in un momento successivo, che a loro volta porteranno a ulteriori cambiamenti nella variabile dipendente.

Si noti, in questo senso, che l'individuazione di giunture critiche (*starting point*) è soprattutto l'esito, e non la premessa, dell'analisi svolta, nonostante il loro isolamento certamente consenta di riconoscere nel Regime di sicurezza sanitaria un caso tipico di *path-dependent institution* (nell'accezione di S. Skowronek, M. Glassman, *Formative Acts*, in S. Skowronek, M. Glassman (Eds.), *Formative Acts: American Politics in the Making*, University of Pennsylvania Press, 2008, 1-9).

¹¹ B.G. Glaser, A.L. Strauss, *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publishing, 1967; C. Navari, (Ed.), *Theorising international society: English School method*, Macmillan, 2009; P. Wilson, *The English School meets the Chicago School: the case for a grounded theory of international institutions*, in *International Studies Review*, Vol. 14, No. 4, 2012, 567-590. Con riferimento alla *Grounded Theory (GT)*, è bene precisare che la rigidità dell'Analisi dei regimi ha indirizzato molti autori verso un approccio più radicato nella realtà sociale dei fenomeni oggetto delle proprie ricerche (i regimi appunto) ispirato alla Chicago School of Sociology. Un metodo di ricerca qualitativo, le cui affinità con la Scuola Inglese delle Relazioni Internazionali sono state fatte notare dalla Navari (2009). Un'indagine, poi, approfondita da Wilson (2012) che ne ha esplorato in modo convincente il potenziale per lo studio dell'evoluzione delle istituzioni internazionali, del diritto internazionale e delle loro relazioni con la società internazionale. Ciò che rende la GT più interessante dell'etnografia tradizionale (con la quale condivide il desiderio di ottenere una comprensione non giudicante, densa, strutturata e "dall'interno" del fenomeno indagato), è che non si preoccupa di registrare ogni dimensione di quel fenomeno, ma solo quegli aspetti che hanno rilevanza per la teoria emergente.

redazione delle versioni preliminari del Trattato Pandemico (*Working draft*; *Conceptual Zero draft*; e *Zero draft* o *WHO CA+*). Hanno, inoltre, informato il presente lavoro l'esperienza maturata sul campo dall'autrice durante la sua permanenza come consulente presso l'Organizzazione Mondiale della Salute (tra il 2016 e il 2018) e le molte conversazioni informali scambiate con il personale dell'Organizzazione. Infine, e con riferimento ai fatti relativi all'ultimo quinquennio, si sono realizzate sette interviste approfondite e semi-strutturate concepite ad-hoc per la presente ricerca, condotte con alti funzionari, direttori, esperti, e altro personale dell'OMS (*élite and expert interviews*)¹².

2. L'inevitabile persistenza del problema delle malattie infettive emergenti e il pivot sanitario del Sud-est asiatico

Le malattie infettive emergenti (EID) e riemergenti (REID) hanno da sempre rappresentato un onere significativo e potenzialmente distruttivo per la salute pubblica, l'economia e la sicurezza a livello nazionale e internazionale¹³.

Con riferimento agli ultimi cento anni, oltre alle recenti esperienze legate al Covid-19, all'influenza aviaria (2009) e alla SARS (2003), si ritiene che almeno altri due virus pandemici (l'influenza asiatica del 1956 e l'influenza di Hong Kong del 1968) abbiano avuto origine in Asia¹⁴. Non è un caso, quindi, che da almeno trent'anni, tutti gli occhi siano puntati sull'Asia sud-orientale per quanto riguarda le strategie di sorveglianza e controllo di epidemie e pandemie.

Nel 2008, dopo aver condotto un'analisi comparativa su più di trecento malattie di nuova insorgenza, registrate dal 1940, Jones et al. avrebbero confermato una distribuzione (temporale e spaziale) non randomica per le EID e per le REID, sostenendo che il loro numero sia in costante aumento e che la loro comparsa, specialmente quando nella forma di zoonosi, sia associata a specifici fattori

¹² In questo senso si assume la validità del contributo degli *scholar-practitioners* non solo per l'elaborazione di decisioni politiche informate, ma anche, e in direzione opposta, per la produzione di una ricerca empirica più aderente allo stato di fatto. Nella conduzione delle interviste *ad-hoc* (*élite and expert interviews*) si sono seguite le linee guida e *best practices* proposte dall'Università di Oxford e pubblicate alla [pagina test-researchsupport.web.ox.ac.uk/sites/default/files/researchsupport/documents/media/bpg_03_elite_and_expert_interviewing.pdf](https://researchsupport.web.ox.ac.uk/sites/default/files/researchsupport/documents/media/bpg_03_elite_and_expert_interviewing.pdf).

Con riferimento a fatti recenti (dal Covid-19 in avanti), in considerazione dell'attualità dell'argomento, una particolare precauzione è stata adottata per garantire l'anonimità dei contribuiti e, quando esplicitamente riportate, le posizioni e/o le dichiarazioni degli intervistati sono state direttamente rintracciate in altri documenti pubblici e fruibili *open source*.

¹³ Nell'ambito della letteratura internazionalistica giuridico e storico-politologica si rinvia a D.P. Fidler, *International Law and Infectious Diseases*, Oxford Monographs in International Law, 1999; A.T. Price-Smith, *The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*, Massachusetts Mit Press, 2001; I.W. Sherman, *Twelve Diseases That Changed Our World*, ASM Press, 2007; D.W. Drezner, *The Song Remains the Same: International Relations After Covid-19*, in *International Organization*, 2020, 1–18.

¹⁴ ED Kilbourne, *Influenza pandemics of the 20th century*, in *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 12, No. 1, 2006, 9-14.

socioeconomici, ambientali, climatici ed ecologici, molto rappresentati in Cina e nel Sud-est asiatico¹⁵. Oltre agli eventi naturali, dalla fine degli anni '90, una serie di altre circostanze ha sollevato preoccupazioni sul profilo della sicurezza sanitaria dell'Asia orientale, tra cui l'espansione dell'industria biotecnologica, le procedure ancora poco rigorose per la messa in sicurezza dei materiali biochimici (che rendono possibili incidenti di laboratorio), e il ruolo potenziale di alcuni paesi come basi terroristiche¹⁶. Anche la postura complessiva della regione nei confronti delle norme e delle procedure internazionali messe a punto per gestire i rischi pandemici ha rappresentato una fonte di preoccupazione¹⁷, vista la resistenza esibita nei confronti delle interferenze esterne¹⁸.

Da un lato, quindi, esistono fattori ambientali, sociali e politici condivisi i quali consentono di identificare uno spazio geografico "comune" che include le regioni situate a sud della Cina, a est del subcontinente indiano e a nord-ovest dell'Australia continentale e che si caratterizza per un comparativamente accentuato rischio epidemiologico.

Dall'altro, questo medesimo spazio si connota anche per la compresenza di una complessa relazione politica tra la Cina e gli "altri" paesi che ne fanno parte. Un rapporto complicato da ragioni tanto risalenti (di natura commerciale, tributaria, migratoria) quanto moderne (competizione sino-americana, bilanciamento di potere, e ordine regionale), la cui interpretazione non è univoca né conclusiva¹⁹. In questo senso, considerata l'importanza dell'identificazione precoce dei focolai infettivologici e del coordinamento locale/regionale nel rispondere tempestivamente alle segnalazioni di eventi epidemici, la posizione cinese rispetto al Regime sulla sicurezza sanitaria rileva sia individualmente che rispetto alla natura dei rapporti che può o meno intrattenere con i paesi del Sud-est asiatico, e con l'Associazione delle Nazioni del Sud-est asiatico (ASEAN), più nello specifico. Come si era già osservato all'inizio del secolo durante l'epidemia di SARS (2003), la partecipazione riluttante della Cina al monitoraggio e alla risposta internazionale

¹⁵ K.E. Jones, G. Nikkita, G. Patel, M.A. Levy, A. Storeygard, D. Balk, J.L. Gittleman, P. Daszak, *Global Trends in Emerging Infectious Diseases*, in *Nature*, Vol. 451, 2008, 990–93. Per approfondire il tema delle malattie trasmesse all'uomo dal mondo animale (le zoonosi appunto), la loro storia, e i legami tra queste condizioni e il contesto socio-ambientale mediante una pubblicazione più attuale si può consultare G. Vourc'h, F. Moutou, S. Morand, E. Jourdain, *Zoonoses: the ties that bind humans to animals*, Editions Quae, 2022, disponibile al sito quae.com/produit/1804/9782759236558/zoonoses.

¹⁶ Su questo ultimo punto, per una rassegna, si può consultare T. Ogilvie-White, *Non-Proliferation and Counterterrorism Cooperation in Southeast Asia: Meeting Global Obligations through Regional Security Architectures?*, in *Contemporary Southeast Asia: A Journal of International and Strategic Affairs*, Vol. 28, No. 1, 2006, 1-26.

¹⁷ M. Caballero-Anthony, G.G. Amul, *Reemerging infectious diseases: is ASEAN prepared?*, in *RSIS Commentaries*, No 093, 2013; Cfr. S.D. Davies, *The International Politics of Disease Reporting: Towards Post-Westphalianism?*, in *International Politics*, Vol. 49, No. 5, 2012, 591–613.

¹⁸ Per un'analisi di contesto si veda S. Suzuki, *Why is ASEAN not intrusive? Non-interference meets state strength*, in *Journal of Contemporary East Asia Studies*, Vol. 8, No 2, 2019, 157–176.

¹⁹ Z. Wen, *Southeast Asia amid Sino-US Competition: Power Shift and Regional Order Transition*, in *The Chinese Journal of International Politics*, Vol. 16, No. 2, 2023, 241–261.

alle malattie infettive può avere gravi conseguenze non solo per il paese, ma anche per la regione, e la comunità internazionale tutta²⁰.

3. Dalle Convenzioni sanitarie al Regolamento Sanitario Internazionale

Proprio la paura della diffusione in Europa di malattie infettive dal Sud-est asiatico ha promosso, a metà del XIX secolo, la nascita di un primo ed embrionale quadro giuridico sulla circolazione transfrontaliera di agenti patogeni²¹.

Dodici convezioni sanitarie internazionali, firmate tra il 1851 e il 1951, davano vita a quello che diventerà noto come “Regime classico”²². Il Regime classico stabiliva tre principi fondamentali per la gestione coordinata di altrettante malattie infettive (Febbre gialla, Peste e Colera), tutte endemiche in Asia: (1) la notifica dei focolai, (2) la loro sorveglianza nei punti di ingresso e di uscita dai paesi firmatari e (3) la protezione del commercio. Un regime ineguale, infondo, che consentiva ai paesi più sviluppati di proteggersi dall’importazione delle infezioni, beneficiando di un sistema di sorveglianza diffuso, e salvaguardando, al contempo, gli scambi di merci e i viaggi internazionali. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, la neonata Organizzazione Mondiale della Sanità adottava il primo Regolamento Sanitario Internazionale (RSI). Il Regolamento lasciava invariata la sostanza del Regime classico ma ne rendeva anche possibile un agile aggiornamento. La Costituzione dell’OMS conferiva, infatti, all’Assemblea Mondiale della Sanità l’autorità di adottare ulteriori disposizioni nella forma di “regolamenti” riguardanti «i requisiti sanitari e di quarantena e altre procedure volte a prevenire la diffusione internazionale delle malattie»²³. Tali “regolamenti” sarebbero diventati automaticamente vincolanti per tutti gli Stati membri dell’OMS, a meno che questi non li rifiutassero attivamente²⁴. Nonostante il potenziale per un costante adeguamento del Regime, negli anni successivi, la questione delle epidemie e delle pandemie, per come inquadrata nell’RSI, perse mordente. Tale circostanza fu giustificata principalmente da due ragioni. Da un lato, alla fine degli anni ‘60, la partita contro le malattie infettive sembrava essere stata, oramai, vinta,

²⁰ A. Kamradt-Scott, *Securitization and SARS: A New Framing?*, in *Managing Global Health Security*, Palgrave Macmillan, 2015; Cfr. dello stesso autore *The Evolving WHO: Implications for Global Health Security*, in *Global Public Health*, Vol. 6, No. 8, 2011, 801–13; e T. Hanrieder, C. Kreuder-Sonnen, *WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health*, in *Security Dialogue*, Vol. 45, No. 4, 2014.

²¹ N. Howard-Jones, *Origins of International Health Work*, in *British Medical Journal*, Vol. 1, 1950, 1032–37.

²² Per un’analisi approfondita circa l’evoluzione storico-giuridica del regime sanitario si rimanda a D.P. Fidler, *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, in *Chinese Journal of International Law*, Vol. 4, No 2, 325–92, 2005.

²³ Costituzione dell’OMS, art. 21(a), disponibile alla pagina who.int/about/accountability/governance/constitution.

²⁴ Per comprendere le implicazioni politiche di tale disposizione si può consultare D.P. Fidler, *Public health and national security in the global age: infectious diseases, bioterrorism, and realpolitik*, in *George Washington International Law Review*, Vol. 35, No. 787, 2003, disponibile all’indirizzo heinonline.org/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/gwilr35§ion=44.

principalmente grazie al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e alla diffusione di antibiotici e nuovi agenti terapeutici. Dall'altro, il concomitante processo di frammentazione del diritto internazionale portava al relativo declassamento delle preoccupazioni di salute pubblica rispetto ad altri ambiti della disciplina internazionale diritti umani, commercio, e tutela ambientale. Infine, anche l'OMS desiderava prendere le distanze da un documento (l'RSI del 1951, appunto) che fundamentalmente tutelava gli interessi campanilistici e imperialisti di un gruppo ristretto di "grandi potenze". Un'interpretazione sempre più in contrasto con la nuova prospettiva liberale, orientata alla cooperazione sanitaria internazionale, promossa dalla Costituzione dell'OMS²⁵.

Alla fine degli anni '90, contro ogni previsione, le epidemie e le pandemie tornavano prepotentemente alla ribalta nel dibattito pubblico anche nei paesi occidentali per una serie di rilevanti circostanze: la ricomparsa di virus e batteri che si ritenevano debellati, l'affermazione di nuove infezioni e agenti antibiotico-resistenti, il riconoscimento delle potenziali conseguenze economiche e di sicurezza sulla stabilità regionale e internazionale di epidemie e pandemie²⁶, alcuni risonanti episodi di bioterrorismo (il caso Amerithrax all'indomani dell'11/9), la paura per la "ri"-nascita di programmi per lo sviluppo di armi biologiche da parte dei cosiddetti "stati canaglia" (ne è un esempio l'Iraq nel 2003) e, nondimeno, la copertura mediatica data alla ricerca duale, la quale metteva in luce i rischi legati all'abuso del dinamicissimo progresso delle scienze biotecnologiche²⁷.

L'epidemia di SARS nel 2003 rese più pressante il bisogno che il processo di revisione del Regolamento sanitario, già ufficialmente avviato nel 1995, dopo un'epidemia di peste a Surat, giungesse a compimento. Infatti, proprio la necessità di contenere la diffusione della SARS, aveva spinto il Direttore generale dell'OMS, Gro Harlem Brundtland, a prendere decisioni che eccedevano il suo formale mandato. Fintanto che aveva operato entro i limiti imposti dalle norme del RSI, aveva ottenuto pochi risultati nel contenere l'epidemia²⁸.

Completata nel 2005, la riforma del Regolamento sanitario internazionale è stata definita «uno dei cambiamenti più radicali e di vasta portata nel diritto

²⁵ D.P. Fidler, *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, cit.

²⁶ Sul punto si rimanda, inevitabilmente, alla Risoluzione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite 1308, *Security Council Resolution 1308 (2000) on provision of training on issues related to HIV/AIDS prevention for peacekeeping personnel*, 2000.

²⁷ La letteratura storico-politologica sul tema è relativamente corposa e sparpagliata, ma per quanto di rilievo nell'ambito della presente analisi, si rimanda all'utile lavoro di G.D. Koblenz, *Biosecurity Reconsidered: Calibrating Biological Threats and Responses*, in *International Security*, Vol. 34, No.42, 2010, 96–132; dello stesso autore, *From biodefence to biosecurity: the Obama administration's strategy for countering biological threats*, in *International Affairs*, Vol. 88, No. 1, 2012, 131-148; Cfr. S. Davies, *The International Politics of Disease Reporting: Towards Post-Westphalianism?*, cit..

²⁸ A. Kamradt-Scott, *The Evolving WHO: Implications for Global Health Security*, cit.; T. Hanrieder e C. Kreuder-Sonnen, *WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health*, cit.; Cfr. G. Rodier, *New rules on international public health security*, in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 85, No. 6, 2007, 428-30.

internazionale sulla salute pubblica dall'esordio della cooperazione sanitaria internazionale»²⁹. Per buona parte della critica, la governance sanitaria globale entrava in una nuova “era”³⁰.

L'approccio *all-risk* (non limitato ad un numero ristretto di infezioni), il sostegno esplicito al miglioramento della cooperazione in materia di salute pubblica attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali, la rivendicazione universalistica, la riallocazione verticale del potere e dell'autorità all'interno dell'OMS, l'incorporazione della tutela dei diritti umani e l'inclusione di elementi para-costituzionali hanno segnato il passaggio ad un “nuovo ordine mondiale per la salute pubblica internazionale”, un ordine più liberale e certamente più allineato con la Costituzione dell'OMS³¹. Tanto che molti autori hanno interpretato la risposta dell'OMS alla SARS e la conseguente revisione del Regolamento sanitario internazionale come i segnali della transizione ad una governance “post-Vestfaliana” dei fenomeni epidemici e pandemici³². Vale, tuttavia, la pena ricordare che altri autori abbiano immediatamente (e con lungimiranza) minimizzato l'importanza degli emendamenti introdotti nel 2005, sottolineando come, al di là degli ambiziosi propositi, il Nuovo Regolamento Sanitario Internazionale (RSI 2005)/International Health Regulations (IHR 2005) consentiva agli stati di mantenere il completo controllo sull'esercizio delle attività dell'OMS e sulle

²⁹ D.P. Fidler, *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, cit.

³⁰ La revisione del 2005 comprendeva cinque modifiche sostanziali al testo del trattato precedente: (1) l'ambito di applicazione è stato ampliato da un quadro di riferimento specifico per le malattie ad uno che includesse tutti gli eventi che avrebbero potuto costituire un'emergenza pubblica di rilievo internazionale/ Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), indipendentemente dalla loro origine (approccio *all-risk*); (2) è stato stabilito l'obbligo per gli Stati membri di notificare al mondo gli eventi che avrebbero potuto costituire una PHEIC entro ventiquattro ore dalle segnalazioni locali; (3) agli Stati membri è stato chiesto di aumentare l'impegno per potenziare le proprie capacità nazionali di sorveglianza e di risposta; (4) all'OMS è stata conferita una maggiore autorità per quanto riguarda (a) le disposizioni in materia di dati e verifiche, compreso l'accesso a fonti di informazione non ufficiali, e (b) le dichiarazioni e le raccomandazioni, compresi i limiti al tipo di misure sanitarie che gli Stati possono adottare contro i rischi per la salute pubblica; (5) i principi dei diritti umani sono stati incorporati in virtù del potenziale danno ai diritti civili e politici derivante dagli interventi sanitari. L'argomento è stato, naturalmente, oggetto di confronto durante le interviste e le conversazioni che hanno avuto luogo tra l'autrice e la dirigenza dell'OMS allora coinvolta nel processo di revisione (*inter alia*, Guénaël Rodier), se ne trova traccia pubblicata, *inter alia*, anche nei seguenti contributi D.L. Heymann, G. Rodier, *Global surveillance, national surveillance, and SARS*, in *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 10, No 2, 2004, 173-175; G. Rodier, AL Greenspan, JM Hughes JM, DL Heymann, *Global public health security*, cit.; G. Rodier, *New rules on international public health security*, in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 85, No. 6, 2007, 428-30.

³¹ Sulla natura liberale dell'ordine sanitario internazionale si veda S. Elbe, D. Vorlíček, D. Brenner, *Vigilantes and mavericks: heterodox actors in global health governance*, in *European Journal of International Relations*, Vol. 29, No. 4, 2023, 903-928.

³² D.P. Fidler, *Constitutional Outlines of Public Health's “New World Order”*, in *Temple Law Review*, Vol. 77, No. 45, 2004, disponibile alla pagina repository.law.indiana.edu/facpub/401.

modalità di implementazione nazionale delle disposizioni contenute nel Regolamento³³.

4. La Cina: partecipazione al regime sanitario e gestione di epidemie e pandemie tra il XX e XXI secolo

La Repubblica Popolare Cinese si guadagnava un posto presso l'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio del 1972, anno fino al quale il governo comunista aveva, in verità, considerato l'OMS un'organizzazione estranea, quando non illegittima³⁴.

Nonostante la, fino a quel momento, limitatissima interazione con le organizzazioni internazionali, il sistema sanitario cinese “pre-riforma” riuscì a diventare comunque un modello esemplare di contenimento e riduzione dell'incidenza delle malattie infettive nei paesi in via di sviluppo³⁵.

La chiave di tale successo è stata attribuita all'adozione di una rigida strategia preventiva implementata attraverso un solido e articolato sistema burocratico che includeva il Ministero della Salute, le Stazioni di Prevenzione delle Epidemie (SPE) nazionali e provinciali (deputate alla sorveglianza dei focolai e alla gestione dei programmi di sanificazione, immunizzazione, ed educazione sanitaria), e gli “Operatori” dispiegati sul territorio (i “Medici rossi”/Red Medical Workers) che agivano nelle aree rurali³⁶.

Sul piano internazionale, la cooperazione cinese in campo sanitario, inizialmente limitata al blocco sovietico e poi estesa alle cosiddette “aree intermedie”, aveva come principale obiettivo quello di esportare la Rivoluzione e si caratterizzava per l'invio di equipe mediche in Africa, Medio Oriente, e Sud-est asiatico. Si trattava, per lo più, di tecnici che offrivano cure preventive e servizi medici di base³⁷.

Con Deng Xiaoping, la creazione di “ricchezza e benessere”, parallelamente al consolidamento della sicurezza nazionale, diventò una priorità per il governo cinese, non senza conseguenze sulla sanità pubblica del paese. Nonostante il fatto che tali obiettivi avrebbero prodotto un incremento in termini nominali dei finanziamenti per i servizi di prevenzione, le riforme introdotte nel settore sanitario

³³Si vedano A. Kelle, *Securitization of International Public Health: Implications for Global Health Governance and the Biological Weapons Prohibition Regime*, in *Global Governance*, Vol. 13, No. 2, 2007, 217–35; S.E. Davies, *Securitizing Infectious Disease*, in *International Affairs*, Vol. 84, No. 2, 2008, 295–313; A. Kamradt-Scott, *Managing Global Health Security: The World Health Organization and Disease Outbreak Control*, Palgrave Macmillan, 2015; e dello stesso autore *WHO's to Blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola Outbreak in West Africa*, cit., e M.A. Peters, S. Hollings, B. Green, and M. Oladele Ogunniran, *The WHO, the Global Governance of Health and Pandemic Politics*, in *Educational Philosophy and Theory*, Vol. 54, No. 6, 2022, 707–16.

³⁴ Y. Huang, *International Institutions and China's Health Policy*, cit.

³⁵ J. Schwartz, R.G. Evans, S. Greenberg, *Evolution of Health Provision in Pre-SARS China: The Changing Nature of Disease Prevention*, in *China Review*, Vol. 7, No. 1, 2007, 81–104.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Y. Huang, *Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China*, in *Indiana Journal of Global Legal Studies*, Vol.17, No. 1, 2010, 109-110, disponibile al sito repository.law.indiana.edu/ijgls/vol17/iss1/6.

pubblico complessivamente ridussero la qualità del servizio offerto, soprattutto per quanto riguardava le malattie trasmissibili, dato che la loro prevenzione e cura erano meno redditizie rispetto ad altri campi della medicina³⁸. Nelle aree rurali riemersero patologie quali la Tubercolosi o la Schistosomiasi, debellate da anni³⁹.

Anche il rapporto della Cina con le istituzioni sanitarie globali cambiò alla fine degli anni '70. Da un lato, la trasformazione degli ospedali in apparati lucrativi riduceva il costo opportunità degli operatori sanitari a contribuire alle equipe mediche dispiegate all'estero e diminuiva gli incentivi a partecipare a missioni internazionali⁴⁰. Dall'altro, e in direzione opposta, cresceva l'interesse del Partito per la governance sanitaria internazionale, prima marginale, poiché essa poteva diventare una preziosa fonte di finanziamento per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria nazionale⁴¹.

Nel 1978, il Ministero della salute cinese firmava uno storico Memorandum d'Intesa con l'OMS che designava ben quarantuno centri di ricerca e collaborazione tra le parti. Nei venti anni successivi, l'OMS avrebbe fornito alla Cina supporto tecnico, consulenza politica, formazione di personale in materia di salute pubblica e politiche sanitarie, oltre ad una significativa assistenza finanziaria⁴². Parallelemente a quelle con l'OMS, Yanzhoung Huang elenca una lunga serie di collaborazioni che la Cina avviava, nei medesimi anni, con varie istituzioni internazionali di salute pubblica, una partecipazione che avrebbero finito per sovvenzionare lo sviluppo sanitario del paese⁴³. Con la fine della Guerra Fredda e l'integrazione della Cina nell'economia mondiale, la rete di collaborazioni internazionali subiva un ulteriore ed esponenziale incremento anche in ambito sanitario, caratterizzantesi per un impegno più costruttivo ed energico da parte della RPC. Un cambiamento motivato anche dal desiderio del paese di apparire, sul piano internazionale, più come uno stato "responsabile" e "attivo" che, come uno opportunista o, peggio, ostile nei confronti dell'ordine internazionale "prevalente"⁴⁴. Secondo Huang, anche la crisi di Tienanmen contribuì a rafforzare l'adozione di linee guida internazionali sul controllo delle salute pubblica in Cina con risultati importanti che inclusero la creazione del Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCDC), l'emanazione di una legge nazionale sulla

³⁸ L.H. Chan, P.K. Lee, e G. Chan, *China Engages Global Health Governance: Processes and Dilemmas*, in *Global Public Health*, Vol. 4, No. 1, 31, 2009; Cfr. Y. Huang, *Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China*, in *Indiana Journal of Global Legal Studies*, cit.

³⁹ Y. Huang *Governing Health in Contemporary China*, 84-86, cit; Cfr. WHO, *The World Health Report. Health systems: Improving performance*, 2000, 186-191, disponibile alla pagina cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true.

⁴⁰ Y. Huang, *Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China*, in *Indiana Journal of Global Legal Studies*, cit., 111.

⁴¹ Y. Huang, *International Institutions and China's Health Policy*, cit., 43-44.

⁴² L.H. Chan, P.K. Lee, e G. Chan, *China Engages Global Health Governance: Processes and Dilemmas*, in *Global Public Health*, cit.

⁴³ Y. Huang, *International Institutions and China's Health Policy*, cit., 48.

⁴⁴ A.I. Johnston, *Is China a Status Quo Power?*, in *International Security*, Vol. 27, No. 4, 2003, 5-56.

prevenzione e il trattamento delle malattie infettive, la promozione dell'immunizzazione nei bambini e il conseguente raggiungimento di un alto tasso di vaccinazione complessiva, che rese *inter alia* possibile eradicare la polio⁴⁵.

Tuttavia, nonostante tale progresso, poiché lo stato cinese diventava anche un regime “di difesa”, la capacità di individuare e rispondere alle malattie infettive emergenti ne venne, alla fine, duramente compromessa.

Il Partito, infatti, promosse una politica di segretezza, quando non esplicito insabbiamento nei confronti di tutti i problemi e le criticità della pubblica gestione, compresi naturalmente quelli di salute pubblica, incentivando, anche esplicitamente, l'occultamento delle informazioni sull'insorgenza dei focolai epidemici. Il caso dell'HIV-AIDS fu emblematico. Dal riconoscimento dei primi casi nel paese, tra il 1985 e il 1989, fino alla metà degli anni 2000, il governo cinese si rifiutò sostanzialmente di riconoscere la malattia, soppresse il dibattito, e perfino dissimulò uno schema di donazioni di sangue a pagamento che prevedeva il riutilizzo di aghi e il ricorso a sangue misto, chiaramente autorizzato e legittimato dagli enti territoriali⁴⁶. Nonostante l'importante contributo dell'OMS sia nell'allertare i funzionari locali sulla gravità della minaccia posta dall'AIDS, già ampiamente riconosciuta a livello internazionale, sia nell'identificare i punti nevralgici che caratterizzavano la raccolta illegale di sangue nel Paese, sia nell'attenzione la società civile sul tema, la situazione in Cina fu molto lenta a cambiare⁴⁷. A facilitare il cambiamento, fu l'introduzione della nozione di minacce “non tradizionali alla sicurezza (NTS)” nel Rapporto presentato dalla Cina al Forum dell'Associazione delle Nazioni del Sud-est asiatico, nel luglio del 2002⁴⁸. Il documento, dal quale sarebbe derivata una dichiarazione congiunta, non inseriva esplicitamente le questioni sanitarie nell'ambito delle minacce NTS, ma creava un'ambiente concettualmente permissivo a tale elaborazione l'anno successivo⁴⁹.

Anche per questo motivo, nella maggior parte delle interpretazioni in dottrina, il biennio 2003-2005 rappresentò il primo vero punto di svolta per la securitizzazione

⁴⁵ Y. Huang, *Harnessing the fourth horseman: Capacity building in disease control and prevention*, in *Governing Health in Contemporary China*, cit., 85-86.

⁴⁶ N. He, R. Detels, *The HIV Epidemic in China: History, Response, and Challenge*, in *Cell Research*, Vol. 8, 2005; Cfr. Y. Huang *Harnessing the fourth horseman: Capacity building in disease control and prevention*, cit., 88.

⁴⁷ Y. Huang, *The Politics of HIV/AIDS in China*, in *Asian Perspective*, Vol. 30, No. 1, 95–125, 2006.

⁴⁸ Per approfondire i termini nei quali la nozione di *Non-traditional security threat* (NTS) si è affermata in Cina ed il suo impatto sulla politica estera cinese dal 2001 al 2019 si può, *inter alia*, consultare L. Hongyi, *The Role and Logic of Nontraditional Security in China's Engagement in Global Governance Mechanisms under Xi Jinping's Regime*, in *Journal of Chinese Political Science*, Vol. 26, 2021, 505–523; Cfr. A. Ghiselli, *Diplomatic Opportunities and Rising Threats: The Expanding Role of Non-Traditional Security in Chinese Foreign and Security Policy*, in *Journal of Contemporary China*, Vol. 27, No. 112, 2018, 611–625.

⁴⁹ Per una riflessione sulle specificità e implicazioni dell'associazione tra NTS e malattie infettive in Cina, si può consultare C. Allen, *An Unconventional Tack: Nontraditional Security Concerns and China's Rise*, in *Asia Policy*, No. 10, 2010, 49–64.

di epidemie e pandemie in Cina e per la ridefinizione della salute pubblica nel paese⁵⁰.

La SARS faceva capolino nella provincia cinese del Guangdong nel novembre del 2002.

La gestione da parte del governo cinese della malattia, che produsse 8400 infezioni in tutto il mondo e circa 1000 decessi, fu motivo di aspre critiche, connesse all'inefficienza del sistema di sorveglianza di Pechino, alle disfunzioni nella comunicazione e nel coordinamento tra il centro e le regioni periferiche, e, soprattutto, alla mancanza di trasparenza che il governo aveva riservato alla comunità internazionale⁵¹. Solo dopo l'adozione da parte dell'allora direttore dell'OMS, Gro Harlem Brundtland, di un'esplicita e inedita politica di *name and shame*, la *leadership* della RPC promosse una vera inversione di rotta, non desiderando compromettere la reputazione di attore responsabile che il Partito cercava in quegli anni di costruire e consolidare⁵². Con la nomina del Presidente Hu Jintao e di Wen Jiabao a premier, la Cina accolse e fece definitivamente propria la narrativa occidentale insita nel discorso sulla securitizzazione di epidemie e pandemie. L'idea che la SARS dovesse diventare una preoccupazione prioritaria trovò spazio in discorsi pubblici e privati, fu suffragata da azioni materiali e accompagnata da vere e proprie concessioni. Annunciata dal Politburo, la decisione di "combattere" la malattia implicò l'impegno per i governi locali a fornire informazioni accurate sul reale numero di infezioni e decessi e obbligò le autorità centrali a concedere finalmente l'accesso a Pechino, al Guangdong e ad altre provincie coinvolte, ai funzionari dell'OMS - quando, a dire il vero, l'Organizzazione aveva ancora una precaria base legale per rivendicare tali diritti⁵³.

⁵⁰ Y.R. Zhou, *HIV/AIDS, SARS, and Covid-19: the trajectory of China's pandemic responses and its changing politics in a contested world*, in *Global Health*. Vol. 20, No. 1, 2024, 4-5; Cfr. M. Li, *Public Health Crises in Comparison: China's Epidemic Response Policies From SARS to Covid-19*, in *Global Public Health*, Vol. 16, 2021, 1222-1223.

⁵¹ *Idem*, 1225; Cfr. Y. Huang, *Harnessing the fourth horseman: Capacity building in disease control and prevention*, cit.

⁵² *Legal Responses to Health Emergencies, The Law Library of Congress, Global Legal Research Directorate*, 2015, disponibile alla pagina tile.loc.gov/storage-services/service/lglrd/2014504236/2014504236.pdf; Il tema è stato oggetto di molteplici conversazioni tra l'autrice e vari funzionari dell'OMS impiegati presso l'allora Emergency Department dell'OMS inclusi quelli con colui che sarebbe diventato il Direttore del Country Health Emergency Preparedness & IHR (CPI). Oggi (2024) il dipartimento è diventato parte della divisione Health Emergencies, Preparedness and Response. L'episodio citato nel testo fu anche oggetto di una corposa copertura mediatica, *inter alia*, si possono consultare le notizie pubblicate al sito dell'OMS e disponibili alle pagine: who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1; who.int/news/item/16-04-2003-update-31---coronavirus-never-before-seen-in-humans-is-the-cause-of-sars; who.int/news/item/21-08-2003-joint-mission-on-sars-animal-reservoir-and-necessary-next-steps; ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92476/.

⁵³ Per una ricostruzione dettagliata delle caratteristiche e complessità degli scambi intercorsi tra l'OMS e la Cina e del conflitto "normativo" consumatosi tra le parti durante la SARS (2003), si rimanda a C. Kreuder-Sonnen, *China vs the WHO: a behavioural norm conflict in the SARS crisis*, in *International Affairs*, Vol. 95, No. 3, 2019, 535-552. Invece, per un'analisi critica e completa circa il fenomeno di *empowerment* e *mission creep* attribuito all'Organizzazione durante questa (e altre) crisi sanitarie si rimanda a C. Kreuder-Sonnen, *International authority and the emergency*

Non meno cruciale nel segnare il cambio di passo fu, nell'aprile del 2003, l'ammissione del Premier Wen, durante un incontro con i leader dell'ASEAN Group a Bangkok, circa l'impreparazione che la Cina aveva dimostrato nella gestione della malattia: «Di fronte allo scoppio di questa improvvisa epidemia, ci manca l'esperienza nella prevenzione e nel controllo. Il meccanismo di gestione della crisi e il lavoro di alcune località e dipartimenti non [si] sono [dimostrati] del tutto adeguati»⁵⁴.

Nei mesi successivi, Pechino fece ancora ampio ricorso all'argomento della sicurezza sanitaria adottando ripetutamente slogan quali «Dichiarare guerra alla SARS», «Attivare l'intero partito», «Mobilitare l'intera popolazione» e «Vincere la guerra di annientamento contro la SARS»⁵⁵. Da allora, il tema del controllo delle malattie infettive è rintracciabile in ogni libro bianco pubblicato dalla Difesa nazionale cinese⁵⁶.

Dopo la SARS, le spese per la salute pubblica sono aumentate, il sistema di sorveglianza epidemiologica è stato (ri)strutturato e nel complesso migliorato, l'impianto di *governance* sanitaria riformato, e le strutture assistenziali materialmente ampliate⁵⁷. Il *Chinese Center for Disease Control* (CCDC) è stato rinnovato sul modello della controparte americana e riorganizzato per fornire consulenza ai centri territoriali sul controllo delle malattie infettive e sul potenziamento delle capacità laboratoristiche e per elaborare raccomandazioni e protocolli rivolte al Ministero della salute (MOH), oltre che materiale educativo da diffondere a livello regionale e nazionale⁵⁸.

Il governo ha investito 850 milioni di dollari nella costruzione di un'infrastruttura per il controllo e la prevenzione delle malattie emergenti caratterizzata da due elementi innovativi. Da un lato, veniva creato un sistema di sorveglianza online, inaugurato nel 2004, che mettesse in comunicazione gli ospedali locali con il CCDC e il MOH, aggirando la burocrazia delle commissioni sanitarie provinciali. Dall'altro, veniva elaborato un sistema di allerta automatizzato per facilitare le comunicazioni centro-locali, diventato operativo effettivamente nel 2008⁵⁹.

problematique: IO empowerment through crises, in *International Theory*, Vol. 11, No 2, 2019, 182-210.

⁵⁴ Y. Huang, *Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China*, cit., 119. Coerente con questo argomento anche l'intervento di George Fu, Direttore Generale del Chinese Center for Diseases Control and Prevention (CCDC) alla Pathogens Project Conference (Bulletin of the Atomic Scientists), che ha avuto luogo a Ginevra, il 19 aprile 2023, di cui è disponibile una registrazione alla pagina [youtube.com/watch?v=UkBDZKdz7tA](https://www.youtube.com/watch?v=UkBDZKdz7tA).

⁵⁵ F.C. Goldizen, *From SARS to Avian Influenza: The Role of International Factors in China's Approach to Infectious Disease Control*, in *Annals of Global Health*, Vol. 82, No. 1, 2016, 180–188,

⁵⁶ *Idem*, 186.

⁵⁷ M. Li, *Public Health Crises in Comparison: China's Epidemic Response Policies from SARS To Covid-19*, cit., 1222-1227

⁵⁸ Z. Honglong, L. Wang, S. Lai, Z. Li, Q. Sun, P. Zhang, *Surveillance and Early Warning Systems of Infectious Disease in China: From 2012 to 2014*, in *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 32, No. 3, 2017, 329–38.

⁵⁹ *Ibidem*.

Parallelamente all'ingaggio nazionale, anche la partecipazione della Cina nelle istituzioni internazionali per la salute globale si connotava per una sempre maggiore intraprendenza, proprio mentre il processo di revisione del Regolamento sanitario internazionale entrava nelle fasi finali⁶⁰. Per Yanzhoung Huang, barriere linguistiche, complessità tecniche, e una certa inesperienza costrinsero la delegazione cinese ad una partecipazione defilata⁶¹, e impedirono al paese di veder adeguatamente rappresentati i propri interessi⁶². Viceversa, nel loro capitolo "Navigating the Revised International Health Regulations", Katz and Muldon, annoverano la Cina tra gli attori principali attivi nel teatro negoziale⁶³. È ragionevole che entrambe le interpretazioni possano essere corrette perché, anche se espresse meno assertivamente, direttamente e vocalmente di quelle di altri paesi, le priorità di Pechino non restarono inascoltate e il trattato finì per essere un perfetto esercizio di «equilibrisimo diplomatico»⁶⁴.

La delegazione cinese riconosceva la necessità di approdare ad un trattato che affrontasse efficacemente la questione delle malattie infettive e perciò ammetteva che la soluzione di problemi globali avrebbe richiesto, inevitabilmente, l'adozione di strategie comuni di prevenzione e controllo. In quest'ottica, i negoziatori cinesi acconsentirono all'ampliamento del campo di applicazione del trattato e accettarono che all'OMS venisse concesso di raccogliere e usare informazioni provenienti da fonti non-statali, cosa che in effetti il Global Alert Outbreak Response Network (GOARN) dell'OMS, già faceva dalla metà degli anni '90. Per certi versi quindi, la Cina apriva una breccia nel proprio sistema di controllo assoluto sulle segnalazioni epidemiologiche e recepiva come obbligatorio un certo grado di collaborazione con l'OMS nel caso di un'emergenza sanitaria. Al termine della revisione del Regolamento, la Cina si dimostrò anche disponibile rispetto al principio dell'applicazione universale del trattato (inserito nell'Art. 3.3), convenendo che «anche le entità politiche che non [erano] membri dell'OMS non [avrebbero dovuto] essere escluse dalla rete globale di controllo delle malattie dell'Organizzazione»⁶⁵.

D'altra parte, tuttavia, la rappresentanza cinese metteva anche in luce quello che il paese non sarebbe stato disposto a sacrificare quando dichiarava che «la salute

⁶⁰ L.H. Chan, P.K. Lee, G. Chan, *China Engages Global Health Governance: Processes and Dilemmas*, in *Global Public Health*, cit.

⁶¹ Y. Huang, *China's position in negotiating the framework convention on tobacco control and the revised international health regulations*, in *Public Health*, Vol 128, 2014, 163; Per una posizione analoga si può consultare J. Youde, *China, International Society, and Global Health Governance*, in Id., *Global Health Governance in International Society*, Oxford University Press, 2018.

⁶² K. Lee K, A. Kamradt-Scott, S. Yoon, J. Xu, *Asian contributions to three instruments of global health governance*, in *Global Policy*, Vol. 3, 2012, 348–61.

⁶³ R. Katz, A. Muldon, *Negotiating the Revised International Health Regulations (IHR) in Negotiating and Navigating Global Health, Global Health Diplomacy*, Vol. 2, 2011, 77-79.

⁶⁴ L. Weir, *Inventing Global Health Security, 1994–2005*, in S. Rushton, J. Youde (Eds.), *Routledge Handbook of Global Health Security*, Routledge, 2014, 18–31.

⁶⁵ Y. Huang, *China's Position in Negotiating the Framework Convention on Tobacco Control and the Revised International Health Regulations*, cit., 134.

[era] un argomento molto importante, ma la sovranità e l'integrità territoriale [erano] più importanti per uno Stato sovrano»⁶⁶. L'inflessibilità applicata al tema della sovranità nazionale ricadeva anche sulla questione taiwanese, ridimensionando, o meglio, vincolando il principio dell'applicazione universale. La gestione del "caso Taiwan" fu tutt'altro che semplice e richiese la designazione di personale dedicato. Davide Byrne, politico irlandese di grande esperienza veniva incaricato dall'OMS per agire come "inviato speciale" esattamente allo scopo di dirimere la questione⁶⁷. Grazie alla sua operosa attività di mediazione, nel maggio 2005, fu possibile approdare alla firma di un Memorandum d'intesa con l'OMS, in cui la Cina accettava che gli esperti medici taiwanesi potessero godere di una «partecipazione significativa alle attività [dell'Organizzazione]»⁶⁸. Al contempo, tuttavia, Pechino chiariva anche che l'OMS avrebbe dovuto sempre ottenere il consenso della Cina prima di prendere contatti diretti con Taiwan e che qualsiasi presenza di esperti dell'OMS a Taiwan avrebbe dovuto essere giustificata da un punto di vista sia tecnico che politico⁶⁹.

Anche rispetto al desiderio degli Stati Uniti di rafforzare il profilo "securitario" del Regolamento e il ruolo dell'OMS nella gestione di epidemie deliberate oltre che di eventi con un origine naturale (in linea con le Risoluzioni dell'AMS/WHA 54.14 e 55.16 rispettivamente del 2001 e del 2002)⁷⁰, la Cina (mediante una coalizione guidata dall'Iran) si oppose fortemente all'introduzione nel testo del nuovo RSI di un linguaggio legato alla sicurezza, assicurandosi anzi di veder esplicitamente limitato l'impegno dell'Agenzia in attività squisitamente connesse alla salute pubblica⁷¹. Una posizione che emerge chiaramente anche dal *position paper* presentato alle Nazioni Unite dalla rappresentanza cinese, nello stesso anno: «Attualmente non esistono standard universalmente riconosciuti per definire se le malattie contagiose rappresentino una minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale. Dato che la funzione principale del Consiglio di Sicurezza è quella

⁶⁶ Y. Huang, *Harnessing the fourth horseman: Capacity building in disease control and prevention*, cit., 7.

⁶⁷ Intervista dell'autrice con l'allora responsabile tecnico per l'OMS, Guénaél Rodier, 2017.

⁶⁸ Xinhua News Agency, *IHR Applies to Entire Territory, Including Taiwan*, 15 maggio 2007, disponibile alla pagina english.china.org.cn/english/international/210839.htm.

⁶⁹ Y. Huang, *Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China*, cit., 136; Si noti, per completezza, che i delegati di Taiwan hanno partecipato alle conferenze dell'AMS/WHA come "osservatori senza diritto di voto" dal 2009 al 2016, beneficiando di un periodo di relativa quiete nei rapporti tra Pechino e Taipei.

⁷⁰ WHA 54.14, World Health Assembly, *Global Health Security: Epidemic Alert and Response*, 2001, disponibile alla pagina apps.who.int/medicinedocs/documents/s16356e/s16356e.pdf; WHA55.16, World Health Assembly, *Global Public Health Response to Natural Occurrence, Accidental Release or Deliberate Use of Biological and Chemical Agents or Radionuclear Material that Affect Health*, 2002, disponibile alla pagina apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5516.pdf.

⁷¹ L. Weir, *Inventing Global Health Security, 1994–2005*, cit.; Cfr K. Hjalmarsson, N. Isla, G. Kraatz-Wadsack, M. Barbeschi, *Global watch: The state of biological investigations. Bulletin of the Atomic Scientists*, Vol. 66, No. 4, 2010, 70; La questione è stata approfondita dall'autrice in molteplici conversazioni con uno degli autori dell'articolo sopra citato, già *Team Leader e Programme Office P5* presso il Dipartimento di Sicurezza sanitaria/Health Security dell'OMS, 2017.

di occuparsi di questioni che pongono gravi minacce alla pace e alla sicurezza internazionale, è sconsigliabile che esso replichi il lavoro di altre agenzie [ad esempio, l'OMS]»⁷².

All'indomani dell'entrata in vigore, del nuovo testo del Regolamento nel 2007, anche le istituzioni sanitarie cinesi entravano in un periodo "d'oro" per consentire l'attuazione del Regolamento sul piano nazionale⁷³. Per Jeremy Youde, non c'è segnale più lampante dell'impegno della Cina nei confronti della politica globale di sicurezza sanitaria se non la nomina a direttore generale dell'OMS di Margaret Chan⁷⁴. Pechino aveva non solo concesso il proprio patrocinio alla candidatura ma l'aveva attivamente promossa⁷⁵. Margaret Chan era nativa di Hong Kong, ma aveva speso più di metà della sua vita in Canada, e non aveva alcun ruolo nella struttura del potere politico interno cinese o nella missione diplomatica. Proprio per questo, era un'interessante candidata per Pechino in quanto godeva di una reputazione apolitica combinata con una lunga esperienza tecnocratica (maturata principalmente in paesi occidentali)⁷⁶. In altre parole, la sua presidenza da un lato rappresentava un modo per sostituire l'immagine negativa che la Cina aveva proiettato durante la SARS con una di competenza scientifica e preparazione, dall'altro diventava anche un indicatore del migliorato *status /standing* internazionale del Paese, che, finalmente, poteva "offrire" un direttore all'Organizzazione.

Sempre nel 2007, la Cina chiedeva alla Banca mondiale e all'OMS di mettere a punto una serie di proposte per il nuovo ciclo di riforme sanitarie che sarebbe stato avviato: una scelta di adesione e di complicità più che di contestazione nei confronti dell'ordine sanitario esistente⁷⁷. Contestualmente, la Cina riceveva anche 2,7 milioni di dollari di aiuti allo sviluppo per rafforzare la propria capacità di risposta ai vari focolai di influenza aviaria che affliggevano il paese, con una particolare attenzione rivolta all'implementazione della «preparazione alle pandemie in tutta la società» (*a-whole-of-society approach*). L'Aviaria aveva catturato l'attenzione mondiale nel 2006, quando, dopo aver fatto capolino in Asia, per la prima volta, già quattro anni prima, raggiungeva il suo picco di incidenza. La risposta iniziale della Cina alla pandemia è stata descritta come cauta o "più cauta" rispetto alle precedenti crisi sanitarie. Il Ministero della Salute apertamente richiamava all'ordine i funzionari locali intimando che ritardi nelle comunicazioni e volontari

⁷² D. Fidler, *From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations*, cit., 367.

⁷³ L. Husain, G. Bloom, *Understanding China's Growing Involvement in Global Health and Managing Processes of Change*, in *Globalization and Health*, Vol. 16, No. 39, 2020, 10.

⁷⁴ People's Daily 2006 citato in J. Youde, *China, International Society, and Global Health Governance*, cit., 16.

⁷⁵ Intervista dell'autrice con l'allora responsabile tecnico per l'OMS, Guénaël Rodier, cit.

⁷⁶ Y. Huang, *International Institutions and China's Health Policy*, cit.

⁷⁷ *Idem*, 54.

insabbiamenti avrebbero potuto causare una più larga diffusione della malattia⁷⁸. La persistenza di alcuni problemi, già sperimentati durante la SARS, fu attribuita dalla critica e dai commentatori esterni alla mancanza di capacità e risorse nel paese più che ad una volontaria omissione. Terminata la crisi, i funzionari sanitari delle Nazioni Unite convennero che la Cina era stata, nel complesso, onesta con la comunità internazionale riguardo all'Influenza aviaria. Nel giustificare le informazioni errate fornite da Pechino durante l'epidemia, Christianne Brushkehead, della *Taskforce* sull'influenza aviaria dell'OMS, dichiarò: «La Cina non l'ha fatto deliberatamente»⁷⁹.

La gestione della successiva epidemia da enterovirus EV71 disegnava un quadro ancora più convincente, seppur ambiguo, a suggerire che il miglioramento ottenuto nel 2007 fosse reale per quanto fragile e perfezionabile visto il perdurare di fenomeni di scarsa trasparenza. L'impegno del paese nella lotta all'afra epizootica fu comunque significativo e associato alla consegna del primo vaccino contro il virus, prodotto proprio dalla *Chinese Academy of Medical Science*, nella provincia dello Yunnan⁸⁰.

Per Goldizen, che ha analizzato la gestione cinese dell'influenza suina (ceppo H1N1, emerso in Nord America nel 2009) sarebbe stata proprio quest'ultima crisi sanitaria (e non la SARS) ad aver rappresentato il più radicale cambio di condotta nella politica epidemica di Pechino⁸¹. L'allora Segretario del PCC e Presidente della RPC Hu Jintao insieme al premier Wen riconobbero immediatamente il virus una "priorità nazionale" e attivarono prontamente il Piano nazionale di preparazione alle pandemie. Per l'occasione è stato sperimentato un rigido programma di contenimento che ha comportato la chiusura delle scuole, il monitoraggio dei parametri vitali dei passeggeri provenienti da paesi a rischio di infezione e vietato l'importazione di prodotti a base di carne suina da Messico, Stati Uniti e Canada⁸². Anche il rapido sviluppo e la pronta somministrazione del vaccino, sebbene con tutte le riserve del caso, rientra tra i successi di Pechino nella risposta alla Suina⁸³. Nondimeno, molti di questi provvedimenti vennero ampiamente criticati dalla comunità internazionale, perché draconiani e soprattutto perché furono adottati al

⁷⁸ L.H. Chan, P.K. Lee, G. Chan, *China Engages Global Health Governance: Processes and Dilemmas*, cit., 12.

⁷⁹ E. Rosenthal, *Bird Flu Experts Warn of Under-Reporting - Health & Science - International Herald Tribune*, in *The New York Times*, 31 maggio 2006, disponibile alla pagina nytimes.com/2006/05/31/health/31iht-flu.1860368.html; cfr. Chan et al., *China Engages Global Health Governance: Processes and Dilemmas*, cit. 13.

⁸⁰ WHO News Release, *China produces world's first vaccine against virus that causes Hand, Foot and Mouth Disease*, 8 dicembre 2015, disponibile alla pagina who.int/hongkongchina/news/detail/08-12-2015-china-produces-world-s-first-vaccine-against-virus-that-causes-hand-foot-and-mouth-disease.

⁸¹ F.C. Goldizen, *From SARS to Avian Influenza: The Role of International Factors in China's Approach to Infectious Disease Control*, cit.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ W. Liang, L. Feng, C. Xu, N. Xiang, Y. Zhang, Y. Shu, H. Wang, H. Luo, H. Yu, X. Liang, D. Li, C.K. Lee, Z. Feng, Y. Hou, Y. Wang, Z. Chen, W. Yang, *Response to the first wave of pandemic (H1N1) 2009: experiences and lessons learnt from China*, in *Public Health*, Vol. 126, No. 5, 2012, 432.

di fuori del quadro delle raccomandazioni fornite dall'OMS. Vero è che le decisioni cinesi sulla Suina non facevano altro che rispecchiare la natura del dialogo esistente tra scienza e politica nei modi e nei termini già formalizzati nel mondo occidentale: dopo aver "securitizzato" la salute, la sicurezza sanitaria era diventata la base comune per l'azione politica, con tutto ciò che questo avrebbe significato nel centralizzato e controllato sistema autoritario cinese⁸⁴. In realtà, una strategia affatto dissimile veniva adottata da Pechino anche poco dopo, per contenere una nuova ondata di influenza aviaria (H7N9), questa volta suscitando il plauso della comunità internazionale. Secondo Goldizen, la risposta di Pechino all'H7N9 fu «trasparente, assertiva, rapida ed efficace»⁸⁵. Il 19 marzo del 2013, il CCDC già sequenziava il virus dell'Aviaria e, prima della fine del mese, l'OMS veniva informata di tutti i dettagli sui casi cinesi e sulle misure rigide di contenimento che Pechino aveva approvato. Un approccio certamente più che rigoroso (e intransigente) che, questa volta, venne celebrato come un successo, rivelando tutte le incongruenze (e contraddizioni) che ancora minavano il Regime sanitario internazionale, anche dopo la sua revisione del 2005.

Nel 2014 Ebola ha rappresentato un capitolo cruciale nella storia della sicurezza sanitaria dal momento che, per la prima volta, una crisi epidemica veniva riconosciuta dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite come una «minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale» con la Risoluzione 2177/2014⁸⁶. Tra le

⁸⁴ Per una rassegna del dibattito sul rapporto tra epidemie/pandemie, sicurezza umana e sicurezza nazionale si rimanda a D. Fidler, *International Law and Infectious Diseases*, cit.; A.T. Price-Smith, *The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*, cit.; S.E. Davies, *What Contribution can International Relations Make to the Evolving Global Health Agenda?*, in *International Affairs*, Vol. 86, No. 5, 2010, 1167–90. Dalla seconda metà degli anni '80, negli anni '90 e in modo decisivo con la prima decade del nuovo millennio, una serie di specifiche circostanze eccezionali non solo riportava in auge il problema delle malattie infettive, ma poneva le basi per un nuovo paradigma interpretativo che le inquadrava come un problema di "sicurezza nazionale", oltre che (e soprattutto, più che) di "sicurezza umana" / *Human security* (per una breve sintesi si può consultare F. Cerutti, *Cartine di tornasole. Salute, sicurezza e limiti della cooperazione internazionale nell'ambito della risposta al Covid-19*, in *Biblioteca della libertà*, Vol. LV, No. 228, 2020). Tra i principali interpreti di tale paradigma (noto, in dottrina, con l'attributo "statalista") sono appunto David Fidler e Price Smith i quali hanno contribuito al dibattito fornendo analisi qualitative e quantitative a sostegno dell'idea per cui alcune malattie infettive avrebbero costituito una «verifiable threat to national security and state power» e pertanto avrebbero richiesto ai governi un impegno commisurato in termini di preparazione e risposta: una "chiamata alle armi" dalle importanti implicazioni sul piano nazionale e internazionale. La Risoluzione 1308 del Consiglio di Sicurezza *The responsibility of the Security Council in the maintenance of international peace and security: HIV/AIDS and international peacekeeping operations*, cit., rappresenta solo una, ma forse la prima veramente globale validazione internazionale del paradigma "statalista" circa l'impatto delle malattie infettive sulla sicurezza internazionale.

⁸⁵ F.C. Goldizen, *From SARS to Avian Influenza: The Role of International Factors in China's Approach to Infectious Disease Control*, cit.

⁸⁶ Security Council Resolution 2177, [on the outbreak of the Ebola virus in, and its impact on, West Africa], S/RES/2177, 2014, Preambolo. Circa le implicazioni della Risoluzione si suggerisce di consultare GL. Burci, *Ebola, the Security Council and the Securitization of Public Health*, in *Questions of International Law*, Vol. 10, 2014, 27–39.

altre cose, la Risoluzione invitava la comunità internazionale a prendere parte attiva alla risposta alla pandemia nell'ambito degli impegni sottoscritti con il Regolamento Sanitario Internazionale (2005), ma soprattutto poneva le basi per la costituzione della prima missione delle Nazioni Unite orientata alla gestione di un'emergenza sanitaria, la *United Nations Mission for Ebola Emergency Response* (UNMEER)⁸⁷. Contestualmente, si legge in un documento rilasciato nel gennaio 2015 da *Science China* e cofirmato da George Fu Gao (già al CDC), la Cina inviava nell'Africa occidentale un team di 59 specialisti tra medici, tecnici di laboratorio ed esperti di salute pubblica per assistere gli ospedali locali. Il personale si aggiungeva alle circa 170 unità già inviate nei mesi precedenti e avrebbe contribuito ai circa 1000 operatori dispiegati entro la fine della crisi. A ottobre, Pechino finanziava la costruzione di un centro di cura con 100 posti letto che sarebbe stato gestito interamente da un'equipe medica dell'Esercito Popolare di Liberazione (PLA) e autorizzava l'invio di attrezzature e materiali medici, per un totale di 750 milioni di RMB (123 milioni di dollari) entro il gennaio dell'anno successivo⁸⁸.

Seppur comparativamente ben più modesto rispetto alle risorse stanziare da Stati Uniti e Regno Unito (che avevano rispettivamente già contribuito con 750 e 300 milioni di dollari), la partecipazione della Cina alla lotta contro Ebola è stata considerata "storica" per dimensione, rapidità e completezza. Certamente è stata registrata la persistenza di importanti criticità associate a vari fattori: l'ancora limitata esperienza del PLA in materia di epidemie e nel coordinamento con altre forze internazionali, specialmente non governative, impiegate sul campo; la tradizionale preferenza cinese per una cooperazione bilaterale e intergovernativa; l'opportunismo e il profilo strumentale (vs. filantropico) degli interventi; e la generale carenza di equità, trasparenza e tutela dei diritti umani nell'implementazione delle norme del diritto sanitario internazionale.

Cionondimeno, Ebola ha inaugurato una nuova fase di ingaggio sanitario internazionale per la Cina che ha previsto anche l'approvazione, terminata l'emergenza, di un piano di miglioramento dei sistemi sanitari regionali come parte integrante della cooperazione Cina-Africa. Proprio in occasione del primo incontro post-Ebola tra Cina e paesi del Forum sulla Cooperazione Cina-Africa (FOAC) nel 2015, Pechino si impegnava a fornire assistenza e prestiti per 60 miliardi di dollari orientati a sostenere il trasferimento di tecnologia agricola, a cancellare il debito in sospeso con alcuni dei paesi africani più poveri, e a contribuire alla costruzione di un centro africano per il controllo delle malattie infettive⁸⁹.

⁸⁷ Per una critica alla gestione dell'epidemia da parte dell'OMS, considerata lenta, modesta, e totalmente inadeguata si veda A. Kamradt-Scott, *WHO's to Blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola Outbreak in West Africa*, cit.

⁸⁸ S. Cui, *China in the Fight Against the Ebola Crisis: Human Security Perspectives*, in *Human Security and Cross-Border Cooperation in East Asia*, Vol. 2, 2018, 155–80.

⁸⁹ *Ibidem*.

Dopo Ebola, il mutato status della Cina nell'orbita della sicurezza sanitaria globale aveva ottenuto un generale riconoscimento⁹⁰. L'OMS ufficializzava il cambiamento nel 2016: «La Cina non è più principalmente un beneficiario di aiuti allo sviluppo. La Cina si avvale ora delle sue competenze tecniche e delle sue finanze e funge da partner per lo sviluppo di altri Paesi in via di sviluppo. La Cina è uno Stato membro impegnato dell'OMS e delle Nazioni Unite, attivo nelle piattaforme multilaterali e fondatore di nuove istituzioni e iniziative regionali e globali»⁹¹. Sulla stessa linea, la Strategia di cooperazione Cina-OMS 2016-2020 continuava descrivendo Pechino come un attore indispensabile per l'implementazione del Regime della sicurezza sanitaria:

La Cina svolge un ruolo importante nella sicurezza sanitaria globale con la sua popolazione di 1,3 miliardi di persone, sempre più mobile. Il governo promuove attivamente l'attuazione del RSI (2005), ad esempio [avendo assicurato] la notifica tempestiva dei casi umani di Influenza aviaria (H7N9) nel 2013 e nel 2014, garantendo l'esistenza di un piano nazionale di preparazione all'Ebola e coordinando 22 agenzie governative per raggiungere 259 dei 285 punti di ingresso [al paese], [allo scopo di] soddisfare i requisiti standard del RSI. La Cina rivede e rafforza continuamente la preparazione in risposta alle minacce nuove ed emergenti poste dalle malattie trasmissibili. La Cina contribuisce alla salute e alla sicurezza globale anche attraverso i suoi 65 centri di collaborazione con l'OMS, di cui 59 nella Cina continentale. Il Paese contribuisce inoltre, in misura sempre maggiore, alla fornitura globale di farmaci e vaccini essenziali a prezzi accessibili⁹².

Nel 2019 la Cina si posizionava al cinquantunesimo posto nel ranking di sicurezza sanitaria globale (Global Health Security Index 2019)⁹³.

5. Il Covid-19

Secondo quanto emerso dai documenti più recenti rilasciati sull'origine del Covid-19, il virus avrebbe iniziato a circolare nella provincia cinese dell'Hubei nell'ultimo trimestre del 2019, con uno dei mercati di Wuhan come punto di

⁹⁰ C. Wang, *China's Aid to Africa's Fight Against Ebola*, in *South-south Cooperation and Chinese Foreign Aid*, Vol. 77, 2018, 77-93; Cfr. J.P. Cabestan, *China's response to the 2014–2016 Ebola crisis: Enhancing Africa's soft security under Sino-US competition*, in *China Information*, Vol. 35, No. 1, 2021, 3-24.

⁹¹ WHO Western Pacific Region, *China-WHO Country Cooperation Strategy 2016-2020*, WPRO2016/DPM/003, 2016, disponibile alla pagina who.int/publications/i/item/WPRO-2016-DPM-003.

⁹² *Idem*, 11

⁹³ Il Global Health Security Index 2019 e le sue versioni aggiornate sono disponibili alla pagina ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf. Per una critica circa la qualità di questo e altri indici analoghi si rimanda a E.J. Abbey, B.A.A. Khalifa, M.O. Oduwole, S.K. Ayeh, R.D. Nudotor, E.L. Salia, O. Lasisi, S. Bennett, H.E. Yusuf, A.L. Agwu, P.C. Karakousis, *The Global Health Security Index is not predictive of coronavirus pandemic responses among Organization for Economic Cooperation and Development countries*, in *PLoS One*, Vol. 15, No. 10, 2020.

principale diffusione iniziale⁹⁴. Secondo quanto pubblicato dalla stampa internazionale, la notizia della presenza di una sindrome respiratoria ad eziologia sconosciuta nella Cina orientale arrivava all'attenzione dell'OMS il 31 dicembre del 2019, tramite tre canali diversi: il *Taiwan Centers for Disease Control* (CDC) a Taiwan, l'Ufficio nazionale (*China Country Office*) dell'OMS, che a sua volta prendeva atto del bollettino pubblico della Commissione sanitaria municipale di Wuhan, e l'allerta pubblicata al sito web ProMED e poi raccolta dal sistema internazionale di sorveglianza epidemica⁹⁵. Pechino confermava l'epidemia il 3 di gennaio del 2020, nei termini previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (2005). Seppur afflitta dall'esigua trasparenza dimostrata a livello locale e provinciale e da una non sempre efficace comunicazione tra la periferia e il vertice, la risposta nazionale cinese alla pandemia, una volta avviata, si è caratterizzata per una rapida e ingente mobilitazione nazionale che portava, il 22 gennaio, alla chiusura totale della città di Wuhan.

Nel giro di pochi giorni, lo Stato cinese avrebbe predisposto un'articolata infrastruttura di ospedali e altri servizi di ricovero per ospitare le persone infette e i loro contatti. Il PCC implementava un sistema a griglia per garantire una rigida sorveglianza, anche tramite l'utilizzo di tecnologie avanzate e innovative⁹⁶. Per mantenere il controllo sull'evoluzione dell'epidemia, il governo ha poi formalizzato un approccio a tolleranza zero (*Zero covid policy*), in base al quale il rilevamento anche di un solo caso avrebbe avviato test di massa e un'aggressiva campagna di tracciamento dei contatti⁹⁷.

Se in relazione alle decisioni prese sul piano domestico, la risposta cinese alla pandemia ha ottenuto, specialmente nelle fasi iniziali, un certo consenso, viceversa, sul piano internazionale, la partecipazione del paese alla risposta globale al Covid-19 ha rivelato, fin da subito, gravi criticità, la cui analisi resta utile per comprendere la qualità (e ambivalenza) del contributo della Cina al Regime di sicurezza sanitaria più in generale.

La comunicazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è avviata abbastanza rapidamente e la comunità epistemica degli scienziati cinesi ha cooperato relativamente apertamente, a livello tecnico, con i colleghi residenti in altri paesi, seppur per un brevissimo periodo, almeno fino a quando l'apparato del

⁹⁴ Per un'inchiesta, si rimanda a C. Eban, J. Kao, *Covid-19 Origins: Investigating a "Complex and Grave Situation" Inside a Wuhan Lab*, in *Vanity Fair*, 28 ottobre 2022, disponibile alla pagina vanityfair.com/news/2022/10/covid-origins-investigation-wuhan-lab.

⁹⁵ *China didn't warn public of likely pandemic for 6 key days*, in *Associated Press News*, 15 aprile 2020, disponibile alla pagina <https://apnews.com/article/68a9e1b91de4ffc166acd6012d82c2f9>. Cfr. *China delayed releasing coronavirus info, frustrating WHO*, in *Associated Press News*, 2 giugno 2020, disponibile alla pagina apnews.com/article/3c061794970661042b18d5aeaed9fae.

⁹⁶ F. Lentzos, *How to protect the world from ultra-targeted biological weapons*, in *Bulletin of the Atomic Scientists*, 7 dicembre 2020, disponibile alla pagina thebulletin.org/premium/2020-12/how-to-protect-the-world-from-ultra-targeted-biological-weapons/.

⁹⁷ Y. Huang, *The Covid-19 Pandemic and China's Global Health Leadership*, Council on Foreign Relations, 2022, 6; Per un'utile cronologia sintetica degli eventi descritti, si rimanda all'intervento di George Fu Gao, Direttore del CCDC, cit. alla nota 54 del presente articolo.

partito-stato non ha assunto il controllo totale della gestione dell'epidemia frustrando e paralizzando le comunicazioni con l'OMS e tutti gli altri interlocutori internazionali⁹⁸. La Cina ha effettivamente acconsentito a ospitare due missioni internazionali, e quindi ad accogliere altrettante delegazioni di esperti sul proprio territorio nazionale, rispettivamente nel febbraio del 2020 e nel gennaio del 2021 oltre a ricevere tempestivamente il Direttore dell'OMS, Tedros Ghebreyesus, già a fine gennaio 2020 e, successivamente, ha ricevuto un'altra delegazione dell'OMS nel luglio dello stesso anno⁹⁹.

Tuttavia, tale disponibilità non è stata gratuita né, sempre, produttiva.

⁹⁸ Si veda la dichiarazione di John Mackenzie, esperto di malattie infettive e membro del comitato di emergenza dell'OMS durante l'epidemia, riprodotte in *China delayed releasing coronavirus info, frustrating WHO*, cit. La posizione di Mackenzie è coerente con le opinioni espresse nelle interviste condotte anche con altri funzionari dell'OMS, a vario titolo coinvolti nelle prime fasi della risposta al Covid-19. Parallelamente ai canali formali di comunicazione tra l'OMS e Pechino che traducevano l'opportunità della prima di ricevere e, quindi trasmettere, dati al largo pubblico, esisteva una comunicazione più immediata e intima tra “esperti” e “tecnici” cinesi, dell'OMS e di altre agenzie nazionali e internazionali. Si citano tre esempi/episodi rilevanti descritti nell'articolo pubblicato da Associated Press e sopra citato. Gli scambi del 31 dicembre tra il Direttore del CCDC Gerge Fu Gao e Jeremy Farrar, allora Direttore del Wellcome Trust, il grande ente di ricerca medica londinese (che nel 2023 diventerà Chief Scientist all'OMS). La pubblicazione della sequenza del virus da parte dello scienziato Zhang Yongzhen, l'11 gennaio del 2020. La gestione delle informazioni circa la trasmissione interumana del virus, un attributo fondamentale nel qualificare l'epidemia come Emergenza sanitaria di interesse internazionale, *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Il rappresentante dell'OMS in Cina, Gauden Galea, ha infatti reso noto come durante gli incontri avvenuti tra il 20 e il 22 gennaio del 2020, il personale sanitario cinese parlasse “apertamente e coerentemente” di *human-to-human transmission* già una settimana prima che il WHO dichiarasse il Covid-19 una PHEIC, cosa che accadeva appunto il 30 gennaio 2020. Il tema, inevitabilmente, intercetta quello, assai più delicato e ancora dibattuto, sull'origine del virus per il quale in questa sede non si può che rimandare ad alcune pubblicazioni: N.Vades, *How Covid-19's origins were obscured, by the East and the West*, in *The Bulletin of the atomic scientists*, 2021, disponibile alla pagina thebulletin.org/2021/08/how-covid-19s-origins-were-obscured-by-the-east-and-the-west/; K. Eban, *Secret Warnings About Wuhan Research Predated the Pandemic*, in *Vanity Fair Special Report*, 21 novembre 2023, disponibile alla pagina vanityfair.com/news/2023/11/covid-origins-warnings-nih-department-of-energy; C. Chaguan, *China calls its “heroic” handling of covid-19 proof of its wisdom*, in *The Economist*, 17 ottobre 2020, disponibile alla pagina economist.com/china/2020/10/17/china-calls-its-heroic-handling-of-covid-19-proof-of-its-wisdom; a completamento della citazione precedente si rimanda anche alla risposta del portavoce dell'ambasciata cinese all'articolo, ora disponibile alla pagina http://gb.china-embassy.gov.cn/eng/PressandMedia/202011/t20201107_3278245.htm.

⁹⁹Per una rassegna dettagliata di questi eventi e dello svolgimento delle missioni si rimanda alle notizie pubblicate al sito dell'OMS rispettivamente: WHO, *Press Conference of WHO-China Joint Mission on Covid-19*, The Presidential Beijing, 24 Febbraio 2020, disponibile alla pagina who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/joint-mission-press-conference-script-english-final.pdf; *WHO experts to travel to China*, 7 luglio 2020, disponibile alla pagina who.int/news/item/07-07-2020-who-experts-to-travel-to-china; *COVID-19 Virtual Press conference transcript*, 9 February 2021, disponibile alla pagina who.int/publications/m/item/covid-19-virtual-press-conference-transcript---9-february-2021.

Del resto, proprio l'esplicito trasporto iniziale dell'OMS per la risposta cinese, descritta come "ambiziosa, agile e aggressiva"¹⁰⁰, sembra esser stato motivato dalla necessità dell'Agenzia di ottenere informazioni aggiornate su quanto accadeva a Wuhan (dati epidemiologici in particolare) e dall'urgenza di garantire l'approvazione e poi la realizzazione delle sopramenzionate missioni esplorative nel paese¹⁰¹. Queste necessità (e non la presunta dipendenza dell'OMS dal, nei fatti minimo, contributo economico cinese all'Organizzazione) sarebbero le ragioni che avrebbero giustificato gli elogi del Direttore dell'OMS al presidente Xi Jinping nel corso del primo semestre del 2020¹⁰². Tale rapporto di dipendenza non era sconosciuto a nessuna delle parti. Com'era già stato osservato, anni prima, dal capo della delegazione cinese durante le negoziazioni del Regolamento Sanitario Internazionale (2005) «Il futuro del [trattato] non [poteva avere] universalità senza la partecipazione [collaborazione] della Cina»¹⁰³.

Nei fatti, le limitazioni imposte dal governo cinese ai commissari nel corso delle missioni, i ritardi nelle consegne dei visti, i lunghi periodi di quarantena in ingresso, l'accesso limitato ai siti più importanti per il tracciamento epidemiologico e la documentata interferenza nella stesura dei risultati delle missioni, hanno effettivamente minato la qualità scientifica dei risultati prodotti¹⁰⁴.

In una dichiarazione al gruppo di esperti indipendenti dell'OMS (WHO Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response), Zhong Nanshan, il volto pubblico della risposta cinese alla pandemia, ha ammesso di aver operato attivamente per convincere gli altri membri del gruppo a rivedere il documento finale allo scopo di renderlo meno critico nei confronti della risposta cinese durante le fasi iniziali dell'epidemia¹⁰⁵.

Una collaborazione, quindi, quella cinese nell'ambito del Regime sanitario, che se non esplicitamente funzionale, difficilmente può essere considerata come

¹⁰⁰ WHO, *Press Conference of WHO-China Joint Mission on Covid-19*, 7, cit. Cfr. WHO, *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*, 2020, disponibile alla pagina [who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf); e anche WHO, *Emergency Committee. Statement on the second meeting of the International Health Regulations, Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, 2005, disponibile alla pagina [who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

¹⁰¹ D.P Fidler, *To Fight a New Coronavirus: The Covid-19 Pandemic, Political Herd Immunity, and Global Health Jurisprudence*, in *Chinese Journal of International Law*, Vol. 19, No. 2, 2020, 207–213. Cfr. S.E. Davies, C. Wenham, *Why the Covid-19 Response Needs International Relations*, in *International Affairs*, Vol. 96, No. 5, 2020, 1230.

¹⁰² *China delayed releasing coronavirus info, frustrating WHO*, in *Associate Press*, cit.

¹⁰³ Y. Huang, *Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China*, cit., 134.

¹⁰⁴ *Inter alia*, si rimanda a E. Rauhala, *WHO chief, U.S. and other world leaders criticize China for limiting access of team researching coronavirus origins*, in *Washington Post*, 30 marzo 2021, disponibile alla pagina [washingtonpost.com/world/who-wuhan-tedros-lab/2021/03/30/896fe3f6-90d1-11eb-aadc-af78701a30ca_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/who-wuhan-tedros-lab/2021/03/30/896fe3f6-90d1-11eb-aadc-af78701a30ca_story.html).

¹⁰⁵ Y. Huang, *The COVID-19 Pandemic and China's Global Health Leadership*, cit., 17.

completamente disgiunta da obiettivi di più ampio spettro, tra cui la campagna di *re-branding* avviata dal Partito Comunista Cinese nell'ultimo decennio.

All'estero la Cina ha lavorato durante (già prima della pandemia) per dare un'immagine di prosperità, ingaggio e, in alcuni campi, persino superiorità del proprio modello rispetto alle alternative occidentali tradizionali¹⁰⁶. Allo scoppio della pandemia, stabilizzata l'emergenza nazionale, la Cina ha subito iniziato a esportare grandi quantità di dispositivi di protezione individuale, ventilatori, forniture mediche e poi vaccini, oltre a cercare di influenzare attivamente i media internazionali, consolidando legami diplomatici ed economici e strumentalizzando gli aiuti e l'assistenza legata alla crisi sanitaria¹⁰⁷.

Essendo inevitabilmente intrecciate alla concomitante competizione globale e ideologica tra Cina e Stati Uniti, le misure cinesi interne e internazionali sono state interpretate come un ulteriore tentativo di esercitare *soft power* e *leadership* globale. In questo senso, Pechino ha anche voluto assicurarsi che il "successo" del paese fosse documentato dall'OMS e ufficialmente riconosciuto/attestato dalle istituzioni internazionali. La materializzazione di questo sforzo è stato il discorso dal Presidente Xi Jinping all'AMS/WHA il 18 maggio 2020¹⁰⁸, insieme alla decisione di devolvere 30 milioni di dollari per la lotta al virus avviata dall'OMS, proprio quando l'amministrazione Trump congelava i finanziamenti statunitensi e minacciava il recesso degli Stati Uniti dall'Organizzazione.

Ancora più aggressivo è stato il tentativo della Cina di rimodellare la narrazione sull'origine della pandemia, uno sforzo condotto, di fatto e significativamente, all'interno e non all'esterno del sistema di *governance* esistente. Pechino non ha potuto impedire all'Assemblea mondiale della sanità di adottare la Risoluzione 73.1¹⁰⁹, che chiedeva di intensificare la ricerca sulla «fonte zoonotica del virus e la via di introduzione nella popolazione umana», ma ha controllato rigorosamente il suo processo di attuazione. La severa reazione di Pechino nei confronti dell'Australia, il primo paese a chiedere pubblicamente un'indagine sull'origine della pandemia, è esemplificativa e ha avuto un costo materiale per Canberra di più di 20 miliardi di dollari per anno fiscale¹¹⁰. Nell'estate del 2020 la Cina è stata

¹⁰⁶ *Idem*, 6. Cfr. L. Lim, J. Lidberg, J. Bergin, *The Covid-19 Story: Unmasking China's Global Strategy*, in International Federation of Journalists (Eds.), *Asia Pacific News*, 2021, 1-7. Per un'interessante analisi risalente, precedente alla pandemia da Covid-19, circa la natura (e i limiti) dell'esercizio del *soft power* cinese si rimanda all'intervento di Joseph Nye presso il Graduate Institute di Ginevra, 15 giugno 2017, fruibile alla pagina [youtube.com/watch?v=nNctr5T3t8k](https://www.youtube.com/watch?v=nNctr5T3t8k). Per una analisi aggiornata e completa si rimanda a B. Gill, *China's Global Influence: Post-COVID Prospects for Soft Power*, in *The Washington Quarterly*, Vol. 43, No. 2, 2020, 97-115.

¹⁰⁷ Y. Huang, *The COVID-19 Pandemic and China's Global Health Leadership*, cit., 11

¹⁰⁸ H.E. Xi Jinping, President of the People's Republic of China, *Fighting Covid-19 Through Solidarity and Cooperation: Building a Global Community of Health for All*, Virtual Event of Opening of the 73rd World Health Assembly, Beijing, 18 maggio 2020, disponibile alla pagina it.china-embassy.gov.cn/ita/xwdt/202005/t20200525_3193747.htm.

¹⁰⁹ WHO, *Risoluzione 73.1, Covid Response*, 19 maggio 2020.

¹¹⁰ P. Hartcher, *Australia paid a high price for unsatisfying report into global tragedy*, 6 aprile 2021, disponibile alla pagina [smh.com.au/national/australia-paid-a-high-price-for-unsatisfying-report-into-global-tragedy-20210405-p57gke.html](https://www.smh.com.au/national/australia-paid-a-high-price-for-unsatisfying-report-into-global-tragedy-20210405-p57gke.html).

coautrice dei Termini di riferimento / *Term of reference* (TOR) della relativa missione guidata dall'OMS che avrebbe avuto luogo solo l'anno successivo. Pechino avrebbe in effetti impedito alla delegazione tecnica della missione l'accesso a Wuhan fino al gennaio del 2021. Le conclusioni dello studio sull'origine del virus rilasciato dall'OMS nel febbraio di quell'anno sono state poi contestate da scienziati ed esperti indipendenti perché considerate parziali e incomplete, e persino il Direttore dell'OMS ha dovuto prenderne le distanze per salvaguardare la credibilità della sua Organizzazione¹¹¹. Ciononostante, la pubblicazione e circolazione del Rapporto della missione¹¹², ha comunque rappresentato una vittoria diplomatica per la Cina, una validazione del suo *modus operandi*, oltre che un modo per limitare le prospettive dell'OMS di accedere al paese in futuro per condurre ulteriori indagini sull'origine del virus¹¹³.

6. Il nuovo Trattato Pandemico: la delegazione cinese

Nel pieno della crisi legata al Covid-19, l'idea di ragionare su di un nuovo strumento giuridico per il controllo delle pandemie veniva formalizzata dal Presidente del Consiglio Europeo Charles Michel nel novembre del 2020¹¹⁴. Sulla proposta, la posizione cinese si dimostrava interlocutoria. Da un lato Pechino sperava che il progetto potesse concretizzarsi, dall'altro auspicava che fosse realizzato sotto gli auspici delle Nazioni Unite e dell'OMS, per garantire una partecipazione universale e, almeno in linea teorica, di carattere tecnico, «libera [cioè] da condizionamenti politici»¹¹⁵. L'idea di un Trattato o Convenzione sulle pandemie veniva cavalcata con entusiasmo dall'Organizzazione mondiale della sanità che vi si poneva alla guida e raccoglieva, in sei mesi, il sostegno e il supporto di una cospicua coalizione di paesi¹¹⁶.

Con l'obiettivo di trasformare l'iniziativa in realtà, nel dicembre del 2021 l'Assemblea mondiale della Sanità predisponiva un organo negoziale,

¹¹¹ *Inter alia*, si rimanda a E. Rauhala, *WHO chief, U.S. and other world leaders criticize China for limiting access of team researching coronavirus origins*, cit.

¹¹² WHO, *WHO Convened global study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*, World Health Organization, 30 marzo 2021, disponibile alla pagina [who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part](https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part).

¹¹³ Y. Huang, *The Covid-19 Pandemic and China's Global Health Leadership*, cit., 17. Il Rapporto dell'OMS (*WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part, Joint WHO-China Study 14 January-10 February 2021, Joint Report*), è disponibile alla pagina [who.int/docs/default-source/coronaviruse/final-joint-report_origins-studies-6-april-201.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/final-joint-report_origins-studies-6-april-201.pdf).

¹¹⁴ Charles Michel, President of the European Council, *Towards a world better prepared for shocks*, Paris Peace Forum, 2020, disponibile alla pagina [consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/11/12/intervention-du-president-charles-michel-au-forum-de-paris-sur-la-paix/](https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/11/12/intervention-du-president-charles-michel-au-forum-de-paris-sur-la-paix/).

¹¹⁵ Ministero degli Affari Esteri della Repubblica Popolare Cinese, *Conferenza stampa periodica del portavoce del ministero degli Esteri Zhao Lijian*, 30 novembre 2021, disponibile alla pagina [fmprc.gov.cn/eng/xwfw_665399/s2510_665401/2511_665403/202111/t20211130_10459153.htm](https://www.fmprc.gov.cn/eng/xwfw_665399/s2510_665401/2511_665403/202111/t20211130_10459153.htm).

¹¹⁶ WHO, *Global leaders unite in urgent call for international pandemic treaty*, 2021, disponibile alla pagina [who.int/news/item/30-03-2021-global-leaders-unite-in-urgent-call-for-international-pandemic-treaty](https://www.who.int/news/item/30-03-2021-global-leaders-unite-in-urgent-call-for-international-pandemic-treaty).

l'Intergovernmental Negotiating Body, perché iniziasse a lavorare sui primi *draft* del documento. Negli ultimi 2 anni, l'INB si è riunito nove volte proponendo la struttura di quello che sarebbe diventato lo strumento giuridico in questione, il *Conceptual Zero draft* (CZD), quindi la sua prima "bozza", lo *Zero draft*, rilasciata a febbraio del 2023, e infine una seconda bozza, il *Bureau's text*, pubblicata tre mesi dopo. Nel corso degli ultimi dodici mesi, gli incontri dell'INB si sono concentrati sulla revisione e negoziazione del testo, in vista di quella che avrebbe dovuto essere la consegna della sua versione definitiva alla Settantesima Assemblea Mondiale della Sanità, lo scorso maggio (2024)¹¹⁷.

Già durante il primo giorno del Secondo *round* di incontri dell'INB, la Cina ha chiarito la condizione principale del proprio sostegno al Trattato e cioè la salvaguardia della sovranità e dell'autorità degli stati in materia sanitaria e del loro diritto a gestire e regolamentare le misure di sanità pubblica nazionali (INB2, giorno 1). Una tutela, quella della sovranità che, per Pechino, deve essere preservata anche nel corso di eventi pandemici ed emergenze sanitarie, come precisato dalla delegazione cinese nel corso dello stesso incontro.

Risulta evidente, quindi, come la collaborazione e cooperazione al Regime che Pechino ha in mente debba convivere con la salvaguardia del principio di non-interferenza/non-ingerenza e abbia perciò, e inevitabilmente, una base volontaria (*state-led e state-consented*) più che una legata a meccanismi intrusivi e vincolanti di compliance (INB3, giorno 2). In quest'ottica, fin dai primi incontri, la Cina ha ribadito la necessità di chiarire la natura legale del nuovo trattato (INB2 giorno1) e armonizzarlo con gli strumenti esistenti, in particolare con il RSI 2005 (che tali meccanismi di *enforcement*, infatti, "non" prevede) oltre che con altre convezioni analoghe (INB3, giorno 3)¹¹⁸.

Una pretesa, quella sull'indipendenza dei paesi, che si riflette anche sul tema, delicato, delle indagini internazionali da avviarsi durante le crisi sanitarie. Sulla questione delle investigazioni la Cina torna nel corso dell'INB5, quando sostiene che la decisione dell'OMS di condurre eventuali indagini nelle aree colpite debba avvenire nel rispetto della sovranità nazionale, sulla base delle esigenze del paese interessato dall'epidemia e con il suo consenso.

In questo senso, il messaggio della delegazione cinese non solo si pone in continuità con il profilo tenuto dalla Cina nel corso della revisione del Regolamento sanitario nel 2005, ma soprattutto resta coeso con la tradizione legale e filosofico-culturale confuciana¹¹⁹.

¹¹⁷ Tutta la documentazione inerente è disponibile alla pagina dedicata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, inb.who.int/home/inb-process.

¹¹⁸ Y. Huang, S. Jiang, E. Kumah, *China and the WHO pandemic treaty: a dive into stance, underpinnings, and implications*, in *Frontiers of Public Health*, 2024.

¹¹⁹ Per approfondire, sul tema, si rimanda a J. Wang, H. Cheng, *China's approach to international law: from traditional Westphalianism to aggressive instrumentalism in the Xi Jinping era*, in *Chinese Journal of Comparative Law*, Vol. 10, 140-53, 2022. Cfr. C. Cai, *The rise of China and international law: Taking Chinese exceptionalism seriously*, Oxford University Press, 2019; S. Gao, A.J. Walayat, *The compatibility of confucianism and law*, in *Pace Law Review*, Vol. 41, 2021, 234.

Dall'esperienza della pandemia e, in particolare, dalla vivace diplomazia sanitaria sposata da Pechino durante l'emergenza, scaturisce anche il secondo elemento cruciale, e questa volta innovativo, della partecipazione cinese alla negoziazione per il Trattato pandemico e cioè il patrocinio degli interessi del Sud globale resi espliciti, per esempio, dagli interventi di Nigeria, Brasile, e India nel corso del terzo incontro dell'INB¹²⁰. Un sostegno, quello cinese, che si è articolato fondamentalmente lungo due direttive.

La prima ha riguardato le implicazioni reputazionali associate alla denuncia degli eventi epidemici. Seppur ribadendo l'importanza della condivisione di dati e campioni biologici durante le potenziali emergenze sanitarie internazionali, la delegazione cinese ha sostenuto la necessità di introdurre meccanismi di protezione reputazionale per i paesi che segnalano la presenza di nuovi agenti patogeni (INB2, giorno 1). L'attenzione rivolta al tema dello "stigma" e della politicizzazione è una chiara eredità della recente esperienza del Covid-19, durante la quale la Cina, e i suoi cittadini, sono stati notoriamente oggetto di discriminazione e razzismo¹²¹, ma bene risuona anche con il desiderio di Pechino di farsi portavoce delle necessità di paesi "non-Occidentali" che di questi pregiudizi hanno sofferto ripetutamente nel corso della storia¹²².

In secondo luogo, con un'assertività tutta nuova, la Cina ha sostenuto la necessità che il Trattato preveda "impegni differenziati", anticipando che dovranno essere i paesi più avanzati ad elaborare e sostenere meccanismi concreti per costruire o consolidare le capacità delle nazioni più fragili e migliorare le loro capacità di sorveglianza e risposta (INB2, giorno1).

Un'affermazione che, anche opportunisticamente, riflette le ambivalenti necessità della Cina, che in molte organizzazioni internazionali, come per esempio l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), continua a classificarsi come un paese "in via di sviluppo". Da un lato, grande potenza, dall'altro, afflitto da non trascurabili sacche di arretratezza nelle aree rurali e periferiche, il governo di Pechino sembra muoversi con cautela quando si tratta di impegnarsi in accordi espansivi che potrebbero imporre obblighi superiori alle reali capacità del paese¹²³.

¹²⁰ WHO, *Summaries of regional committee discussions on the working draft*, A/INB/3/INF./1, 25 novembre 2022, disponibile alla pagina apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_INF1-en.pdf.

¹²¹ A.H. Abbas, *Politicizing the pandemic: a schemata analysis of Covid-19*, in *International Journal of Semiotic Law*, Vol. 35, No. 3, 2022, 883-902. Cfr. C. Davies e C. Wenham, *Why the COVID-19 Response Needs International Relations*, cit.; M.G. Findling, R.J. Blendon, J. Benson, H. Koh, *Covid-19 has driven racism and violence against Asian Americans: perspectives from 12 national polls*, in *Health Affairs Forefront*, 12 aprile 2022, disponibile alla pagina healthaffairs.org/content/forefront/covid-19-has-driven-racism-and-violence-against-asian-americans-perspectives-12.

¹²² K.Y. Dionne, F.F. Turkmen, *The politics of pandemic othering: putting Covid-19 in global and historical context*, in *International Organization*, Vol. 74, 2020, 213-30. Si vedano ancora gli interventi del Ministero degli Affari Esteri della Repubblica Popolare Cinese, *Conferenza stampa periodica del portavoce del ministero degli Esteri Zhao Lijian*, 30 novembre 2021, cit., e del Senatore Tillis, T. *Senator Tillis' plan to hold China accountable for Covid-19*, 2020, disponibile alla pagina tillis.senate.gov/services/files/BD2BB031-829F-4172-9AD6-F383CF68462A.

¹²³ J. Kim, M. Wang, D. Park, C.C. Petalcorin, *Fiscal policy and economic growth: some evidence from China*, in *Review of World Economics*, Vol. 157, 2021, 555-82.; T. Schöfer, C. Weinhardt,

7. Conclusioni

Sostanzialmente inesistente fino alla fine degli anni '70, la partecipazione della Cina al Regime sanitario internazionale si è intensificata in termini quantitativi e qualitativi nel corso delle ultime cinque decadi. Un cambiamento giustificato inizialmente dalle esigenze di crescita del paese (acquisizione di finanziamenti, conoscenze e tecnologie) e, dopo il 1995, dalla volontà di apparire come uno stato più integrato e affidabile per la comunità internazionale. L'epidemia di SARS ha accelerato tale processo e inaugurato un periodo di ingaggio costruttivo per Pechino nei confronti del Regime sanitario internazionale e una fase di crescente adesione alle sue disposizioni in materia di preparazione e risposta alle malattie infettive emergenti e riemergenti. Tuttavia, nonostante il riconoscimento dell'importanza della cooperazione internazionale per la risoluzione di problemi globali, quali le pandemie appunto, e la parziale accettazione di alcuni elementi liberali che caratterizzano il Regime esistente, la Cina ha viceversa opposto ferma resistenza a eventuali derive limitanti la propria sovranità e indipendenza.

Coerentemente, la risposta della Cina ai focolai epidemici dopo il 2005 non ha messo in discussione i principi alla base della governance della sicurezza sanitaria, né tantomeno l'autorità dell'OMS come suo "orchestratore", ma ha certamente impedito sviluppi che sarebbero stati incompatibili con le priorità del PCC, specialmente (ma non solo) quando queste si scontravano con l'agenda americana. Di questo doppio *standard*, il Covid-19 è stato una cartina di tornasole. Sebbene le fasi iniziali della pandemia abbiano mostrato persistenti problemi di conformità (soprattutto per quanto riguarda la trasparenza, la protezione dei diritti umani, le misure relative ai viaggi e al commercio e l'assistenza internazionale mini-laterale e opportunistica fornita da Pechino), le relazioni tra la Cina, l'OMS e più in generale il sistema di *governance* della sicurezza sanitaria sono state formalmente e pubblicamente, salvaguardate. Nondimeno, la Cina ha avviato una competizione aperta con gli Stati Uniti su diversi aspetti della risposta al Covid-19 (inquadramento del problema, strategie di breve e lungo periodo, missioni e ispezioni nel paese), promuovendo attivamente un modello di sicurezza sanitaria "cinese" potenzialmente da emulare. La fornitura di presidi medici, la diplomazia delle "mascherine" e dei vaccini (soprattutto nei paesi a reddito medio-basso) e la cosiddetta *wolf-warrior diplomacy* sembrano testimoniare il crescente attivismo di Pechino. L'assertività cinese non è nuova¹²⁴, ma la sua proiezione globale nella *governance* sanitaria sembra esserlo. Dalla combinazione di diverse esigenze e priorità emerge l'immagine di un paese che non solo aspira a migliorare il proprio *status* nella gerarchia del quadro politico esistente in materia di sicurezza sanitaria

Developing-country status at the WTO: the divergent strategies of Brazil, India, China, in *International Affairs*, Vol. 98, 2022, 1937-57.

¹²⁴ G.V. Raman, B.Mukherjee, *Is COVID-Era Assertiveness in Chinese Foreign Policy Novel?*, in *China Report*, Vol. 57, No. 4, 2021, 417-432.

ma che, seppur senza portarlo all'erosione o al rovesciamento, spinge per allinearlo alla propria visione del mondo.

In termini di impatto sul destino del Trattato pandemico almeno due questioni sembrano rilevanti perché hanno, in effetti, il potenziale di minare il buon esito del progetto durante le negoziazioni dei prossimi dodici mesi.

Il primo riguarda il complicato, se mai possibile, equilibrio tra i principi di sovranità, non-ingerenza e volontarietà, che sono centrali nel modello cinese, e gli obblighi collettivi sui quali non sono invece disposti a cedere altri membri dell'OMS; un rompicapo quasi irrisolvibile con riferimento, per esempio, al discorso sulle ispezioni esterne (*peer-review*) e sull'introduzione di meccanismi di accertamento della non compliance (Art. 8 e 22 del *draft*). In quest'ottica, l'introduzione di strategie che incrementino la flessibilità delle disposizioni, eventualmente anche mediante l'introduzione di riserve, certamente utili per reclutare consenso, non possono che avere gravose ricadute sull'effettività del regime.

Il secondo aspetto riguarda la richiesta della Cina di introdurre, nel testo, obblighi comuni ma differenziati per i firmatari, che riflettano i livelli di sviluppo dei paesi e implementino in pratica principi di equità e giustizia: impegni sostanziali per il potenziamento delle capacità dei paesi poveri e il trasferimento di tecnologia, come previsto dall'Articolo 17 (*Bureau's text*). Senza tali specifiche, che non paiono sufficientemente elaborate all'attuale Art. 3 del testo fatto circolare nel mese di aprile, la distanza tra la Cina e l'Occidente non farà che aumentare proporzionalmente, e pericolosamente per alcuni, all'allineamento tra la Cina e tutti "gli altri", congelando e anzi intensificando la controproducente polarizzazione già in essere.

È proprio la significativa influenza della Cina oltre i suoi confini a rendere ancor più determinante l'impatto complessivo della sua approvazione, o del suo dissenso, nella traiettoria globale del Nuovo Trattato Pandemico.