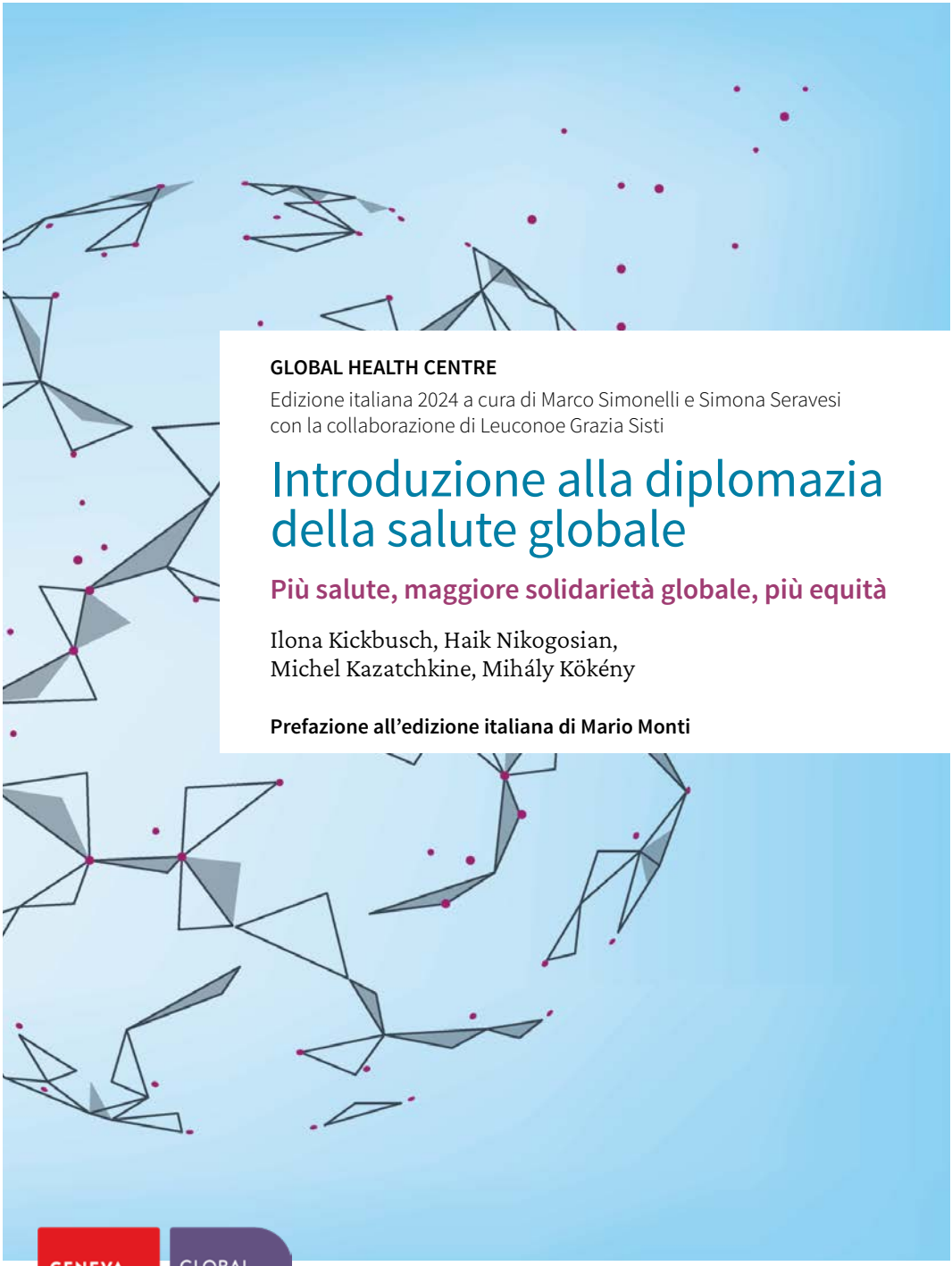


GLOBAL HEALTH CENTRE

Edizione italiana 2024 a cura di Marco Simonelli e Simona Seravesi
con la collaborazione di Leuconoe Grazia Sisti

Introduzione alla diplomazia della salute globale

Più salute, maggiore solidarietà globale, più equità

Ilona Kickbusch, Haik Nikogosian,
Michel Kazatchkine, Mihály Kökény

Prefazione all'edizione italiana di Mario Monti

GENEVA GRADUATE INSTITUTE
GLOBAL HEALTH CENTRE

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

GLOBAL HEALTH CENTRE

Edizione italiana 2024 a cura di Marco Simonelli e Simona Seravesi
con la collaborazione di Leuconoe Grazia Sisti

Introduzione alla diplomazia della salute globale

Più salute, maggiore solidarietà globale, più equità

Ilona Kickbusch, Haik Nikogosian,
Michel Kazatchkine, Mihály Kökény

Prefazione all'edizione italiana di Mario Monti

GENEVA GRADUATE INSTITUTE
GLOBAL HEALTH CENTRE

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

L'edizione originale in inglese è stata realizzata con il contributo di
Ece Karaman e pubblicata il 18 febbraio 2021

Versione italiana pubblicata nel mese di ottobre 2024
Zadig srl società benefit

Questa pubblicazione è la traduzione in italiano di *A Guide to Global Health Diplomacy: Better Health – Improved Global Solidarity – More Equity*, di Ilona Kickbusch, Haik Nikogosian, Michel Kazatchkine e Mihály Kökény, pubblicata il 18 febbraio 2021 dal Global Health Centre del Geneva Graduate Institute e disponibile in *open access* su https://repository.graduateinstitute.ch/record/298891.
La versione inglese è quella originale. Il Geneva Graduate Institute non si assume alcuna responsabilità per eventuali errori, omissioni o ambiguità nella traduzione italiana.

Revisione editoriale: Eva Benelli, Zadig srl società benefit
Grafica e impaginazione: Luisa Goglio

Global Health Centre
Graduate Institute of International and Development Studies
Chemin Eugène-Rigot 2 | Case Postale 1672
1211 Geneva 21| Switzerland

Tel +41 22 908 4558
Fax +41 22 908 4594

globalhealth@graduateinstitute.ch
graduateinstitute.ch/globalhealth

Premessa

L'edizione originale di questo libro, intitolata *"A guide to global health diplomacy"*, è stata pubblicata nel febbraio 2021. Nel mese di marzo 2022 ne è stata pubblicata una traduzione in francese "*Introduction à la diplomatie en santé mondiale*". Questa edizione italiana è a cura di Marco Simonelli, Simona Seravesi e Leuconoe Grazia Sisti che si sono occupati anche della traduzione.

È importante notare che nei due anni intercorsi tra la pubblicazione delle edizioni inglese e italiana, la pandemia COVID-19 ha subìto importanti cambiamenti – sostenuti dalla diffusione della vaccinazione anti-COVID-19 –, e il 5 maggio 2023 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato che, seppur ancora perdurante, il COVID-19* non rappresenta più emergenza pubblica di rilevanza internazionale. I curatori dell'edizione italiana hanno deliberatamente scelto di non modificare i passaggi dell'edizione inglese dedicati alla pandemia, ritenendo le affermazioni originali, contestualizzate nel periodo di redazione del manoscritto, concettualmente rilevanti.

Tuttavia, nel caso di eventi annunciati nell'edizione originale e nel frattempo occorsi, i curatori hanno ritenuto fornire al lettore i riferimenti ora disponibili, aggiungendo specifiche Note dei curatori.

---

* *Nota dei curatori:* Si fa presente che, in analogia all'orientamento linguistico maggioritario riscontrato sia nei media che nei provvedimenti ufficiali emanati dal Governo (per esempio decreti legge e disposizioni attuative), nell'intero documento l'acronimo COVID-19 è declinato al genere maschile.

Più salute, maggiore solidarietà globale, più equità

Mario Monti

Quando il Direttore dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Hans Kluge, mi chiese di presiedere una commissione di esperti per elaborare delle raccomandazioni sulla Salute Globale nel mezzo dell'emergenza COVID-19, mi sentii onorato, ma la mia prima reazione fu di sorpresa, perché la salute pubblica non è il mio campo di competenza. L'idea del Direttore Regionale dell'OMS era di coinvolgere un ex capo di governo per costituire e presiedere una commissione indipendente composta non solo da esperti di salute pubblica, ma anche da economisti e rappresentanti delle istituzioni finanziarie.

Due figure di spicco nella salute pubblica globale, Martin McKee e Elias Mossialos, mi esortarono a considerare la proposta di guidare questa iniziativa, poiché la mia esperienza avrebbe potuto offrire un approccio diverso e arricchire il lavoro della commissione. Entrambi mi rassicurarono dicendo che sarebbero stati disponibili a contribuire all'iniziativa, rispettivamente come Presidente del Comitato Scientifico Consultivo e come Coordinatore Scientifico.

Fu così che accettai con entusiasmo la proposta e nacque la Pan-European Commission on Health and Sustainable Development, composta da esperti di salute pubblica e da ex ministri provenienti da diversi settori. Quando convocai la Commissione nel settembre 2020, uno dei miei obiettivi era quello di posizionare il tema della salute pubblica sempre più in alto nell'agenda politica internazionale. Eravamo ancora nel pieno della pandemia, ed era essenziale fare il punto sulle lezioni apprese dall'emergenza sanitaria e sollecitare la comunità internazionale a sviluppare politiche e strategie che proteggessero tutti noi da future minacce alla salute.

Confesso di aver intrapreso un affascinante viaggio attraverso i meandri complessi della salute pubblica globale, resi ancor più intricati dalla pandemia. Questo ci ricordava costantemente che la salute pubblica non è solo una questione tecnica, ma ha acquisito una rilevanza politica di ampio respiro, strettamente legata alla *governance* e alla leadership dei capi di stato e dei politici. Scoprimmo con crescente chiarezza che, nella maggior parte dei casi, questi leader non erano adeguatamente preparati ad affrontare le complessità e le sfide emergenti.

Nei mesi successivi alla mia decisione, ebbi l'onore di interagire frequentemente con Elias Mossialos della London School of Economics and Political Science,con Martin McKee della London School of Hygiene and Tropical Medicine, con Natasha Azzopardi Muscat, Direttrice dei Sistemi Sanitari e delle Politiche presso l'ufficio della Regione Europa dell'OMS, con Josep Figueras, Direttore e co-Fondatore dell'Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari e delle Politiche, e molti altri membri illustri della Commissione.

Ben presto ci rendemmo conto che mancava un'architettura globale della salute su cui costruire relazioni, strategie e accordi per affrontare unitariamente eventuali future emergenze. La pandemia ci fece capire che la salute è una questione globale ma anche locale, che i nostri sistemi sanitari sono fragili e noi cittadini siamo vulnerabili, e che il nostro pianeta necessita di una maggiore condivisione di dati, ricerche e analisi, nonchè di una comprensione più profonda degli ecosistemi in cui viviamo, dove la salute riveste un ruolo cruciale

L'elaborazione del testo della Commissione e le consultazioni tra i vari esperti coincisero con la Presidenza Italiana del G20 nel 2021, con cui dialogai costantemente, poiché i temi della nostra Commissione erano in qualche modo collegati a quelli in discussione nel G20. Inviammo alla Presidenza del G20 tre raccomandazioni per migliorare la governance della salute:

a. attuare operativamente l'approccio "One Health" che integra la salute umana, animale e ambientale, per ridurre il rischio di nuove pandemie;
b. rendere il sistema finanziario globale più favorevole agli obiettivi ambientali e sanitari;
c. migliorare radicalmente la *governance* internazionale della salute.

La Commissione propose al G20 di creare un Consiglio Globale per la Salute (Global Health Board), ispirato al Financial Stability Board istituito dopo la crisi finanziaria globale, per sviluppare un sistema di risposta e prevenzione a future crisi simili.

Il rapporto finale della Commissione fu presentato agli Stati membri durante la 71ª sessione del Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa nel 2021 e contribuì senza dubbio a fornire raccomandazioni politiche attuabili supportate da solide evidenze scienti-

fiche, sottolineando il ruolo centrale della scienza e delle prove scientifiche nell'identificare le cause profonde dei problemi sociali e nel trovare soluzioni politiche sostenibili e adattabili.

Sebbene siano ormai passati alcuni anni, le raccomandazioni della Commissione rimangono rilevanti. Il mondo accelera e le sfide diventano sempre più complesse e la Commissione ha avuto un ruolo cruciale nell'evidenziare ai Paesi la complessità della salute globale. È proprio a partire da questa mia esperienza che ho accolto con favore la versione italiana di questo prezioso testo elaborato dal Global Health Center di Ginevra perché confido che contribuirà a far comprendere a molti di noi, non esperti di salute pubblica, il linguaggio della diplomazia nella salute globale e a prepararci per un futuro in cui le conoscenze saranno sempre più intrecciate.

La crisi del COVID-19 ha dimostrato quanto il campo della salute globale sia politico e ha evidenziato l'importanza di preparare adeguatamente coloro che ricoprono ruoli decisionali chiave a livello nazionale e internazionale, per garantire l'adozione di azioni collettive a tutela dei cittadini e del nostro pianeta. Questo testo scritto con minuzia di dettagli offre uno strumento significativo per la formazione della nostra classe dirigente, ma anche come mezzo divulgativo per meglio posizionare la salute pubblica in questo secolo.

La complessità delle sfide sanitarie globali e il loro contesto economico e politico richiedono una preparazione approfondita e ben organizzata dei dirigenti e dei diplomatici coinvolti nei processi locali, nazionali e globali. Solo attraverso un impegno condiviso e una leadership informata saremo in grado di affrontare efficacemente le crisi future e costruire un mondo più sano e sostenibile per tutti.

Auguro a tutti una buona lettura!

Mario Monti

L'importanza della diplomazia nella salute globale per comprendere le sfide e cogliere le opportunità

Marco Simonelli e Simona Seravesi

Nel lontano G8 del 2009 – che sembra ormai così distante a causa dei numerosi cambiamenti che ci separano da quell'epoca – il tema della salute globale era confinato in compartimenti stagni, racchiuso nei "silos" dei grandi temi della salute pubblica globale come ad esempio la sanità di base; la copertura sanitaria universale; il sostegno ai sistemi sanitari nazionali; l'HIV-AIDS; la malaria; la tubercolosi e le vaccinazioni. A questi temi si affiancavano le grandi iniziative globali basate su meccanismi di finanziamento precisi, per i quali si chiedeva ai paesi G8 di contribuire attraverso fondi sul canale multilaterale. Tra queste: il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, nato proprio in seno al G8 di Genova del 2001, la Gavi Alliance, in precedenza Alleanza Globale per i Vaccini e l'Immunizzazione, lanciata al Forum Economico Mondiale nel gennaio 2000 e la U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) lanciata dal presidente Bush nel 2003.

L'approccio si concentrava sulla necessità di coordinare tutti gli attori a sostegno delle strategie e dei piani nazionali dei paesi beneficiari. Si sottolineava l'importanza di misurare i risultati non solo monitorando le principali malattie infettive, come AIDS, tubercolosi e malaria, ma anche altre condizioni, come la mortalità materna, le malattie infantili e, in generale, quelle legate alla povertà, incluse le malattie mentali e le disabilità. Inoltre, veniva riaffermata la questione dell'accesso ai farmaci essenziali, per garantire che nessun paese fallisse nel raggiungimento dei propri obiettivi di salute a causa della loro mancanza.

Il dibattito a quell'epoca si concentrava principalmente sull'approccio da adottare nell'erogazione dei servizi sanitari. L'approccio verticale, utilizzato dalle grandi iniziative e che prevede la destinazione selettiva di interventi e finanziamenti su singole malattie, era stato messo in discussione e aspramente criticato per aver generato sistemi paralleli, poco integrati con il sistema sanitario locale. Si è quindi assistito a un cambiamento di paradigma verso un approccio orizzontale, in cui i servizi non devono essere erogati tramite un'amministrazione o un budget separati, ma attraverso strutture sanitarie che forniscono servizi di base. Successivamente, il dibattito si è spostato su concetti più teorici come l'approccio diagonale o trasversale, cioè una combinazione fra i due precedenti

con interventi indirizzati a una specifica malattia che prevedono contemporaneamente effetti positivi anche per altre funzioni del sistema sanitario.

Nonostante la varietà di approcci, il nostro lavoro tecnico in quel contesto era ben definito, con tempistiche e negoziati chiaramente stabiliti. Tuttavia, con il passare degli anni, le sfide legate alla salute pubblica mondiale sono diventate sempre più complesse e strettamente connesse a fattori esterni, come il contesto finanziario globale, gli sconvolgimenti sociali, i movimenti migratori e le emergenze ambientali.

Oggi, la questione non è tanto quale approccio adottare, ma piuttosto chi debba essere coinvolto nei processi decisionali. I finanziatori di molte iniziative verticali sono stati – e continuano ad essere – i paesi ricchi del Nord del mondo e le grandi fondazioni filantropiche, nella maggior parte dei casi provenienti dal Nord, che intervengono a favore dei paesi poveri del Sud del mondo con un approccio che merita una riflessione critica. Anche i cosiddetti partenariati – come ad esempio le collaborazioni tra pubblico e privato – richiedono una riflessione più approfondita, spesso trascurata finora. È fondamentale esaminare attentamente cosa intendiamo realmente per partenariati nel contesto della salute globale, per assicurare che siano effettivamente equi e funzionali agli obiettivi condivisi.

In questo contesto, il libro affronta in maniera approfondita la questione della "decolonizzazione della salute globale," decostruendo un modo di pensare che appartiene ormai solo a una parte del mondo. Il testo evidenzia come i governi e le comunità del Sud globale richiedano sempre più di essere coinvolti nei processi decisionali sin dalle prime fasi. Non sono più disposti ad accettare approcci in cui il loro contributo non sia stato preso in considerazione fin dall'inizio, né ad adottare programmi concepiti e sviluppati da altri per loro. Da qui nascono gli appelli per una "decolonizzazione" della salute globale e le nuove, inedite, coalizioni geopolitiche che oggi possono portare allo stallo negoziati che un tempo davamo per scontati, perché guidati da una maggioranza solida e relativamente omogenea del Nord globale e occidentalizzato.

Il panorama geopolitico mondiale è cambiato e oggi dobbiamo chiederci se l'approccio multilaterale tradizionale abbia ancora senso. Viviamo in un mondo in cui le tradizionali dicotomie tra Nord e Sud, paesi ricchi e sviluppati e paesi poveri in via di sviluppo, non sono più valide. Tra questi estremi esiste una miriade di sfumature che ha dato origine a coalizioni inedite e impensabili fino a poco tempo fa e un cambiamento di paradigma è ormai indispensabile. Per chi è emerso come un attore forte in queste nuove dinamiche, non è più accettabile collaborare passivamente in contesti che non lo considerano alla pari con gli altri leader. Viviamo oggi in un mondo multipolare.

Questa evoluzione ha rivelato la necessità di una preparazione più approfondita e di un'azione meglio organizzata, non solo per noi tecnici ma per l'intera comunità globale e, in particolare, per i decisori politici. È emersa l'importanza di avere strumenti e conoscenze adeguati, considerando che la salute pubblica si è affermata come un tema centrale nella politica globale e che la politica internazionale si sta muovendo verso il multipolarismo, richiedendo capacità di navigazione molto più sofisticate.

La pandemia di COVID-19 ha segnato un punto di svolta, rivelando non solo l'impreparazione collettiva di fronte a una tale emergenza, ma anche il fatto che la salute era diventata un tema centrale della politica nazionale e internazionale. Come tecnici, ci siamo trovati a rivedere e reinterpretare il nostro ruolo, soprattutto quando siamo stati chiamati a contribuire alla preparazione della Presidenza italiana del G20 nel 2021. In piena pandemia, ci siamo resi conto che "il vento era cambiato" e che avevamo di fronte un compito diverso. Inserendo a pieno titolo – e questo successe qualche anno prima della pandemia ma si consolidò con la stessa – la salute globale nell'agenda del G20 che aveva sempre avuto la vocazione di un forum finanziario, si è affermata l'importanza di affrontare congiuntamente gli aspetti economici, sociali e geopolitici delle questioni sanitarie globali.

Mai come durante la Presidenza italiana del G20, così come nei precedenti e negli ultimi G7, è emersa con forza per noi tecnici la necessità di un dialogo più intenso con i vari ministeri coinvolti nei forum internazionali, in particolare su questioni sanitarie. Un esempio significativo è il dialogo con il ministero delle Finanze, che, durante la Presidenza del G20 in Italia, ha giocato un ruolo chiave anche in ambito sanitario, evidenziando come oggi la salute sia riconosciuta sempre più come una scelta economica e politica fondamentale.

Il dialogo con il ministero delle Finanze è stato stimolante: provenivamo da ambiti completamente diversi che per troppo tempo non si erano mai confrontati, e a volte ci osservavamo con una certa diffidenza. Tuttavia, questo interfacciarsi con i dirigenti del ministero delle Finanze è stato importante e ci ha permesso di imparare molto da chi vedeva il mondo attraverso la lente dell'economia e della finanza. Quell'esperienza, almeno per noi, ci ha ulteriormente convinto della necessità di una costante interazione con i ministeri delle Finanze nelle questioni di salute globale, perché (sembra banale scriverlo ma non sempre lo è metterlo in pratica), la salute non dovrebbe mai essere vista come un costo, ma come il più grande investimento sulla qualità della vita delle persone.

Nell'assetto G20 si rivelò alquanto complesso anche il rapportarsi, nei vari nego-

ziati preparatori alle dichiarazioni ministeriali e alla dichiarazione finale, con i vari paesi che portavano nel bel mezzo della pandemia una serie di posizioni a volte contrapposte sulle risposte globali ai potenziali rischi sanitari. Attori come Russia, India, Cina e Brasile portavano modi e interpretazioni differenti dei grandi temi della salute pubblica non necessariamente legati alla sfera medico-scientifica, quanto piuttosto a quella della geopolitica.

Il contesto si è ulteriormente complicato in quanto alle posizioni dei diversi paesi si sono aggiunte quelle di molteplici nuovi attori sempre più influenti nel settore della diplomazia della salute globale. Siamo oggi davanti a una diplomazia *multi-stakeholder*, con una Organizzazione Mondiale della Sanità che in teoria dovrebbe continuare a essere l'entità principale nella negoziazione di norme e standard sanitari globali, ma sempre più spesso è immersa in un nuovo panorama negoziale, che coinvolge non solo i governi ma molti altri attori. La diplomazia quindi nell'ambito della salute globale necessita una buona preparazione dei nostri ministeri, dei dirigenti e di tutta la classe dei decisori politici.

È per questo motivo che abbiamo deciso di portare avanti questo piccolo ma prezioso progetto di edizione italiana del libro "A Guide to Global Health Diplomacy" che al contempo è stato anche tradotto in francese, ungherese, giapponese, mandarino e persiano[1] quasi a enfatizzare la necessità di un approccio multipolare. E in fondo ci auguriamo che possa diventare un contributo importante alla formazione e preparazione dei nostri dirigenti, dei nostri politici ma anche di noi tutti cittadini. Crediamo che questo testo offra spunti estremamente interessanti su come rivedere e collocare la salute pubblica nel mondo di oggi e su come orientarci e navigare in questo nuovo e complesso scenario.

Tuttavia, il vero valore aggiunto di questo lavoro (forse influenzato dalla nostra formazione antropologica) è la capacità di far comprendere al lettore che oggi esistono luoghi di confronto e centri di potere che mettono seriamente in discussione i metodi e gli approcci con cui abbiamo operato fino ad ora.

Riteniamo che senza la capacità di interpretare il nuovo contesto geopolitico in cui si muove la salute globale si rischi di incorrere in continui fallimenti, compromettendo l'efficacia della diplomazia multilaterale. È essenziale comprendere le posizioni degli

[1] https://www.graduateinstitute.ch/library/publications-institute/guide-global-health-diplomacy-better-health-improved-global

"altri" poiché non ci siamo più solo "noi" al tavolo delle decisioni. Come esplora Amin Maalouf nel suo ultimo libro: *Il labirinto degli smarriti: l'Occidente e i suoi avversari*, è fondamentale comprendere la complessità del mondo in cui viviamo per evitare di smarrirsi.

La crisi del COVID-19 ha dimostrato quanto sia cruciale la diplomazia della salute globale nel garantire l'adozione di azioni collettive efficaci. Per affrontare efficacemente le sfide globali e migliorare gli indicatori sanitari, specialmente in regioni come l'Africa cui l'Italia è indissolubilmente legata anche solo per ragioni puramente geografiche, è necessario ristrutturare e sistematizzare la diplomazia della salute globale, rafforzando il potere negoziale delle diverse regioni e promuovendo risultati concreti in termini di salute pubblica.

Il mondo ha ora bisogno di una strategia audace e innovativa per la salute globale e lo sviluppo sostenibile, una visione che integri il pensiero sistemico per comprendere, testare continuamente e rivedere la nostra comprensione della natura delle cose, inclusi i modi di intervenire per migliorare la salute delle persone. Questo ci consentirebbe di essere meglio preparati ad affrontare le potenziali minacce alla nostra salute e a quella del pianeta in cui viviamo. Tale strategia deve riconoscere l'importanza di una maggiore interazione tra saperi e conoscenze, per una comprensione più approfondita degli eventi, e richiede alla base un ripensamento dei concetti di leadership e governance. Coloro che sono chiamati a decidere dovranno dimostrare la capacità di attuare e mettere in pratica una nuova leadership per affrontare le sfide globali, poiché la salute è ormai riconosciuta come una scelta politica cruciale. Le decisioni prese oggi non solo plasmeranno il nostro presente, ma saranno determinanti per il futuro che ci attende.

Simona Seravesi, esperta in salute pubblica, ha lavorato per la Presidenza del Consiglio come consigliere per l'Ufficio Sherpa durante la Presidenza Italiana del G8 del 2009, del G7 del 2017 e del G20 del 2021. Attualmente è impiegata presso l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa.

Marco Simonelli, antropologo di formazione, con molti anni di lavoro sul campo in diversi Paesi dell'Africa subsahariana, è ricercatore presso il Centro di Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Durante la Presidenza italiana del G20 del 2021 è stato Health Advisor per il ministero dell'Economia e delle Finanze.

Ringraziamenti

Con il contributo di*:

Michele Acuto, Università di Melbourne, Australia

Paul Bekkers, Ministero degli Affari Esteri, Paesi Bassi

Gian Luca Burci, Centro per la Salute Globale, IHEID

Emanuele Capobianco, già Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa

Marcelo A.C. Costa, Nazioni Unite

Roopa Dhatt, Women in Global Health

Erica Di Ruggiero, Università di Toronto, Dalla Lana School of Public Health

Marja Esveld, Ministero degli Affari Esteri, Paesi Bassi

Satoshi Ezoe, Ministero degli Affari Esteri, Giappone

Lemlem Girmatsion, Centro per la Salute Globale, IHEID

Githnji Gitahi, Amref Health Africa

Renzo Guinto, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Usa

Madeleine Hayward, Missione permanente dell'Australia presso le Nazioni Unite, Ginevra, Svizzera

Roger Kampf, Organizzazione Mondiale del Commercio

John Kirton, Università di Toronto, Munk School of Global Affairs and Public Policy, Canada

Karstin Kolbe, Gavi, the Vaccine Alliance

Eero Lahtinen, Ministero degli Affari Esteri della Finlandia

Lindiwe Makubalo, Missione permanente del Sudafrica presso le Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali, Ginevra, Svizzera

Colin McIff, Ufficio per gli Affari Globali del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti

Lolem B. Ngong, Amref Health Africa

Miguel Perez La Plante, Missione permanente della Svizzera presso le Nazioni Unite, Ginevra, Svizzera

Nathita Premabhuti, Ministero degli Affari Esteri della Thailandia

Catherine Saez, Health Policy Watch

Flavia Schlegel, Science Governance Partnership, Parigi, Francia

Gaudenz Silberschmidt, Organizzazione Mondiale della Sanità

Luis Sundkvist, Editore

Orsolya Süi, NHS Scotland, Regno Unito

Zsofia Szilagyi, Organizzazione Mondiale della Sanità

Tamar Tchelidze, Missione permanente della Georgia presso le Nazioni Unite

Menno Van Hilten, Organizzazione Mondiale della Sanità

* I collaboratori non sono responsabili della versione finale di questa pubblicazione né delle idee in essa presentate.

Introduzione all'edizione inglese

Questa pubblicazione si basa sulla vasta esperienza dei suoi quattro autori sia nella pratica che nell'insegnamento della diplomazia della salute globale. Negli ultimi dieci anni abbiamo tenuto corsi presso il *Graduate Institute of International and Development Studies* (di seguito "*Graduate Institute*") di Ginevra, in Svizzera, e presso istituzioni analoghe in molti altri Paesi. In questo periodo, il mondo ha vissuto molti cambiamenti e sconvolgimenti, che si sono riflessi nei valori, negli approcci e nei meccanismi della diplomazia della salute globale. Al momento in cui scriviamo, la pandemia COVID-19 sta avendo un impatto significativo sul sistema multilaterale e sta ampliando la platea degli attori e delle sedi della diplomazia della salute globale.

Nel 2013, il *Global Health Centre* del *Graduate Institute* ha pubblicato la prima introduzione sistematica al tema della diplomazia della salute globale, delineandone i concetti chiave, le problematiche, gli attori, gli strumenti, i luoghi di discussione, anche attraverso casi studio[1]. La presente pubblicazione porta ulteriormente avanti quel lavoro, concentrandosi sugli aspetti pratici della diplomazia della salute globale, anche alla luce delle nuove esperienze e degli sviluppi in questo campo.

Una particolare attenzione di questo volume è rivolta all'Organizzazione Mondiale della Sanità e ai negoziati nell'"ecosistema" della salute globale di Ginevra. Dato il gran numero di attori, processi e istituzioni che interagiscono costantemente, questo libro sottolinea come i diplomatici della salute debbano considerare attentamente l'ampio ecosistema all'interno del quale negoziano – anche a livello nazionale, includendo i vari ministeri e tutte le parti interessate. Per rafforzare questo messaggio, abbiamo inserito una serie di riquadri di approfondimento che descrivono alcune organizzazioni e i loro specifici processi di negoziazione. Ci auguriamo che a questa pubblicazione se ne aggiungano presto altre che possano offrire prospettive complementari.

La diplomazia sta affrontando sfide immense in un momento in cui è più necessaria che mai. Molti analisti di politica internazionale concordano sul fatto che il multilaterali-

[1] Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors. Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer; 2013.

smo è entrato in un periodo di crisi. Nuove realtà politiche ed economiche, in particolare gli spostamenti di potere geopolitico, stanno portando a mettere in discussione non solo le istituzioni esistenti, ma anche i princìpi fondamentali su cui tali istituzioni sono state originariamente costruite. Il sistema stesso della diplomazia è minacciato da questo "nuovo disordine", mentre i suoi metodi sono messi in discussione dalla trasformazione digitale in corso. In particolare, durante la pandemia COVID-19, non è stato possibile condurre i negoziati di persona, rendendo difficili i contatti informali che in passato avevano costituito un elemento essenziale per il raggiungimento dei compromessi.

Siamo convinti che la diplomazia della salute globale non sia mai stata così importante come in questo momento. Questa convinzione è emersa chiaramente già durante la negoziazione del ruolo della salute nei *Sustainable Development Goals* (SDGs), gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile adottati nel 2015. Nel corso della seconda grande pandemia dopo quella influenzale del 1918-1919, in un clima di crescente sospetto, di rivalità e di lotte intestine tra nazioni, è emersa con forza la necessità di collaborare a livello multilaterale per garantire la salute in e per tutti i Paesi. D'altra parte, le sfide al multilateralismo sopra accennate stanno rendendo più difficile la cooperazione globale.

Nessun Paese è al sicuro se non lo sono tutti. La solidarietà globale – lo spirito con cui è stata redatta e adottata la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dopo le devastazioni della Seconda Guerra Mondiale – deve essere ripetutamente rafforzata attraverso processi di costruzione di relazioni e di negoziazione che costituiscono il cuore della diplomazia della salute globale. Le sfide sanitarie trascendono non solo i confini, ma anche le contrapposizioni Nord-Sud, Est-Ovest e pubblico-privato, mettendo in luce i limiti degli approcci settoriali. Per affrontare queste sfide di portata decisamente globale è necessaria una strategia più olistica, inclusiva, completa e coordinata.

In questo scenario la diplomazia della salute globale è una componente importante di un sistema multilaterale che cerca di contribuire a un ordine mondiale efficiente. Richiede di riconoscere che sia la scienza che la politica sono essenziali per informare i negoziati. L'obiettivo della diplomazia della salute globale è infatti quello di raggiungere accordi che siano scientificamente credibili e politicamente realizzabili.

La salute globale poggia sui tre pilastri esplorati in questo volume: *governance*, strumenti e diplomazia. La crescente interconnessione tra questi tre pilastri è una forza motrice essenziale per la salute globale nel XXI secolo.

La presente pubblicazione vuole essere un punto di partenza per i lettori che desi-

derano comprendere meglio i fondamenti della diplomazia della salute globale e i vari approcci adottati. Ci auguriamo che sia utile per coloro che si approcciano per la prima volta a questo settore, spingendoli a intraprendere ulteriori studi e, soprattutto, ad acquisire ulteriore esperienza pratica. Per coloro invece che sono già impegnati nella diplomazia della salute globale, auspichiamo che possano trovare in questo libro un'utile guida per il proprio lavoro. Ci auguriamo infine che questo testo possa venir utilizzato come strumento di supporto nell'insegnamento della diplomazia della salute globale presso istituzioni nazionali e internazionali.

Nota per i lettori

La presente pubblicazione si concentra sui concetti di base e sugli aspetti pratici della diplomazia della salute globale. Come già anticipato, auspichiamo che essi aiuti coloro che si avvicinano per la prima volta all'argomento a comprendere meglio il contesto, il sistema e i meccanismi della diplomazia della salute globale e a familiarizzare con i relativi approcci operativi.

Il testo è strutturato in tre parti che trattano: (a) le nozioni di base della diplomazia della salute globale; (b) le peculiarità della negoziazione della salute in ambito multilaterale; e (c) gli elementi che determinano il successo della diplomazia della salute globale. Anche se la struttura del testo segue questa logica, i capitoli non devono necessariamente essere letti in successione. Poiché alcuni aspetti (per esempio strumenti, ruolo delle organizzazioni principali, ecc.) sono rilevanti per la comprensione delle diverse parti del libro, abbiamo deliberatamente lasciato nel testo alcune sovrapposizioni e aggiunto riferimenti trasversali, ove possibile. Abbiamo anche inserito dei riquadri di approfondimento su argomenti precisi, richiesti a specifici autori esterni. Per coloro che desiderano approfondire, in allegato sono riportate pubblicazioni e altre fonti utili (le citazioni riportate nel testo principale fanno riferimento a questo allegato).

Ci auguriamo inoltre che questa pubblicazione e il modo in cui è strutturata la rendano una risorsa utile per coloro che sono impegnati nell'insegnamento della diplomazia della salute globale. Abbiamo attinto alla nostra esperienza di oltre un decennio nell'insegnamento di questa materia in contesti e ambienti diversi e abbiamo incluso molti interessanti contributi forniti dai revisori del testo. A tal riguardo, utilizzando il volume, dovrebbe essere possibile coprire tutti gli aspetti della tematica in un corso della durata di una settimana, pur lasciando agli studenti il tempo necessario per approfondire casi studio specifici. In occasione di un corso specifico, una giornata potrebbe essere dedicata alla simulazione di una negoziazione in materia di salute globale.

Prefazione all'edizione inglese

Il 2020 segna due importanti anniversari: i 100 anni del multilateralismo a Ginevra e i 75 anni delle Nazioni Unite. Nel 1948, Ginevra è diventata la sede dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il fulcro della diplomazia sanitaria mondiale.

Da allora, le questioni di salute globale sono diventate sempre più centrali sulla scena internazionale e vengono discusse in molte altre sedi diplomatiche, in particolare a New York presso le Nazioni Unite. La salute è al centro dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile. La crescente importanza dei determinanti sociali, ambientali, commerciali e politici della salute ha reso i negoziati internazionali sulla salute sempre più politici, diversificati e multisettoriali.

La pandemia COVID-19 ha dimostrato che non c'è alternativa alla necessità di una solidarietà globale. L'OMS svolge un ruolo centrale nel riunire attori di diversa provenienza e aiutare i Paesi a rispondere in modo coordinato per affrontare la sfida della pandemia e il suo impatto globale. I negoziati per superare i miopi interessi nazionali e impegnarsi fortemente nella tutela dei beni comuni stanno diventando di primaria importanza.

La diplomazia della salute globale è praticata da quanti lavorano nelle organizzazioni sanitarie internazionali, dai diplomatici e dai funzionari degli Stati membri nelle missioni o nelle capitali e dai rappresentanti della società civile. È una componente essenziale dell'"ecosistema" della salute di Ginevra, che sostiene l'OMS nel suo mandato costituzionale di "agire come autorità di direzione e coordinamento dell'azione sanitaria internazionale". Gli odierni negoziati sulla salute globale, all'interno dell'OMS e non solo, richiedono esperienza e pratica politica e diplomatica che, per avere successo, devono essere combinate con le conoscenze e le evidenze in materia di salute pubblica.

Questa "Introduzione alla diplomazia della salute globale" è un prezioso strumento pragmatico per i diplomatici della salute per supportarli nelle deliberazioni future. Sono grato agli autori, al *Centre for Global Health* del *Graduate Institute for International and Development Studies* per il loro lavoro pionieristico e alla Confederazione Svizzera per il suo generoso sostegno.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

Dicembre 2020

Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Indice

A. NOZIONI DI BASE

Capitolo 1 La diplomazia della salute globale in un sistema multilaterale in evoluzione

1.1 La diplomazia in un mondo in trasformazione 3
1.2 La progressiva politicizzazione della salute globale 6
1.3 Verso una diplomazia *multi-stakeholder* 9
1.4 Ambiti di governance della diplomazia della salute globale 11
1.5 Il nuovo ruolo dei diplomatici 20

Capitolo 2 Diplomazia della salute globale: sistemi e metodi

2.1 Definire la diplomazia della salute globale 25
2.2 I fondamenti della moderna concezione di diplomazia della salute globale 29
2.3 Il sistema della diplomazia della salute globale 33
2.4 Relazioni nel sistema della diplomazia della salute globale 36
2.5 La diplomazia digitale 41

Capitolo 3 Le dimensioni della diplomazia della salute globale

3.1 Negoziare per promuovere la salute e il benessere a fronte di altri interessi 46
3.2 Creazione di nuovi meccanismi di governance a sostegno della salute e del benessere 47
3.3 La creazione di alleanze a sostegno dei risultati in materia di salute e benessere 48
3.4 Costruire e gestire le relazioni con i donatori e le parti interessate (*stakeholder*) 53
3.5 Rispondere alle crisi di salute pubblica 56
3.6 Migliorare le relazioni tra i Paesi attraverso la salute e il benessere 59
3.7 Contribuire alla pace e alla sicurezza 62

B. NEGOZIARE LA SALUTE IN UNO SCENARIO MULTILATERALE

Capitolo 4 Mandati e legittimità nella diplomazia della salute globale

4.1 Il multilateralismo e la legittimità delle organizzazioni internazionali 67
4.2 L'importanza della legittimità 72
4.3 Legittimità e sovranità degli Stati 73

Capitolo 5 Principali strumenti per la salute globale

5.1 Introduzione agli strumenti di salute globale 77
5.2 Strumenti adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità 77
5.3 Lo status giuridico degli strumenti dell'OMS 79
5.4 Entrata in vigore degli strumenti dell'OMS 79
5.5 Proposte di nuove convenzioni dell'OMS 80
5.6 Strumenti adottati al di fuori dell'OMS 81
5.7 Le fasi successive all'adozione degli strumenti 83

Capitolo 6 Principali luoghi e attori a livello mondiale

6.1 L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'evoluzione del settore della salute globale 89
6.2 Altre organizzazioni ed enti sanitari internazionali 91
6.3 La diplomazia della salute alle Nazioni Unite 96
6.4 Il ruolo centrale degli Stati nella diplomazia della salute globale 101
6.5 Il ruolo degli attori non statali nella diplomazia della salute globale 103
6.6 Mantenere l'equilibrio 106

Capitolo 7 Il ruolo delle organizzazioni regionali

7.1 L'interazione tra organismi regionali, diplomazia e salute globale 109
7.2 Una panoramica sull'integrazione regionale 110
7.3 Integrazione regionale e salute 112
7.4 Integrazione regionale e diplomazia della salute globale 114

Capitolo 8 Coerenza delle politiche per la salute globale

8.1 Creare sinergie 121
8.2 Utilizzare più efficacemente i meccanismi esistenti per la coerenza delle politiche 122
8.3 Le basi nazionali per la coerenza delle politiche globali 123
8.4 L'importanza di una strategia nazionale per la salute globale 125

C. GLI ELEMENTI DI UN'EFFICACE DIPLOMAZIA DELLA SALUTE GLOBALE

Capitolo 9 I successi nella diplomazia della salute globale

9.1 Definire il successo nella diplomazia della salute globale 133
9.2 Come valutare i successi 135

Capitolo 10 Analisi degli interessi nazionali e geopolitici

10.1 Comprendere la complessità delle questioni di salute globale 139
10.2 Creare relazioni a Ginevra e in altri centri di negoziazione 140
10.3 Raccogliere le informazioni disponibili 140
10.4 Comprendere le diverse posizioni 141
10.5 Esaminare i blocchi e le alleanze di negoziazione 142

Capitolo 11 Coordinamento con i settori non sanitari

11.1 L'interazione tra salute e altri settori a livello nazionale 145
11.2 Collegamenti emergenti con altri settori 150
11.3 Il ruolo del settore sanitario nella cooperazione intersettoriale 151

Capitolo 12 La conduzione dei negoziati sulla salute globale

12.1 Competenze per la diplomazia della salute globale 153
12.2 Comprendere i valori 155
12.3 Tattiche di negoziazione e risoluzione dei conflitti 156
12.4 Comprendere le regole e le procedure 159
12.5 Comprendere gli attori e i partner della salute globale nel proprio Paese 160
12.6 Comprendere le posizioni di altri attori 161
12.7 Presiedere i negoziati 165

Capitolo 13 Esempi di diplomazia della salute globale

13.1 Accesso ai farmaci 169
13.2 La diplomazia dei vaccini 170
13.3 Inquinamento atmosferico 174
13.4 Commercio, proprietà intellettuale e salute 176
13.5 Resistenza antimicrobica 178
13.6 Migrazione e salute 180
13.7 Osservazioni conclusive 182

Allegato 1 Glossario 185

Allegato 2 Risorse 189

Allegato 3 Elenco dei riquadri 204

Caso studio 1 Negoziati per la risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità sulla trasparenza dei prezzi (2019) 206

Caso studio 2 La dichiarazione politica della riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale (2019) 225

Abbreviazioni

ACT Accelerator	Access to COVID-19 Tools Accelerator
AMR	Antimicrobial resistance (Resistenza antimicrobica)
APEC	Asia–Pacific Economic Cooperation (Cooperazione economica Asia-Pacifico)
APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations (Associazione delle Nazioni del Sud-Est Asiatico)
AU	African Union (Unione Africana)
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
BRICS	Brazil, Russian Federation, India, China and South Africa (Brasile, Federazione Russa, India, Cina e Sudafrica)
CARICOM	Caribbean Community (Comunità dei Caraibi)
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Coalizione per le innovazioni nella preparazione alle epidemie)
COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa (Mercato Comune per l'Africa orientale e meridionale)
COVAX	COVID-19 Vaccines Global Access Facility (Strumento per l'accesso globale ai vaccini COVID-19)
COVID-19	Coronavirus disease 2019 (Malattia da coronavirus "COVID-19", legata al virus SARS-CoV-2)
EAC	East African Community (Comunità dell'Africa orientale)
EAEU	Eurasian Economic Union (Unione Economica Eurasiatica)
ECOWAS	Economic Community of West African States (Comunità Economica degli Stati dell'Africa occidentale)
EFTA	European Free Trade Association (Associazione Europea di Libero Scambio)
EMA	European Medicines Agency (Agenzia Europea per i Medicinali)
EU	European Union (Unione Europea)
Global Fund (Fondo Globale)	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Graduate Institute	Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva
ICRC	International Committee of the Red Cross (Comitato Internazionale della Croce Rossa)
IFPMA	International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (Federazione Internazionale dei Produttori e delle Associazioni Farmaceutiche)
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa)
IHR	International Health Regulations [WHO] (Regolamento Sanitario Internazionale [OMS])
ILO	International Labour Organization (Organizzazione Internazionale del Lavoro – OIL)
IOM	International Organization for Migration (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni – OIM)
MDG	Millennium Development Goal (Obiettivi di Sviluppo del Millennio – OSM)

MERCOSUR	Mercado Común del Sur (Mercato comune del Sud)
MERS	Middle East Respiratory Syndrome (Sindrome Respiratoria del Medio Oriente)
MNT	Malattia non trasmissibile
NATO	North Atlantic Treaty Organization (Organizzazione del Trattato Nord-Atlantico)
NCD	Noncommunicable disease (Malattia non trasmissibile – MNT)
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
ODA	Official Development Assistance (Aiuto pubblico allo sviluppo – APS)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico)
OIE	World Organisation for Animal Health (Organizzazione Mondiale della Sanità Animale)
OIL	Organizzazione Internazionale del Lavoro
OIM	Organizzazione Internazionale per le Migrazioni
OMC	Organizzazione Mondiale del Commercio
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione Non Governativa
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
PAHO	Pan American Health Organization (Organizzazione Panamericana della Sanità)
PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (Piano di Emergenza del Presidente degli Stati Uniti per l'Assistenza all'AIDS)
PIL	Prodotto Interno Lordo
R&S	Ricerca e Sviluppo
RSI	Regolamento sanitario internazionale [OMS]
SAARC	South Asian Association for Regional Cooperation (Associazione per la Cooperazione Regionale dell'Asia Meridionale)
SADC	Southern African Development Community (Comunità di Sviluppo dell'Africa meridionale)
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Sindrome Respiratoria Acuta Grave)
SDG	Sustainable Development Goal (Obiettivo di Sviluppo Sostenibile)
SEEHN	South-Eastern Europe Health Network (Rete Sanitaria dell'Europa Sudorientale)
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana (Sistema di Integrazione Centroamericano)
TRIPS Agreement	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Accordo sugli Aspetti dei Diritti di Proprietà Intellettuale Attinenti al Commercio)
UHC2030	International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 (Partenariato Sanitario Internazionale per la Copertura Sanitaria Universale 2030)
UN	United Nations (Nazioni Unite)

UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS)
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas (Unione delle Nazioni Sudamericane)
UNDP	United Nations Development Programme (Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite)
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe (Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite)
UNEP	United Nations Environment Programme (Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente)
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura)
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change (Convenzione Quadro delle Nazioni Unite sui Cambiamenti Climatici)
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Ufficio delle Nazioni Unite Contro la Droga e il Crimine)
UN-Women	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (Entità delle Nazioni Unite per l'Uguaglianza di Genere e l'Empowerment delle Donne)
V3P Project	Vaccine Product, Price and Procurement Project [WHO] (Progetto sui Prodotti, i Prezzi e gli Acquisti dei Vaccini [OMS])
WAHO	West African Health Organization (Organizzazione della Sanità dell'Africa occidentale)
WIPO	World Intellectual Property Organization (Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale)

A. Nozioni di base

PEXELS – MONSTERA PRODUCTION

La diplomazia della salute globale in un sistema multilaterale in evoluzione

1.1 La diplomazia in un mondo in trasformazione

La diplomazia è praticata da secoli, durante i quali ha subìto molti cambiamenti significativi, alcuni dei quali hanno riguardato la sua stessa natura. Nell'ultimo decennio, in particolare, la diplomazia è diventata una parte costitutiva del sistema di *governance* globale, che coinvolge molte realtà e attori diversi. Questo sviluppo è stato rafforzato dai cambiamenti fondamentali derivanti dalla negoziazione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals* – SDGs) e dalla crescente necessità di una diplomazia per le situazioni di crisi globali.

Il cambiamento più importante è stato quello di passare da una mentalità incentrata sull'assistenza allo sviluppo al riconoscimento di obiettivi globali comuni che possono essere raggiunti solo se tutti i Paesi lavorano insieme – e la pandemia COVID-19 lo ha reso ancora più evidente.

Nonostante questi cambiamenti, tre caratteristiche fondamentali della diplomazia rimangono intatte: rappresentanza, comunicazione e negoziazione.

La diplomazia multilaterale, così come la conosciamo, è nata con i congressi *ad hoc* convocati in Europa nel XVII secolo per negoziare la guerra e la pace tra Stati sovrani. Nel 1919 essa ha portato all'istituzione della prima organizzazione per la sicurezza collettiva: la Società delle Nazioni. Alla fine della Seconda guerra mondiale, la diplomazia multilaterale è stata istituzionalizzata in modo più solido con la costituzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU). Una delle organizzazioni del sistema ONU istituite subito dopo fu l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, che ha iniziato la sua attività nel 1948 a Ginevra, in Svizzera. La Costituzione dell'OMS del 1948 definisce la salute come un diritto umano e questo è un principio guida per tutte le altre organizzazioni sanitarie (vedi **Riquadro 7**). Successivamente sono state istituite molte altre "sedi" multilaterali per la salute, ma l'OMS rimane l'organismo di indirizzo e coordinamento in materia di salute all'interno del sistema delle Nazioni Unite.

Il significativo impatto economico e di sicurezza transfrontaliera di settori quali l'ambiente naturale e la salute umana hanno chiaramente dimostrato che le questioni sanitarie non possono più essere affrontate esclusivamente a livello nazionale. Man mano

che temi, precedentemente trattati nell'ambito delle "*soft policy*" (politiche non vincolanti) degli affari esteri e della diplomazia, acquisivano importanza, sono stati creati nuovi tipi di accordi, strumenti e organizzazioni internazionali, come ad esempio, l'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici (*Paris Agreement on Climate Change*, 2015), la revisione del Regolamento sanitario internazionale (*International Health Regulations*, 2005), il Fondo globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, 2002) e, più recentemente, nel 2020, la COVAX *Facility,* un meccanismo globale di condivisione del rischio per l'approvvigionamento e la distribuzione equa dei vaccini anti COVID-19.

Il multilateralismo ha molte definizioni: in sostanza, è la *governance* dei molti per affrontare problemi comuni. Si basa su un insieme di princìpi comuni che guidano le relazioni tra le parti, comprese regole concordate di comportamento. Il multilateralismo assume spesso la forma dell'adesione a organizzazioni internazionali, ma non è l'unica forma. Tra i vari tipi di multilateralismo vi sono il multilateralismo universale, che comprende tutti gli Stati, in quanto membri delle Nazioni Unite; il multilateralismo regionale, che riunisce gli Stati di specifiche regioni geografiche; il multilateralismo basato sui valori, come esemplificato da organizzazioni come la NATO o l'Unione Europea e le proposte di creare nuovi organismi che includano solo le democrazie; e il "minilateralismo", che riunisce piccoli gruppi di Stati (o "club" come il G20 e i Paesi BRICS) per affrontare problemi specifici. Il multilateralismo si contrappone al bilateralismo e all'unilateralismo. Il primo significa impegnarsi con un solo altro Paese, mentre l'unilateralismo implica agire da soli senza tenere conto degli altri Paesi. I governi devono decidere volta per volta quale di queste strategie adottare, nella loro politica estera, per affrontare una sfida specifica.

Oltre a multilateralismo, minilateralismo, bilateralismo e unilateralismo, nella diplomazia sono in uso anche altri termini. Nei negoziati commerciali, gli accordi plurilaterali – che contemplano, per esempio, un trattato tra un numero limitato di Stati con un particolare interesse per l'oggetto del trattato – sono diventati più importanti. Infine, la "diplomazia polilaterale" si riferisce al coinvolgimento di molti attori non statali nei

→ Il significativo impatto economico e di sicurezza di settori quali l'ambiente naturale e la salute hanno dimostrato che le questioni sanitarie non possono più essere affrontate esclusivamente a livello nazionale.

processi diplomatici, cosa che rende l'arena diplomatica contemporanea pluralistica, dinamica e complessa. Si parla anche di diplomazia tra le varie parti interessate o *multi-stakeholder*, termine utilizzato anche in questo testo.

Questa Introduzione si concentra sulla diplomazia della salute globale praticata nelle organizzazioni internazionali e in altre sedi multilaterali che si propongono di risolvere le sfide della salute globale. Tuttavia, il multilateralismo indica anche quello che viene spesso definito l'ordine internazionale liberale, sancito dalla Carta delle Nazioni Unite, firmata da 50 Stati nel 1945. I valori, le norme e i princìpi che sottendono a questo ordine sono stati definiti come: apertura economica, relazioni internazionali basate su regole, cooperazione in materia di sicurezza, apertura alle riforme e ai cambiamenti e solidarietà basata sul modello della democrazia liberale (Ikenberry, 2018).

Le Nazioni Unite sono oggi composte da 193 Paesi, ma una nuova e crescente serie di attori a livello nazionale, regionale e globale fa ora parte del processo decisionale globale. L'ultimo decennio, in particolare, ha visto importanti spostamenti di potere geopolitico, mentre sono state create nuove istituzioni multilaterali parallele. Inoltre, le nuove tecnologie di comunicazione sono ormai onnipresenti in tutto il mondo e influenzano in modo significativo i negoziati.

Sebbene vi sia un numero crescente di sfide globali interconnesse che devono essere risolte, l'attuale sistema multilaterale è in continua evoluzione. Alcuni ne criticano le premesse ideologiche, gli squilibri di potere e la mancanza di inclusività; altri chiedono maggiore trasparenza e responsabilità nei confronti dei cittadini e del grande pubblico; altri ancora lamentano l'incapacità del sistema di fornire un'azione decisiva in risposta a crisi importanti quali povertà, migrazioni e cambiamenti climatici. L'aspetto più allarmante, però, è che una nuova ondata di nazionalismo sta mettendo in discussione la sua stessa natura e necessità. Gli Stati Uniti d'America, che tanto hanno contribuito alla creazione del sistema multilaterale dopo la Seconda guerra mondiale, durante l'amministrazione Trump hanno preso le distanze da una serie di organizzazioni appartenenti al sistema delle Nazioni Unite, dai processi multilaterali e dagli accordi internazionali.* Tutti questi sviluppi hanno avuto un impatto sul sistema della diplomazia multilaterale, sulle relazioni tra gli attori coinvolti e sul ruolo dei diplomatici. La pandemia COVID-19 ha evidenziato sia le crescenti sfide che le istituzioni multilaterali devono affrontare, sia il ruolo centrale di queste istituzioni nel trovare soluzioni congiunte a problemi comuni.

* *Nota dei curatori*: indubbiamente la nuova amministrazione Biden ha invertito la rotta.

1.2 La progressiva politicizzazione della salute globale

Nel 2007, un gruppo di ministri degli Esteri di sette Paesi ha convenuto "di fare dell'impatto sulla salute un punto di partenza e una lente di definizione che ciascuno dei nostri Paesi utilizzerà per esaminare gli elementi chiave della politica estera e delle strategie di sviluppo, e di impegnarsi in un dialogo su come affrontare le opzioni politiche da questa prospettiva"[1].

Più di 10 anni dopo, le interazioni tra salute globale e politica estera sono diventate sempre più dinamiche, con implicazioni sia positive che negative per la salute. La salute globale è ora parte integrante delle agende di politica estera di molti Paesi, in particolare in relazione ai temi dello sviluppo socio-economico, della sicurezza, degli affari umanitari, della giustizia sociale, dei diritti umani e della gestione delle crisi globali. Il numero di negoziati multilaterali e di strumenti, organizzazioni e sedi dedicate alla salute, è aumentato in modo significativo. La salute è ora parte sostanziale anche dei negoziati globali relativi all'alimentazione, al clima, all'energia e all'acqua e viene discussa nei principali vertici globali e regionali. Questo grazie soprattutto all'adozione dei cosiddetti SDG, gli Obiettivi di sviluppo sostenibile nel settembre 2015 e all'inclusione della salute nelle delibere del Gruppo dei Sette (G7) e del Gruppo dei 20 (G20).

I diplomatici della salute devono quindi essere in grado di negoziare in contesti e istituzioni molto diversi tra loro e che richiedono approcci molto differenti. Questi sviluppi hanno evidenziato che la diplomazia della salute globale, come tutte le diplomazie, è sempre politica. I professionisti della salute globale diffidano di quella che considerano una **politicizzazione della salute globale**, ma è un'illusione pensare di poterla evitare. Il crescente coinvolgimento dei leader e degli attori politici nelle questioni sanitarie può infatti operare in due direzioni: può essere il fattore decisivo per raccogliere il sostegno politico alla salute globale, oppure può minare la salute globale se prevalgono agende geopolitiche o ideologiche di portata limitata. Entrambi i casi sono stati osservati durante la pandemia COVID-19. La perdita di norme condivise può anche portare a negoziati molto difficili, e il disaccordo su altre aree di politica nazionale – ad esempio, una posizione liberale contro una restrittiva sull'immigrazione o sui diritti delle donne – spesso ha

[1] La Oslo Ministerial Declaration (Dichiarazione ministeriale di Oslo), intitolata "Global health: a pressing foreign policy issue of our time" (Salute globale: una questione urgente di politica estera del nostro tempo), è stata pubblicata il 20 marzo 2007 dai Ministri degli Affari esteri di Brasile, Francia, Indonesia, Norvegia, Senegal, Sudafrica e Thailandia.

un forte impatto sui negoziati per la salute a livello globale e rende difficile raggiungere il consenso.

Esempi recenti che illustrano l'impatto positivo e negativo della politicizzazione della salute sono una serie di riunioni del G20 e del G7 (vedi **Riquadro 2**); i negoziati sulla *primary health care* (assistenza sanitaria primaria) all'OMS,[2] sull'*universal health coverage* (copertura sanitaria universale) alle Nazioni Unite[3] e sui diritti sanitari dei rifugiati all'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM). Ancor più di recente, i negoziati al Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite che hanno portato all'adozione di una nuova risoluzione sulla violenza sessuale nei conflitti.[4] In tutti questi casi, gli obiettivi in materia di salute sono stati diluiti a causa delle posizioni politiche nazionali.

Lo specifico contesto nazionale e geopolitico è sempre stato importante nella diplomazia della salute globale. Durante la Guerra Fredda tra l'ex Unione Sovietica e gli Stati Uniti (e i loro alleati), il conflitto ideologico era inscindibile dai negoziati condotti in seno alle Nazioni Unite e all'OMS, soprattutto per quanto riguarda il ruolo dello Stato o del settore privato nella fornitura di assistenza sanitaria. A partire dagli anni '90, i mancati progressi in ambito di salute globale sono stati strettamente legati alla protezione degli interessi economici e delle industrie (ad esempio, del tabacco e dei prodotti farmaceutici), compresi i brevetti e i diritti di proprietà intellettuale. Quasi tutti gli Stati membri utilizzano i negoziati sulla salute per promuovere la propria politica industriale o i propri presunti interessi economici, ma raramente lo fanno in maniera esplicita in seno alle organizzazioni sanitarie, preferendo invece invocare argomenti di carattere sanitario o umanitario.

Dall'inizio del 2020, le tensioni geopolitiche tra Cina e Stati Uniti sono diventate un fattore determinante nella diplomazia della salute globale, con implicazioni di ampio respiro. Queste tensioni hanno raggiunto il culmine durante la pandemia COVID-19, quando gli Stati Uniti hanno dichiarato la loro intenzione di uscire dall'OMS. D'altro canto, la minaccia rappresentata dal COVID-19 ha complessivamente accelerato il multilateralismo e la cooperazione in Europa, anche se la chiusura delle frontiere, le politiche

---

[2] In particolare, i negoziati che hanno portato all'adozione della Dichiarazione di Astana nell'ottobre 2018 (WHO & UNICEF, 2018).

[3] In particolare, i negoziati durante la riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale tenutasi all'Assemblea generale il 23 settembre 2019, che ha portato all'adozione di una dichiarazione politica (UN, 2019).

[4] Risoluzione 2467 (2019), adottata dal Consiglio di sicurezza il 23 aprile 2019.

protezionistiche e le restrizioni commerciali hanno dominato la prima risposta alla pandemia. Nuove opportunità emergono per rafforzare il multilateralismo ora che gli Stati Uniti hanno revocato il loro ritiro dall'OMS e anzi confermato un impegno più forte nei suoi confronti.

È chiaro che, a causa dei mutati orientamenti ideologici e del nuovo contesto geopolitico, gli accordi, le dichiarazioni, le posizioni e gli approcci adottati in passato attraverso i negoziati multilaterali non possono più essere dati per scontati. I continui conflitti in materia di diritti umani ne sono un esempio. I rappresentanti della società civile e delle comunità locali si aspettano che le loro posizioni e preoccupazioni vengano prese in considerazione nei negoziati formali. Inoltre, i social media hanno incoraggiato un dibattito più ampio e una maggiore partecipazione dei cittadini negli affari globali, ma in alcuni casi hanno contribuito a erodere la fiducia nel sistema internazionale o a rafforzare le teorie complottiste su chi stabilisca le priorità globali e ciò può creare notevoli difficoltà per il lavoro tecnico, basato sulle evidenze scientifiche, delle organizzazioni sanitarie e per un approccio alla diplomazia della salute globale orientato al consenso negli organi di governo delle Nazioni Unite e dell'OMS. I social media devono quindi essere considerati come un nuovo elemento potenzialmente critico sia nella diplomazia che all'interno dei processi decisionali delle politiche internazionali.

In questo scenario, le sfide per la diplomazia della salute globale si stanno intensificando perché, a seguito della crisi causata dal COVID-19, è molto improbabile che gli Obiettivi di sviluppo sostenibile relativi alla salute possano essere raggiunti entro il 2030. In effetti, l'obiettivo principale per il prossimo futuro è quello di compensare le perdite in termini di sviluppo causate dall'impatto devastante del COVID-19 e da alcune delle misure adottate per combattere la pandemia.

A seguito della crisi causata dal COVID-19, è molto improbabile che gli Obiettivi di sviluppo sostenibile relativi alla salute possano essere raggiunti entro il 2030.

1.3 Verso una diplomazia *multi-stakeholder*

Il processo di negoziazione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile ha rappresentato una svolta concettuale e politica che ha portato a una significativa espansione della diplomazia multilaterale incentrata sulle sfide globali nell'ambito delle Nazioni Unite. Adottando l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile nel settembre 2015, gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno concordato 17 obiettivi interdipendenti che si applicano all'intera comunità mondiale.

L'Obiettivo 17, in particolare, evidenzia la necessità di forti partenariati globali per raggiungere gli SDG.

La salute si è rivelata una componente e un risultato integrante di ogni SDG negoziato. Questo spiega il ruolo centrale che continua ad avere la diplomazia della salute globale in ogni successivo ciclo di negoziati relativi agli Obiettivi di sviluppo sostenibile, come ad esempio i negoziati della Conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (*UN Climate Change Conference*) del dicembre 2019 o le riunioni annuali del Forum politico di alto livello sullo sviluppo sostenibile (*High-level Political Forum on Sustainable Development*), che valuta i progressi nel raggiungimento dei SDG. Di conseguenza, l'agenda della salute globale viene ora considerata come una sfida comune per tutti i Paesi, e non più soltanto come una questione di cooperazione allo sviluppo.

Le dinamiche dei negoziati sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile sono state molto diverse dal processo decisionale a porte chiuse condotto alla fine degli anni '90 che ha portato all'adozione degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals* – MDG) nel 2000. Fin dall'inizio, i negoziati sui SDG hanno trasformato il ruolo dei diplomatici delle Nazioni Unite. È stato istituito un nuovo processo negoziale basato su gruppi di lavoro aperti; i seggi sono stati assegnati in base alle regioni – e dovevano essere condivisi tra diversi Paesi – ed è stato istituito un gruppo di co-facilitatori. Tutto ciò ha cambiato radicalmente le dinamiche di potere e ha dato ai Paesi in via di sviluppo una voce molto più forte che li ha messi in grado di condurre il processo di definizione delle agende per il loro futuro (Dodds, Donoghue & Roesch, 2016).

La società civile, il mondo accademico, le reti politiche, i *think tank*, il settore privato e molte alleanze di nuova formazione hanno partecipato a un processo inclusivo senza precedenti, che è stato definito "nuovo multilateralismo" o **diplomazia** *multi-stakeholder* (tra le varie parti interessate). Questo spostamento verso una diplomazia *multi-stakeholder* all'interno di un sistema multilaterale che inizialmente era quasi esclusivamente

orientato verso gli Stati, ha avuto un'accelerazione nella maggior parte dei settori della politica internazionale, compresa la salute globale. I cambiamenti che hanno accompagnato gli equilibri di potere e i ruoli dei diplomatici e degli altri attori sono stati rafforzati dalla molteplicità dei processi di sensibilizzazione resi possibili dalle nuove tecnologie.

La Carta delle Nazioni Unite del 1945 riconosceva già che il Consiglio economico e sociale avrebbe dovuto prendere in considerazione la possibilità di consultare le organizzazioni non governative (ONG). Il numero di questi attori e il loro grado di coinvolgimento sono aumentati nel corso degli anni e ora va ben oltre la consultazione – come originariamente previsto dalla Carta delle Nazioni Unite – e comprende la definizione di agende, la partecipazione ai negoziati e la collaborazione allo sviluppo delle normative. Il processo negoziale inclusivo e completo dei SDG è diventato il parametro di riferimento del coinvolgimento di più attori e continua a essere emulato in tutto il sistema delle Nazioni Unite. In effetti, tale ampia inclusività è ora attesa in tutti i processi multilaterali, anche nella diplomazia della salute globale. I SDG hanno inoltre introdotto una nuova e forte interfaccia tra gli obiettivi e i processi multilaterali da un lato e la loro attuazione a livello nazionale dall'altro. In particolare, – soprattutto attraverso l'Obiettivo 17, hanno sottolineato che i **partenariati** devono guidare l'attuazione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile a tutti i livelli della *governance*. L'impegno pubblico e i partenariati innovativi, facilitati da un approccio che coinvolge tutti i livelli di governo e di società e supportati dal potenziamento dei mezzi di comunicazione digitali, continuano infatti a essere una componente essenziale della diplomazia *multi-stakeholder*, come stabilito dai SDG.

Tutti i principali incontri di alto livello delle Nazioni Unite includono ora forum *multi-stakeholder* nel processo preparatorio, per fornire input per i successivi negoziati tra i governi. La società civile e i rappresentanti delle comunità hanno avuto molte nuove opportunità di partecipare ed essere ascoltati. Nonostante alcuni tentativi di miglioramento, in termini di coinvolgimento della società civile nei processi dei suoi organi direttivi, l'OMS è ancora in ritardo rispetto alla maggior parte del sistema delle Nazioni Unite. Tuttavia, alcuni Stati membri includono rappresentanti della società civile e rappresentanti del mondo giovanile nelle loro delegazioni all'OMS. Purtroppo, ci sono anche casi nei quali le relazioni tra Stato e società civile sono peggiorate e dove si assiste a forti pressioni da parte dello Stato, che vanno dalle restrizioni sui finanziamenti esteri agli ostacoli alla registrazione, dalle ingerenze negli affari interni ad altre forme di vessazione, spingendo alcuni osservatori a parlare di "spazio ridotto" per le organizzazioni della società civile.

L'approccio *multi-stakeholder* alla diplomazia sostenuto dalle Nazioni Unite ha dato

al settore privato un accesso senza precedenti all'ONU e alle sue risoluzioni. Ciò è visto con un certo sospetto da alcuni membri della società civile, preoccupati dalla possibilità di un'influenza eccessiva da parte di interessi commerciali e imprenditoriali. Tuttavia, nell'ambito della salute globale il settore privato è entrato a far parte dei nuovi meccanismi di *governance* di organizzazioni internazionali come Gavi, the *Vaccine Alliance* (di seguito Gavi Alliance*)* o il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria (di seguito "Fondo Globale") (vedi **Riquadri 10** e **11**).

Un ulteriore sviluppo è l'espansione dell'attività globale delle città e delle loro autorità (cfr. **Riquadro 16**). I sindaci rappresentano sempre più spesso le loro città sulla scena mondiale e le organizzazioni internazionali si rivolgono anche direttamente a loro. Se inizialmente la diplomazia delle città era finalizzata esclusivamente alla loro promozione, oggi include la partecipazione allo sviluppo e all'attuazione di accordi internazionali, il più importante dei quali è l'Accordo di Parigi per la lotta al cambiamento climatico. Le autorità municipali attualmente si confrontano anche con l'OMS su questioni sanitarie, ad esempio nella lotta al tabagismo, mentre il ruolo di *hub* globali delle città è stato ulteriormente evidenziato dalla pandemia COVID-19.

1.4 Ambiti di *governance* della diplomazia della salute globale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità svolge un ruolo centrale nella *governance* della salute globale: è l'autorità principale per il settore sanitario internazionale. Tuttavia, negli ultimi decenni, altre organizzazioni e organismi hanno iniziato a impegnarsi in modo sostanziale, direttamente o indirettamente, nelle questioni di salute globale, determinando una maggiore complessità e persino una certa competizione. La sede dei negoziati può influenzare la composizione delle delegazioni nazionali e, in una certa misura, anche la loro posizione: all'OMS, in prima linea nelle delegazioni della maggior parte dei Paesi sono i ministeri della Salute, all'ONU sono i ministeri degli Esteri, alle organizzazioni per lo sviluppo sono i ministeri e le agenzie per lo Sviluppo (dove esistono) e all'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) sono i ministeri del Commercio. Allo stesso tempo, l'OMS ha ampliato la propria partecipazione in un'ampia gamma di sedi di negoziazione sulla salute e ha aumentato il numero di attori con cui lavora e le questioni che affronta. Questo complesso campo può essere suddiviso in tre "spazi di *governance*" che si sovrappongono:

Il concetto di governance **della salute globale** riguarda principalmente le istituzioni

Il sistema della salute globale: l'interfaccia della *governance*

***Governance* globale per la salute**
La salute nel contesto delle organizzazioni internazionali di altri settori

***Governance* della salute globale**
La *governance* delle organizzazioni che si occupano di salute e la loro interfaccia

***Governance* per la salute globale**
Governance a livello nazionale e regionale a sostegno delle agende per la salute globale

Reti e centri di negoziazione

e i processi di *governance* che si basano su un mandato esplicito in materia di salute: in primo luogo l'OMS, ma anche altre organizzazioni con un mandato più ristretto ma comunque esplicito in materia di salute, come il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS*, UNAIDS), il Fondo Globale e la Gavi Alliance. Un aspetto spesso trascurato è il ruolo chiave svolto dai segretariati di queste organizzazioni, il cui personale fa parte di un sistema di funzionari pubblici internazionali ben consolidato. Inoltre, è attiva un'ampia gamma di altri attori della salute globale, molti dei quali operano da Ginevra, generalmente considerata la capitale della salute globale. Infine, in risposta alle sfide emergenti, sono state create diverse nuove organizzazioni basate sulla ricerca, come la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI), una partnership globale lanciata nel 2017 per sviluppare vaccini volti a prevenire future epidemie. Allo stesso modo abbiamo assistito alla creazione di nuove strutture di *governance* in risposta alla pandemia COVID-19, come *l'Access to COVID-19 Tools Accelerator*.*

* *Nota dei curatori:* un'iniziativa lanciata nel 2020 che ha rappresentato una partnership senza precedenti nella lotta contro il COVID-19. Il cosiddetto ACT-Accelerator ha riunito governi, scienziati, settore privato, società civile, filantropi e organizzazioni sanitarie globali garantendo la distribuzione di oltre 1,9 miliardi di vaccini, quasi 180 milioni di test COVID e oltre 2 miliardi di dollari per l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale.

RIQUADRO 1 I negoziati all'Organizzazione Mondiale della Sanità

I negoziati e il processo decisionale presso l'OMS continuano a essere caratterizzati da processi intergovernativi integrati dalla diplomazia *multi-stakeholder*. Mentre gli Obiettivi di sviluppo sostenibile richiedono una maggiore partecipazione da parte di attori non statali, la maggioranza degli Stati membri si schiera a favore del ruolo esclusivo degli Stati nazionali nel processo decisionale dell'OMS, soprattutto in considerazione dei poteri normativi e di elaborazione di trattati dell'Organizzazione.

Quali sono le funzioni principali dell'OMS?

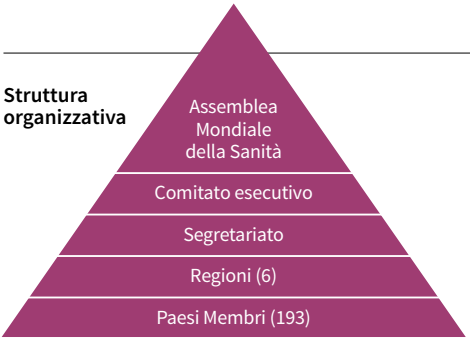
Il principale forum di negoziazione per i diplomatici della salute dell'OMS è costituito dai due organi di governo: l'Assemblea mondiale della sanità, World Health Assembly ed il Consiglio esecutivo, Executive Board e dalle numerose piattaforme formali e informali che forniscono contributi al loro lavoro. Poiché l'OMS si occupa di molti ambiti diversi, è importante conoscere le funzioni principali dell'Organizzazione. L'articolo 2 della Costituzione dell'OMS elenca 22 funzioni, che possono essere riassunte come segue:

- fornire leadership su questioni cruciali per la salute e impegnarsi in partenariati quando è necessaria un'azione congiunta
- proporre convenzioni, accordi e normative e formulare raccomandazioni su questioni sanitarie internazionali
- definire norme e standard e promuoverne e monitorarne l'attuazione
- definire l'agenda per la ricerca e promuovere la produzione, il trasferimento e la disseminazione di conoscenze significative; elaborare opzioni politiche etiche e basate sull'evidenza
- fornire supporto tecnico, agire come agente di cambiamento e sviluppare capacità istituzionali sostenibili
- monitorare la situazione sanitaria globale e valutare le tendenze in campo sanitario
- rispondere alle emergenze sanitarie.

Il processo decisionale dell'OMS

Il processo decisionale è formalmente regolato dal principio di un voto per ogni Stato membro. Il Regolamento interno dell'Assemblea mondiale della sanità e quello del Consiglio esecutivo prevedono che le decisioni vengano prese a maggioranza, tranne che per le decisioni su questioni importanti, come l'adozione di convenzioni o accordi, gli emendamenti alla Costituzione e la sospensione del diritto di voto degli Stati membri, per le quali è richiesta la maggioranza dei due terzi degli Stati membri presenti e votanti. Tuttavia, praticamente tutti i negoziati sono condotti con l'obiettivo di raggiungere il consenso e quasi tutte le decisioni sono effettivamente adottate per consenso. Nella pratica dell'OMS ciò significa l'adozione di decisioni senza una votazione formale. Il consenso non implica l'unanimità, cioè una situazione in cui tutti gli Stati membri hanno formalmente accettato una decisione, ma piuttosto che nessun Stato membro si opponga attivamente alla decisione.
L'adozione di nuove politiche richiede spesso un difficile e lungo processo di costruzione del consenso. Può essere necessario eliminare "parole forti" dalla bozza di testo o abbandonare determinate opzioni di *policy* per garantire l'adozione di una risoluzione che risulti accettabile per ognuno dei 194 Stati membri. Per sostenere

Struttura organizzativa



il processo di creazione del consenso vengono organizzati *briefing* e sessioni di consultazione, spesso riservati ai soli Stati membri.
I negoziati richiedono tempo. A questo proposito, la definizione delle priorità nella stesura dell'ordine del giorno delle riunioni degli organi direttivi costituisce una sfida importante a causa del numero crescente di argomenti da trattare, della riluttanza a rimuovere le tematiche dall'ordine del giorno – persino quando non è necessaria alcuna nuova azione – e del tempo limitato a disposizione per la discussione. Negli ultimi anni, un numero sempre maggiore di risoluzioni è stato negoziato in modo informale nel corso di riunioni condotte, per lo più, tra le rappresentanze con sede a Ginevra.

Dove si possono trovare le regole di negoziazione dell'OMS?

Gli statuti più importanti si trovano nel testo dell'OMS intitolato *Basic documents* (l'ultima versione è stata pubblicata nel 2020). Questo compendio, regolarmente aggiornato, contiene tutti i documenti statutari dell'Organizzazione, come la Costituzione, gli accordi con altre organizzazioni intergovernative, il Regolamento finanziario, il quadro di riferimento per il coinvolgimento con gli attori non statali e, soprattutto, il Regolamento interno dell'Assemblea mondiale della sanità e del Consiglio esecutivo, le cui sessioni regolari sono le principali sedi di negoziazione dell'OMS. I due Regolamenti interni stabiliscono, tra l'altro:

- come viene stabilito l'ordine del giorno
- il ruolo dei funzionari
- le funzioni del Segretariato dell'OMS
- le agende di lavoro nelle riunioni plenarie e nei comitati
- le regole di voto.

Questi documenti statutari sono difficili da modificare, soprattutto la Costituzione, perché gli Stati membri, per varie ragioni, sono riluttanti a rinunciare allo *status quo*, in particolare alla natura intergovernativa della *governance* dell'OMS. Tuttavia, nuove sfide sono emerse nel contesto della pandemia COVID-19, in quanto un numero crescente di riunioni, comprese quelle dell'Assemblea mondiale della sanità e del Consiglio esecutivo, si sono dovute svolgere in modalità virtuale.

Cosa riflettono le regole di negoziazione dell'OMS?

Le regole di funzionamento degli organi direttivi dell'OMS stabiliscono il margine di manovra dell'Organizzazione nell'adempimento del suo obbligo costituzionale, ovvero "agire come autorità di indirizzo e coordinamento delle attività sanitarie internazionali" (articolo 2(a)).*

Esempi di questioni irrisolte

La visione dei padri fondatori era che l'OMS potesse diventare un'organizzazione in grado di esprimere l'eccellenza nel campo della salute pubblica. I padri fondatori volevano quindi che i membri del Consiglio esecutivo operassero a titolo personale,

* *Nota dei curatori:* Si tratta dell'articolo 2 a della *Constitution of the World Health Organization* / Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)

nonostante fossero designati da uno Stato membro. La crescente politicizzazione dei dibattiti all'interno e all'esterno dell'OMS ha infine portato a una mozione alla 51a sessione dell'Assemblea mondiale della sanità nel 1998, in cui si chiedeva che l'articolo 24 della Costituzione fosse interpretato (anche se non emendato) in modo da denotare che i membri del Consiglio esecutivo agiscono come rappresentanti dei governi.

Questo sviluppo illustra la fluttuazione tra aspirazioni politiche (socio-sanitarie) e tecniche che ha caratterizzato la storia dell'Organizzazione. L'OMS è combattuta tra diverse richieste da parte degli Stati membri, che si aspettano che sia normativa, tecnica e operativa, oltre che politicamente astuta. Queste richieste, spesso conflittuali, sono particolarmente evidenti quando l'Organizzazione cerca di affrontare le cause site alla radice dei problemi di salute, come i determinanti sociali e commerciali. L'OMS deve inoltre prestare estrema attenzione a non rimanere coinvolta in conflitti tra gli Stati membri, come ad esempio durante la crisi del COVID 19.

Altro esempio di questione irrisolta è il FENSA, il *Framework of Engagement with Non-State Actors*, adottato dall'Assemblea mondiale della sanità nella sua 66a sessione del maggio 2016, è il primo *framework* di questo tipo ad essere stato negoziato a livello intergovernativo all'interno del sistema delle Nazioni Unite. Il FENSA ha codificato e regolato lo status di osservatore degli attori non statali nelle relazioni ufficiali, pur senza modificare sostanzialmente le regole applicate dalla Terza Assemblea mondiale della sanità, che hanno permesso alle organizzazioni non governative di partecipare come osservatori e rilasciare dichiarazioni alle riunioni degli organi direttivi dell'OMS. È disponibile un manuale dedicato che fornisce indicazioni sull'applicazione del FENSA (WHO, 2018a). Alcuni attori non statali non sono però soddisfatti del *Framework* e ne chiedono una sua riforma.

L'attuale processo decisionale presenta una serie di problemi. Ad esempio, è stato chiesto di programmare le riunioni degli organi direttivi in periodi diversi dell'anno, soprattutto per separare le riunioni del Comitato per il programma, il bilancio e l'amministrazione del Consiglio esecutivo (*Programme, Budget and Administration Committee of the Executive Board*) da quelle del Consiglio vero e proprio. In questo modo il Consiglio esecutivo avrebbe più tempo per reagire alle questioni che emergono durante le riunioni del Comitato. Tuttavia, questa proposta non è stata ancora messa in pratica.

L'efficacia del processo decisionale dell'OMS dipende dalla volontà politica degli Stati membri di trovare una soluzione comune. I disaccordi fondamentali tra gli Stati membri, soprattutto tra quelli più potenti, possono bloccare il processo decisionale politico dell'OMS, anche se l'Organizzazione è spesso in grado di mantenere la sua funzione normativa (cioè la definizione di norme e standard tecnici). Al momento della creazione dell'OMS, è stato necessario trovare un modo per integrare l'allora già esistente Organizzazione Panamericana della Salute (*Pan American Health Organization*, PAHO) nella nuova entità. Questo ha fatto sì che l'OMS abbia la struttura più federativa di qualsiasi altra agenzia delle Nazioni Unite, con i direttori regionali selezionati direttamente dagli Stati membri delle rispettive regioni. I sei comitati regionali sono quindi anche importanti organi decisionali. Durante i periodi della storia dell'Organizzazione in cui la sede centrale dell'OMS era percepita come debole, questo si è rivelato un vantaggio. Tuttavia, sono state sollevate preoccupazioni sull'inefficienza della struttura regionale dell'OMS, in particolare per quanto riguarda la risposta alle emergenze.

Con il concetto di governance **globale per la salute** ci si riferisce, invece, a quelle istituzioni e processi di *governance* globale che non hanno necessariamente un mandato esclusivo o esplicito per la salute, ma che comunque la influenzano attraverso il lavoro svolto nell'ambito dei loro mandati principali. Esse includono, tra le altre, le istituzioni di Bretton Woods, l'OMC (vedi **Riquadro 9**), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (*Food and Agriculture Organization*, FAO), il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (*United Nations Children's Fund,* UNICEF), il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (*United Nations Development Programme*, UNDP), il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (*United Nations Environment Programme*, UNEP), l'Entità delle Nazioni Unite per l'uguaglianza di genere e l'emancipazione delle donne (*United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women*, UN-Women) e l'Ufficio delle Nazioni Unite sulla droga e il crimine (*United Nations Office on Drugs and Crime*, UNODC). Nel 2018, molte di queste organizzazioni si sono riunite per attuare il Piano d'azione globale per vite sane e benessere per tutti (*Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*), che si propone di porre rimedio alla frammentazione della salute globale. Negli ultimi anni, diversi temi importanti per la salute sono stati portati all'attenzione del mondo delle Nazioni Unite, venendo affrontati in riunioni di alto livello dell'Assemblea generale e del Consiglio di sicurezza. Inoltre, la centralità della salute per l'Agenda 2030 fa sì che le questioni sanitarie occupino un posto di rilievo nelle discussioni periodiche del Consiglio economico e sociale (*Economic and Social Council*) sui progressi dei SDG. La salute è anche un argomento ricorrente di discussione al Consiglio per i diritti umani (*Human Rights Council*). (Per ulteriori informazioni, si veda il **Capitolo 12**).

Il concetto di governance **per la salute globale** fa riferimento alle istituzioni e ai meccanismi che contribuiscono alla salute globale stabiliti a livello nazionale (ad esempio le strategie sulla salute globale e sulla salute in politica estera adottate dai governi nazionali) e a livello regionale (ad esempio, l'Unione europea, l'Organizzazione sanitaria dell'Africa occidentale (*West African Health Organization – WAHO*) e l'Associazione dei Paesi del Sud-Est asiatico (*Association of Southeast Asian Nations* – ASEAN)). Questo spazio di *governance* comprende anche i club politici e gli attori interregionali, quali il G7, il G20 e il gruppo di Paesi BRICS. Inoltre, attraverso l'Unione interparlamentare, il ruolo dei parlamentari nella salute globale è aumentato negli ultimi anni (il **Capitolo 7** illustra più dettagliatamente il modo in cui le organizzazioni regionali sono impegnate nella diplomazia della salute globale).

Questo incremento del numero e della diversità delle sedi implica che sono neces-

sarie notevoli risorse amministrative e umane per poter affrontare in modo continuativo le sfide esistenti ed emergenti della diplomazia multilaterale. Tra le risorse necessarie vi sono dipartimenti dedicati all'interno dei ministeri nazionali e delle organizzazioni regionali, oltre a rappresentanze (denominate missioni permanenti) e personale specializzato presso le sedi principali delle organizzazioni internazionali. Ciò genera inevitabilmente disuguaglianze tra i Paesi che dispongono di tali risorse in abbondanza e quelli che non ne dispongono. Tali disuguaglianze rappresentano una sfida importante e, a volte, possono costituire esse stesse un ostacolo al consenso.

Inoltre, le risorse destinate alla gestione degli affari multilaterali, non solo le relazioni con i donatori, sono sempre più necessarie anche all'interno delle stesse organizzazioni internazionali.

In linea con la crescita della diplomazia *multi-stakeholder*, un'ampia gamma di attori non statali della società civile e del settore privato (a livello globale, regionale e nazionale) partecipa ed esercita la propria influenza su tutti e tre gli spazi di *governance*. Anche le città e i governi locali svolgono un ruolo sempre più importante.

RIQUADRO 2 Negoziare la salute al G7 e al G20

Introduzione

Il Gruppo dei Sette (G7) e il Gruppo dei 20 (G20) sono istituzioni di vertice *multi-stakeholder* che giocano un ruolo sempre più importante nella governance della salute globale.

Il Gruppo dei Sette

Il G7 che comprende Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Regno Unito e Stati Uniti (e l'Unione Europea come membro aggiunto) ha iniziato a riunirsi in vertici annuali nel 1975 con l'obiettivo dichiarato di promuovere la democrazia e la libertà individuale in tutto il mondo.

In che modo il G7 contribuisce alla *governance* della salute globale?

In quanto istituzione internazionale informale, priva di uno statuto o di un segretariato permanente, il G7 ha principalmente un ruolo deliberativo. Le discussioni tra i suoi membri si svolgono in occasione dei vertici annuali del Gruppo, che di solito si tengono in tarda primavera o all'inizio dell'estate. Le sue principali funzioni in tema di salute sono le seguenti:

- Discutere le principali questioni sanitarie e riportare pubblicamente le conclusioni nei comunicati del vertice. L'agenda sanitaria del

G7 si è ampliata nel corso degli anni. Dal 1979 al 1995, il Gruppo si è occupato di alcune questioni specifiche. Dal 1996 al 2009 si è concentrato su HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, e poi sulla sindrome respiratoria acuta grave (SARS) e sull'influenza aviaria. La salute materna, neonatale e infantile ha dominato l'agenda nel 2010 e qualche anno dopo ebola è stato il tema principale. Più di recente, il G7 si è occupato del COVID-19 ma anche di temi come l'architettura globale della salute, la prevenzione, l'universalità delle cure e l'approccio One Health (*Ndt*).

- Stabilire linee guida e affermare principi e standard per guidare i membri e gli altri Paesi nella definizione delle politiche relative alla salute e ai suoi determinanti. In questo modo, il G7 ha sostenuto l'importanza dei diritti umani dal 1985 al 1987 e si è schierato a favore della democrazia dal 1997 in poi. Il Gruppo si è concentrato sui diritti alla salute delle donne nel 2016 e nel 2017. Non ci sono stati riferimenti alla democrazia nei comunicati dei vertici del 2018 e del 2019, ma il G7 ha nuovamente sostenuto questo concetto al vertice di emergenza del 16 marzo 2020. Il Gruppo ha affrontato sempre più spesso questioni sanitarie legate a fame, povertà, sicurezza e proliferazione nucleare, biotecnologie, ambiente naturale, droghe, etica, parità di genere e cambiamento climatico.*
- Incoraggiare il processo decisionale attraverso impegni pubblici specifici, orientati al futuro e politicamente vincolanti che obblighino tutti o alcuni membri ad agire in patria e all'estero modificando o introducendo politiche, sostenendo attori esterni e mobilitando fondi per raggiungere obiettivi sanitari cruciali. Dal 1979 al 2020 il G7 ha adottato 435 impegni fondamentali per la salute, con una media di 10 all'anno, con picchi di 69 a San Pietroburgo, nella Federazione Russa, nel 2006; 61 a Schloss Elmau, in Germania, nel 2015; 85 a Ise Shima, in Giappone, nel 2016; e 21 impegni su un totale di 33 al vertice d'emergenza sul COVID-19 del 16 marzo 2020.
- Sviluppare la *governance* della salute globale modellando l'evoluzione e il lavoro delle istituzioni internazionali. Dal 1987 al 2020, i vertici del G7 hanno fatto 330 riferimenti a tali istituzioni, tra cui l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) con 110 riferimenti, le Nazioni Unite con 65 e il Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria con 61.

Il processo decisionale al G7

Il processo decisionale del G7 dipende in larga misura dai risultati che il Paese ospitante e gli altri membri desiderano vedere emergere dal vertice annuale. Il Paese ospitante designato, già due anni prima di assumere la presidenza del G7, comincia a condividere privatamente con gli altri membri le sue priorità per l'anno di sua presidenza. Ogni anno, a partire dal 1° gennaio, i rappresentanti personali dei leader, chiamati "*sherpa*", si incontrano più volte. La prima riunione si tiene spesso per discutere un documento tematico del paese ospitante, che si sviluppa gradualmente in una bozza di comunicato che può essere approvata alla vigilia del vertice. Durante il vertice stesso, gli *sherpa* assistono i leader nella risoluzione di eventuali questioni in

* *Nota dei curatori:* Iniziato nel 2014, il Forum strategico D-10 del Consiglio Atlantico riunisce alti funzionari di pianificazione politica ed esperti di strategia di dieci importanti democrazie in prima linea nella costruzione e nel mantenimento dell'ordine democratico basato sulle regole. I partecipanti a questa "Democrazia 10" – Australia, Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Corea del Sud, Regno Unito e Stati Uniti, oltre all'Unione Europea – hanno dimostrato un impegno verso valori e interessi condivisi e possiedono le risorse diplomatiche, economiche e militari necessarie per agire su scala globale. Altre democrazie – tra cui India, Indonesia, Polonia e Spagna – hanno partecipato occasionalmente come osservatori).

sospeso e nell'elaborazione del testo definitivo del comunicato. I leader del G7 discutono e negoziano per due o tre giorni; ci sono anche alcune sessioni in cui si riuniscono da soli senza gli *sherpa* e gli altri consiglieri. Al termine del vertice, viene diffuso il comunicato concordato e ogni leader tiene una conferenza stampa per spiegare i risultati raggiunti. Le decisioni vengono prese per consenso, senza votazioni formali. Sebbene le preferenze del Paese ospitante e la capacità del suo leader influenzino ovviamente il risultato finale, le norme di eguaglianza e di consenso collegiale prevalgono in ogni caso. Il leader del Paese ospitante non proporrà un punto o un testo all'ordine del giorno che sa che sarà avversato con forza da un altro membro del G7. Inoltre, il paese ospitante ritirerà le sue proposte alla fine qualora due o più membri si oppongano. Nel caso in cui a opporsi sia uno solo dei leader generalmente accade che questi alla fine accetterà, anche se negli ultimi anni non è stato raro vedere il contrario. La necessità, nata da considerazioni di politica interna, di mostrare la propria leadership su una particolare iniziativa si traduce spesso in comunicati lunghi e multipli. Al vertice stesso, può succedere che i leader introducano spontaneamente nuove questioni e iniziative. Nel caso di testi controversi, di solito si adotta la formulazione alternativa presentata dai loro *sherpa*, direttori politici e *deputies* dei Ministri delle Finanze.
Nel corso dell'anno si tiene un numero sempre maggiore di riunioni ministeriali del G7 per appianare le divergenze tra i Paesi e facilitare il compito dei leader, oppure per decidere su questioni specifiche e non controverse. I ministri della Salute del G7, ad esempio, si sono riuniti per la prima volta in questo formato nel 2006, quando hanno assunto 14 impegni, ai quali se ne sono aggiunti ad esempio 36 nel 2015, 40 nel 2016, 101 nel 2017 e 13 nel 2019.

Questioni in sospeso per il G7

Il G7 si trova di fronte a diverse questioni in sospeso. Ad esempio, come può il Gruppo tornare al livello di performance costantemente elevato che ha mostrato dal 2000 al 2010? Come dovrebbe relazionarsi con la società civile, l'OMS e il G20? Dovrebbe concentrarsi sulla mobilitazione di fondi per i Paesi poveri (in primo luogo in Africa), come ha fatto nel caso del Fondo Globale, o dovrebbe passare a una gamma più ampia di strumenti e occuparsi anche di questioni che riguardano i Paesi sviluppati, come la sicurezza stradale, la salute mentale e la copertura sanitaria universale? Infine, prendendo spunto dagli Obiettivi di sviluppo sostenibile, il G7 dovrebbe affrontare esplicitamente i determinanti di salute, compresa la salute come causa e conseguenza della disuguaglianza di genere, dell'ambiente naturale e del cambiamento climatico?

Il Gruppo dei 20

Il G20 è composto dai Paesi membri del G7, dai Paesi BRICS (Brasile, Federazione Russa, India, Cina, Sudafrica), dai Paesi MIKTA (Messico, Indonesia, Repubblica di Corea, Turchia, Australia), dall'Argentina, dall'Arabia Saudita e dall'Unione Europea. Il Fondo Monetario Internazionale e il Gruppo della Banca Mondiale partecipano alle delibere del G20 ma non ne sono membri. Da quando ha iniziato a riunirsi come incontro dei ministri delle Finanze e dei governatori delle banche centrali nel 1999 e come vertice dei leader nel 2008, l'obiettivo principale del Gruppo è stato quello di promuovere la stabilità finanziaria e garantire che la globalizzazione sia vantaggiosa per tutti.
I Paesi del G20, provenienti da una serie eterogenea di economie sviluppate, emergenti e in via di sviluppo, rappresentano una grande maggioranza della popolazione, dell'economia e delle capacità di generare salute a livello globale. Le riunioni dei leader sono ormai integrate da numerosi incontri

ministeriali, riunioni di organizzazioni internazionali ed *engagement groups* della società civile. Possono quindi plasmare l'agenda sanitaria in modo unico, inclusivo, completo e sinergico.
In quanto istituzione internazionale informale, le funzioni del G20 sono simili a quelle del G7.
L'ambito delle delibere dei vertici del G20 sulla salute si è notevolmente ampliato dal 2008, in particolare nel 2013 e nel 2014, e poi nel 2017 e nel 2019 e in occasione del vertice d'emergenza sul COVID-19 tenutosi (in videoconferenza) il 26 marzo 2020.
Dal 2011 al 2019, i leader del G20 hanno adottato un totale di 75 impegni in materia di salute, con picchi di 33 (tutti relativi all'epidemia di Ebola) a Brisbane, in Australia, nel 2014, e di 19 (sulla resistenza antimicrobica, sul rafforzamento dei sistemi sanitari e sulla polio) ad Amburgo, in Germania, nel 2017.
Nel marzo 2020 sono stati aggiunti altri 22 impegni (tutti sul COVID-19).
Dal 2008 al 2019, i leader del G20 hanno fatto 11 riferimenti in materia di salute a istituzioni interne ai Paesi del G20 e 56 ad attori esterni (tra questi figurano l'OMS con 17 riferimenti e le Nazioni Unite con 15, mentre le altre istituzioni hanno ricevuto un numero di menzioni molto inferiore).

Il processo decisionale al G20

Il processo decisionale del G20 è simile a quello del G7. Tuttavia, i membri devono scegliere quale dei 19 Paesi membri ospiterà il vertice annuale. Ogni Paese ospita quindi i vertici molto meno frequentemente rispetto al G7. Gli sherpa dei leader del G20 sono talvolta gli stessi del G7. Dal 2017, le riunioni annuali dei ministri della Salute del G20 contribuiscono a preparare e attuare le decisioni dei leader.
L'agenda, inizialmente dedicata all'economia, si è gradualmente ampliata per includere anche questioni sociali, ambientali e di sicurezza. In parte l'agenda viene ereditata dal Paese che ha ospitato il summit l'anno precedente e questo lascia ai padroni di casa relativamente poca flessibilità per modificare l'ordine del giorno con nuovi punti che ritengono più rilevanti.

1.5 Il nuovo ruolo dei diplomatici

Le strutture diplomatiche bilaterali e multilaterali sono parte integrante dell'ordine internazionale, ma la negoziazione e la successiva adozione dei SDG hanno portato a importanti cambiamenti nelle modalità di esercizio della diplomazia multilaterale. Invece di occuparsi principalmente di rappresentanza, la diplomazia è diventata, insieme alla comunicazione, uno strumento chiave per la gestione del cambiamento globale e dell'impegno sociale, compresa la gestione di relazioni complesse.

La diplomazia è ora un elemento cruciale della *governance* globale. I diplomatici devono saper connettere tematiche ed attori, sia a livello nazionale che globale. La funzione di un ministero degli Esteri si è spostata da quella di guardiano che supervisiona tutti i contatti ufficiali a livello internazionale a quella di coordinatore e facilitatore di

un **approccio che coinvolge l'intero governo (*whole-of-government*) e l'intera società (*whole-of-society*)**, dal momento che sempre più ministeri di un Paese si impegnano negli affari internazionali e le organizzazioni della società civile dei Paesi diventano sempre più impegnate a livello internazionale. Ciò significa che un numero sempre maggiore di persone è coinvolto nella diplomazia, ben oltre la ristretta cerchia dei diplomatici professionisti. Come dice un proverbio, "oggi tutti sono diplomatici".

Le ambasciate e le altre missioni diplomatiche sono impegnate in misura molto maggiore rispetto al passato in attività di sensibilizzazione, dialogo e costruzione di relazioni, e i diplomatici devono essere in grado di interagire con un'ampia gamma di attori che tendenzialmente non sono diplomatici, in patria e all'estero, praticando la diplomazia bilaterale, multilaterale e *multi-stakeholder*, spesso contemporaneamente e sulle stesse questioni. I funzionari dei ministeri degli Esteri devono tenersi al passo con gli sviluppi delle politiche nazionali e con le attività sempre più globali di altri ministeri, molti dei quali adesso hanno anche i loro dipartimenti internazionali e stanno ampliando la portata delle loro attività, ad esempio per partecipare al processo di attuazione dei SDG. In molti casi, i ministeri della Salute hanno dovuto istituire dei loro propri dipartimenti di salute internazionale o globale. Nel contesto di Ginevra, vale la pena notare che i governi possono inviare diversi tipi di rappresentanti all'OMS e per la conduzione dei negoziati sulla salute: rappresentanti del ministero degli Esteri in alcuni casi, rappresentanti del ministero della Salute in altri, o di entrambi i ministeri in altri ancora. La composizione della delegazione di ogni Stato membro determina in ultima analisi se la diplomazia verrà praticata per promuovere gli obiettivi sanitari o viceversa. Trovare il giusto equilibrio è essenziale per le delegazioni nazionali e per le istituzioni come l'OMS.

Un altro importante meccanismo di rappresentanza e negoziazione è emerso con l'istituzione del G7 e del G20, ovvero il sistema degli "*sherpa*". Gli *sherpa* sono i rappresentanti personali dei capi di Stato o di governo dei Paesi che fanno parte di questi due raggruppamenti: diplomatici di carriera o alti funzionari governativi nominati da ciascun leader per rappresentare gli interessi del proprio Paese e partecipare all'ampia serie di consultazioni necessarie per preparare tutti i vertici. C'è un solo *sherpa* per ogni membro del G7 o del G20. Gli *sherpa* sono a loro volta affiancati da "*sous sherpa*" (sotto-*sherpa*): diplomatici ed esperti dello stesso Paese incaricati di lavorare su specifici punti all'ordine del giorno (che attualmente includono anche la salute) nell'ambito dei gruppi di lavoro istituiti per le varie riunioni preparatorie.

Il processo dei SDG e le sfide globali del nostro tempo richiedono che i diplomatici

assumano una duplice responsabilità: promuovere gli interessi del proprio Paese e portare avanti gli interessi della comunità globale. Come è emerso ripetutamente in settori quali la salute e l'ambiente, è necessario sviluppare un approccio che salvaguardi alcuni "beni pubblici globali" ("*global public goods*"), o "beni comuni globali" ("*global commons*"). Ciò vale, ad esempio, per l'agenda sul clima o per la rivendicazione della disponibilità dei vaccini anti-COVID-19 per tutte le persone nel mondo. Questi beni comuni devono essere protetti congiuntamente e gestiti in modo da poterne beneficiare tutti e rendere lo sviluppo sostenibile una realtà, nonostante gli approcci unilaterali scelti da alcuni Stati. Durante la pandemia COVID-19, questo approccio ai beni pubblici globali è stato esemplificato da quella che è stata definita "diplomazia dei vaccini" ("*vaccine diplomacy*"), che si proponeva di stabilire un meccanismo che garantisse un accesso equo ai vaccini anti-COVID-19 su scala globale, in contrapposizione al "nazionalismo dei vaccini" ("*vaccine nationalism*"). (Si veda il **Capitolo 13** per ulteriori esempi di diplomazia della salute globale).

Inoltre, i capi di Stato e di governo stanno acquisendo una maggiore visibilità grazie alle principali questioni globali. Sempre più spesso utilizzano i **vertici** per definire le agende e la **diplomazia di prestigio** per sottolineare il loro impegno. Ad esempio, l'ex Cancelliere della Germania, Angela Merkel, e l'ex Primo Ministro del Giappone, Shinzo Abe, si sono entrambi distinti per aver sollevato questioni di salute globale in molti forum politici di alto livello, come i vertici del G20 e del G7. Nel contesto del G20, Il Giappone ha svolto un ruolo chiave, utilizzando la sua presidenza nel 2019 per promuovere la copertura sanitaria universale.

Ci si aspetta che la diplomazia sia sempre più incentrata sui cittadini e che sia utile non solo ai cittadini di un determinato Paese, ma anche alla comunità globale attraverso l'impegno del Paese all'estero e nelle organizzazioni internazionali. I capi di Stato e di governo utilizzano sempre più frequentemente i **social media** a scopo di sensibilizzazione, per posizionarsi nei confronti dei propri elettori, ma anche per assicurarsi un pubblico internazionale e poter portare avanti le proprie agende. In tempi più recenti, il Presidente della Cina, Xi Jinping, il Presidente della Repubblica Islamica dell'Iran, Hassan Rouhani, il Presidente della Federazione Russa, Vladimir Putin, e l'allora Presidente della Repubblica di Corea, Moon Jae-in, hanno tutti praticato la cosidetta "*corona diplomacy*" (in riferimento al coronavirus), raggiungendo un ampio numero di Paesi fornendo loro sostegno sotto forma di forniture mediche. Di fatto, si sono impegnati in quella che è stata definita una "gara" di *soft-power*.

Tutto ciò implica un cambiamento di ruolo, a volte persino un indebolimento, per i

ministeri degli Esteri e i diplomatici. Allo stesso tempo, la maggior parte dei ministri degli Esteri, degli ambasciatori e delle rappresentanze (missioni presso le Nazioni Unite a New York o a Ginevra) dispongono ora di profili sui social media e sono quindi in grado di comunicare le loro intenzioni, linee politiche e risultati in modo più ampio. Questo tipo di impegno è una nuova forma di **diplomazia pubblica**.

→ Il processo dei SDG e le sfide globali del nostro tempo richiedono che i diplomatici assumano una duplice responsabilità: promuovere gli interessi del proprio Paese e portare avanti gli interessi della comunità globale.

Diplomazia della salute globale: sistemi e metodi

2.1 Definire la diplomazia della salute globale

La diplomazia della salute globale è un processo di negoziazione a più livelli e a più attori che modella e gestisce il contesto politico globale per la salute in ambiti sanitari e non sanitari. La diplomazia è sia un sistema organizzativo che un metodo di lavoro. È sempre politica e si esercita attraverso molti canali diversi. I diplomatici cercano di raggiungere gli obiettivi di politica estera del proprio Paese e, più in generale, di proteggere i suoi interessi all'estero. Tuttavia, oggi la diplomazia non è più condotta esclusivamente da diplomatici accreditati, ma da una gamma sempre più ampia di attori, da qui il termine di diplomazia *multi-stakeholder* (multi-attore). Tutto questo vale anche per la diplomazia della salute globale.

Negli ultimi decenni è emerso un "ecosistema" della salute globale molto complesso, dinamico e diversificato, nel quale i diplomatici della salute globale devono essere in grado di navigare. Si basa su regole, processi e istituzioni che operano a livello globale, ma rimane fortemente dipendente dalla volontà degli Stati di cooperare tra loro, nonostante l'arrivo di altri attori forti sulla scena della diplomazia della salute. Nel contesto del multilateralismo, la diplomazia della salute globale può sia favorire che limitare il potere degli attori coinvolti. La leadership nella salute globale è sempre influenzata dalle relazioni di potere prevalenti, come testimoniato, ad esempio, dalle regole sulla proprietà intellettuale o dal nazionalismo dei vaccini durante la pandemia COVID-19.

E il potere non modella solo le relazioni tra i Paesi all'interno dell'OMS: è esercitato anche da altri attori chiave, come le grandi fondazioni, che sono in grado di definire le agende della salute globale grazie agli ingenti finanziamenti che forniscono ai programmi e in virtù del loro facile accesso ai processi decisionali nei diversi e molteplici contesti globali.

La diplomazia è spesso definita come l'arte e la pratica di condurre negoziati – in un'ampia varietà di contesti e su una vasta gamma di argomenti diversi. Ciò non è meno vero per la diplomazia della salute globale, che si occupa di un ampio spettro di tematiche ed è condotta all'interno degli ambiti di *governance* descritti nella **Sezione 1.4**.

Tuttavia, la diplomazia della salute globale è molto più che una semplice negoziazione, come verrà spiegato nel **Capitolo 3**, che analizza la diplomazia della salute

globale attraverso la suddivisione in sette aree tematiche. Essa comprende la costruzione e il mantenimento di relazioni, la raccolta di informazioni, l'instaurazione di un clima di collaborazione e l'uso della salute come "*soft power*". Quest'ultimo si riferisce alla capacità di influenzare l'opinione pubblica attraverso la salute, ad esempio attraverso l'istituzione di importanti programmi sanitari come il *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) degli Stati Uniti, lanciato nel 2003, o attraverso la "diplomazia delle mascherine" praticata dalla Cina durante la pandemia COVID-19 nel 2020, tramite la fornitura di mascherine e altre attrezzature mediche a diversi Paesi con lo scopo di rafforzare l'immagine della propria leadership a livello globale. Queste azioni sono spesso bilaterali, ma sono pianificate in modo strategico per influenzare l'opinione pubblica mondiale.

La **diplomazia della salute globale** è una manifestazione della crescente importanza della **diplomazia "tematica"**. Si riferisce innanzitutto ai processi di negoziazione nel sistema multilaterale che affrontano le sfide collettive relative alla salute. Al centro della diplomazia della salute globale ci sono questioni sanitarie che trascendono i confini nazionali e richiedono accordi, strumenti e alleanze globali per essere affrontate con successo e in modo sostenibile attraverso un'azione congiunta. Tuttavia, come indicato in precedenza, essa comprende anche molti altri processi diplomatici: ad esempio, la diplomazia della salute bilaterale che si manifesta nelle relazioni donatore-beneficiario (anche se queste relazioni non verranno affrontate in questo testo). Esistono anche processi di negoziazione bilaterale tra agenzie e Paesi, ad esempio tra il Fondo Globale o la Banca Mondiale e i Paesi a basso e medio reddito. In alcuni casi, l'OMS ha stipulato accordi speciali con singoli Paesi.

La diplomazia della salute globale non si svolge solo tra diplomatici accreditati e funzionari sanitari che rappresentano gli Stati nazionali, ma coinvolge anche molti altri attori importanti nell'arena globale, come sempre accade nella diplomazia *multi-stakeholder*. Poiché la salute sta uscendo dall'ambito puramente medico e tecnico per diventare un elemento sempre più cruciale delle politiche estere, di sicurezza e commerciali, sono necessarie nuove competenze per negoziare accordi e trattati internazionali e per mantenere relazioni efficaci con un'ampia gamma di attori di altri settori, al fine di promuovere la salute globale.

La maggior parte dei diplomatici non è specializzata in campi particolari ma ha competenze generaliste. Quando si occupano di diplomazia della salute globale, la loro familiarità con il contesto internazionale e i processi diplomatici è cruciale per i negoziati, ma a causa della natura peculiare del settore sanitario, le loro conoscenze di carattere generale e la loro esperienza spesso devono essere integrate dalle competenze mediche

e scientifiche specifiche dei professionisti della salute, di solito provenienti dai ministeri della Salute. E anche all'interno delle delegazioni nazionali possono sorgere tensioni tra l'interesse nazionale che i diplomatici sono tenuti a difendere e la solidarietà che è alla base del concetto di "beni comuni per la salute", che dovrebbe essere la prima preoccupazione di un'azione globale per la salute pubblica.

Con l'OMS nel ruolo di agenzia di indirizzo e coordinamento per la salute globale, la maggior parte della diplomazia della salute globale consiste in negoziati formali tra gli Stati all'interno degli organi direttivi dell'OMS, soprattutto quando l'obiettivo è raggiungere un accordo su potenziali strumenti internazionali. Tuttavia, come indicato nella **Sezione 1.4**, tutti e tre gli ambiti di *governance* contemplano ulteriori importanti sedi di lavoro in cui viene praticata la diplomazia della salute globale. Questa proliferazione di sedi sta mettendo a dura prova i dipartimenti responsabili della salute internazionale e globale all'interno dei ministeri della Salute, che spesso non sono attrezzati per gestire il crescente numero di negoziati e partner negoziali o la crescente necessità di coordinamento tra i ministeri. Ciò è particolarmente vero nel caso dei piccoli Stati e dei Paesi a basso e medio reddito. A causa della sempre maggiore complessità dei negoziati sulla salute, molte missioni permanenti a Ginevra hanno ora i cosiddetti "*health attachés*" (addetti alla salute) dedicati. In considerazione della crescente rilevanza della salute all'interno della diplomazia, alcuni ministeri degli Esteri tendono inoltre ad aumentare il numero di esperti in materia di salute all'interno del proprio staff.

Inoltre, è importante non sottovalutare il ruolo della diplomazia della salute informale, condotta tra diplomatici della salute ma anche con attori non statali, come ONG, università, fondazioni e settore privato. La diplomazia informale tra più soggetti può – e spesso lo fa – influenzare i risultati della diplomazia della salute globale ufficiale. La costruzione di relazioni è un'abilità cruciale nella diplomazia tra più soggetti. Svolge un ruolo particolarmente importante nei centri di negoziazione come Ginevra e New York, dove un gran numero di eventi e ricevimenti diplomatici offrono numerose opportunità di diplomazia informale e di raccolta di informazioni. A tal riguardo il **Capitolo 6** esamina più in dettaglio il ruolo degli attori non statali.

→ La salute sta uscendo dall'ambito puramente medico e tecnico per diventare un elemento sempre più cruciale delle politiche estere, di sicurezza e commerciali.

Esempio: Sfide per la diplomazia della salute globale durante il COVID-19

Le sfide affrontate dalla diplomazia della salute globale durante la pandemia COVID-19 riflettono in larga misura le difficoltà incontrate dal sistema multilaterale nell'ultimo decennio. La fragilità del sistema si è manifestata nell'iniziale mancanza di cooperazione globale sulla risposta alla pandemia. In particolare, lo stallo geopolitico tra Cina e Stati Uniti ha ostacolato i progressi degli approcci multilaterali non solo in seno all'OMS, ma anche a livello di G7, G20 e Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite. Questa tendenza negativa è stata ulteriormente accentuata dall'annuncio degli Stati Uniti di volersi ritirare dall'OMS.
Le sfide in questione erano notevoli, anche in vista dell'insediamento di un nuovo Presidente degli Stati Uniti: includevano il futuro dell'OMS, lo sviluppo di una nuova base giuridica per la preparazione e la risposta alle pandemie, possibilmente un'ulteriore revisione del Regolamento Sanitario Internazionale, e l'identificazione di nuovi approcci al finanziamento dei beni comuni per mantenere il mondo sicuro e rendere il vaccino anti-COVID-19 disponibile per tutti.

Per affrontare queste sfide sono stati creati nuovi meccanismi: un comitato dell'OMS per supervisionare il funzionamento del Regolamento Sanitario Internazionale durante la risposta al COVID-19; l'*Access to COVID-19 Tools Accelerator* (ACT-A) ossia un nuovo tipo di collaborazione globale per accelerare lo sviluppo, la produzione e l'accesso equo ai test, ai trattamenti e ai vaccini anti-COVID-19; la COVAX Facility, un meccanismo globale di condivisione del rischio per l'approvvigionamento in comune e la distribuzione equa dei vaccini anti-COVID-19; e nuove alleanze politiche e iniziative di raccolta fondi. L'Unione Europea, in particolare, ha svolto un ruolo importante nel promuovere il principio di solidarietà.

2.2 I fondamenti della moderna concezione di diplomazia della salute globale

L'architettura, le istituzioni e i processi della salute globale poggiano su tre pilastri fondamentali: *governance*, strumenti e diplomazia. La crescente interconnessione tra questi tre pilastri è una forza trainante essenziale della salute globale nel XXI secolo.

Le basi storiche della salute globale risalgono alla seconda metà del XIX secolo, con la prima di una serie di conferenze sanitarie internazionali tenutasi a Parigi nel 1851. La prima organizzazione sanitaria umanitaria – il Comitato Internazionale della Croce Rossa (*International Committee of the Red Cross*, ICRC) – è stata fondata nel 1863, mentre le convenzioni sanitarie internazionali iniziarono a essere adottate a partire dal 1892.

Nella prima metà del XX secolo sono state create due istituzioni pionieristiche nel campo della salute internazionale: l'Ufficio internazionale di sanità pubblica (*International Office of Public Health*) nel 1907 e l'Organizzazione sanitaria della Società delle Nazioni (*League of Nations Health Organization*) nel 1923. Poco più di un anno dopo la conclusione della Seconda Guerra Mondiale, il 22 luglio 1946 fu adottata a New York la Costituzione dell'OMS, la cui prima funzione statutaria era quella di **"agire come autorità di direzione e coordinamento del lavoro sanitario internazionale**". La Costituzione entrò in vigore nel 1948, quando l'OMS poté iniziare la sua attività a Ginevra.

Tuttavia, è stato negli ultimi decenni del XX secolo che l'attuale concezione della salute globale ha iniziato a prendere forma. L'aumento della domanda e delle aspettative di cooperazione globale in materia di salute è stato innescato da diversi fattori esterni, tra cui la globalizzazione, gli interessi commerciali transnazionali, la natura transfrontaliera dei determinanti di salute, le epidemie globali come l'HIV/AIDS e l'uso del tabacco, la crescente importanza politica della salute e la proliferazione degli attori internazionali coinvolti nelle tematiche sanitarie.

La fine del XX e l'inizio del XXI secolo hanno visto emergere una nuova dinamica bidirezionale nella salute globale. Da una parte, il mondo ha assistito a un rapido aumento del numero e dell'intensità dei fattori transnazionali che influenzano la salute. La crescita del commercio internazionale, delle imprese transnazionali, del turismo globale, dei trasporti e delle comunicazioni ha accelerato in modo significativo il movimento transfrontaliero di persone, beni, servizi, informazioni e stili di vita. Le nuove minacce globali, quali la disuguaglianza, il cambiamento climatico, l'insicurezza alimentare, la recrudescenza delle malattie infettive e le migrazioni di massa, hanno un impatto significativo sulla salute e sul benessere. I benefici della globalizzazione non sono stati equa-

mente distribuiti e le disuguaglianze sono aumentate in seguito alla crisi finanziaria del 2008 e alle politiche di austerità successivamente adottate da molti Paesi.

Dall'altra parte, oggi si è meglio compreso che la salute contribuisce in modo considerevole, direttamente e indirettamente, alla crescita economica e allo sviluppo sostenibile, nonché alla sicurezza, alla stabilità e alla pace internazionali. L'ampio impatto economico della crisi causata dal COVID-19 lo ha ulteriormente evidenziato. Inoltre, il settore sanitario è diventato una delle più grandi industrie. Nel 2021 la spesa globale per la salute ha raggiunto un nuovo massimo di 9.800 miliardi di dollari, pari al 10,3% del prodotto interno lordo (PIL) mondiale.* La salute è anche un settore centrale della finanza pubblica e una delle principali voci di spesa delle famiglie (Deloitte, 2019a). Di conseguenza, la salute ha acquisito un posto di rilievo nelle agende di politica interna ed estera della maggior parte dei Paesi.

Allo stesso tempo, sono emersi due approcci distinti alla salute globale. Un approccio è più incentrato sul miglioramento della salute nei Paesi in via di sviluppo; si basa sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, è finanziato dagli aiuti allo sviluppo e sempre più spesso sostenuto da grandi organizzazioni filantropiche. L'altro – rafforzato dalla pandemia COVID-19 – si occupa di tutti i Paesi, delle disuguaglianze di salute all'interno di essi e tra di essi e delle questioni sanitarie che trascendono i confini nazionali e richiedono risposte che tengano conto delle forze globali che determinano la salute delle persone. Questa interfaccia e interazione dinamica tra salute e fattori economici e sociali non può essere affrontata solo all'interno dei confini nazionali o regionali: le sfide che pone richiedono soluzioni globali basate su un coordinamento e un'azione multilaterali e tra più attori (*multi-stakeholder*), soprattutto durante le crisi sanitarie globali e le epidemie.

Oggi è in corso un vivace dibattito su come debba essere intesa la salute globale. I governi e le comunità del Sud globale, in particolare, non sono più disposti ad accettare approcci in cui non sono stati coinvolti fin dall'inizio, o ad adottare programmi sviluppati "per" loro da altri. Molti professionisti e molte organizzazioni della salute globale sono ancora concentrati nel Nord globale: di conseguenza, sono stati lanciati appelli per una "decolonizzazione" della salute globale (vedi **Riquadro 3**).

* Dati aggiornati dai curatori.

RIQUADRO 3 Decolonizzare la diplomazia della salute globale

Negli ultimi anni si è fatta sempre più crescente la richiesta di "decolonizzazione" della salute globale, da molti percepita come un ambito ancora intrinsecamente "colonialista". Studenti universitari hanno organizzato conferenze per mettere in discussione l'insegnamento a-storico e depoliticizzato della salute globale. Alcuni articoli di riviste hanno criticato la mancanza di inclusività nella conduzione e nella pubblicazione di ricerche; ad esempio, i ricercatori africani sono risultati nettamente sottorappresentati negli articoli scientifici sulle questioni sanitarie in Africa. Alcuni commentatori hanno individuato atteggiamenti e pratiche "coloniali" nella risposta globale alla pandemia COVID-19, dai primi suggerimenti di usare l'Africa come "terreno di prova" per un potenziale vaccino alle raccomandazioni degli esperti sul lavaggio delle mani e sul distanziamento sociale che non tengono conto del contesto locale dei Paesi meno sviluppati e in via di sviluppo.

Ma cosa significa decolonizzare? Esistono almeno due interpretazioni principali del termine "decolonizzazione". La visione tradizionale è che esso si riferisce alla fine del dominio territoriale di un Paese su un altro. In questo senso, la maggior parte dei Paesi – soprattutto nel "Sud globale"* – sarebbero già "decolonizzati". In un autorevole documento, tuttavia, il termine è stato definito come "l'inversione del processo di espansione imperiale europea con tutte le sue conseguenze politiche, economiche, sociali, culturali e linguistiche" (Bismarck, 2012) – in breve, il ritorno alle radici autoctone di un popolo. Sebbene molti retaggi del passato coloniale, come la lingua e la cultura, siano difficili – se non impossibili – da eliminare, ciò non significa che l'eredità del colonialismo, che si riflette nel capitalismo, nel sessismo, nel razzismo e nella globalizzazione dei nostri giorni, non possa essere esplicitamente riconosciuta e costantemente messa in discussione.

Quando si esamina il campo della salute globale, è importante anche il concetto correlato di "decolonialità". Originato da studi latinoamericani, si riferisce alla messa in discussione dell'universalità e della superiorità percepite della conoscenza e della cultura occidentali. Gran parte della medicina umana secolare e della salute globale contemporanea è stata plasmata dal pensiero occidentale, che ha largamente ignorato altri sistemi di produzione della conoscenza. Pertanto, la decolonialità nella salute globale è un invito a una visione più pluralistica della salute che consideri anche le prospettive non occidentali e indigene.

Si spera che questo smantellamento delle nozioni eurocentriche dia origine a interventi sanitari, politiche, pratiche e modalità di ricerca inclusivi e rispettosi delle diverse popolazioni e delle loro culture. Alcuni hanno sostenuto, ad esempio, che la mancanza di tale rispetto abbia portato a una "*narrative of mistrust*" ("narrazione di sfiducia") nella risposta internazionale all'epidemia di Ebola in Africa occidentale nel 2014 (Richardson, McGinnis & Frankfurter, 2019).

In che modo, dunque, la diplomazia della salute globale può essere "decolonizzata"? Sebbene la colonizzazione geopolitica del Sud globale da parte dei Paesi occidentali sia in gran parte terminata, le eredità coloniali prevalgono ancora sotto forma

* I termini "Sud Globale" ("*Global South*") e "Nord Globale" ("*Global North*") sono stati introdotti nel 1980 dal Rapporto Brandt, redatto da una commissione indipendente presieduta da Willy Brandt, ex cancelliere della Germania occidentale.

di politiche neoliberali, discriminazione di genere, supremazia bianca e distruzione ecologica, tutti elementi che ancora oggi continuano a determinare disuguaglianze sanitarie all'interno dei Paesi e tra di essi. Se si vogliono affrontare seriamente i problemi urgenti della salute globale – quali le malattie non trasmissibili, la salute sessuale e riproduttiva e l'impatto a lungo termine del cambiamento climatico sulla salute – i negoziati multilaterali e bilaterali per la salute tra i Paesi devono riconoscere e sfidare concretamente le cause di lunga data degli squilibri di potere.

Inoltre, le piattaforme per la diplomazia della salute devono essere rese più inclusive ed egualitarie. I Paesi in via di sviluppo non sono ancora in grado di superare le relazioni ineguali con i loro ex colonizzatori (e ora donatori di aiuti allo sviluppo), che dominano il processo decisionale sulla salute globale (sia nelle agenzie delle Nazioni Unite che nei partenariati pubblico-privati, come il Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria). C'è un forte bisogno di istituire riforme per dare pari voce a tutti i Paesi, ricchi e poveri. Il passaggio nel 2017 all'elezione del Direttore generale dell'OMS da parte dell'Assemblea mondiale della sanità (cioè da parte di tutti i Paesi), anziché da parte del Consiglio esecutivo, è stato un passo essenziale in questa direzione. Tuttavia, sarà necessario adottare ulteriori misure per accelerare i progressi verso una maggiore inclusività e diversificazione nella leadership, nella *governance* e nella diplomazia della salute globale.

Infine, l'applicazione di una prospettiva decoloniale alla diplomazia della salute aiuta a individuare le voci che sono "troppo forti" o quelle che "non vengono ascoltate affatto" al tavolo dei negoziati. Al di là dei governi nazionali, ci sono una miriade di attori che possono essere visti come responsabili di comportamenti "neocoloniali" e che esercitano un'influenza indebita e sproporzionata nella politica sanitaria globale – dalle banche multilaterali e le imprese transnazionali alle fondazioni filantropiche e ai *think tank* d'élite. Dall'altro versante, ci sono le "voci silenti" nella salute globale – donne, membri della comunità LGBT, minoranze etniche e comunità indigene, movimenti sociali del Sud Globale, tra gli altri. Per decolonizzare la diplomazia della salute globale, è stato sostenuto che è necessario proteggere lo spazio negoziale dai "neocolonizzatori" e creare maggiori opportunità per i "colonizzati" e gli oppressi di essere coinvolti nei negoziati – un primo passo importante per rendere la salute globale davvero globale.

Riferimenti

Si veda la sezione "*Pubblicazioni sulla decolonizzazione della diplomazia della salute globale*" nell'Allegato 2.

PEXELS – DIBAKAR ROY

2.3 Il sistema della diplomazia della salute globale

I meccanismi e gli strumenti istituzionali specifici della diplomazia della salute globale fanno parte di un sistema diplomatico più ampio, con il quale si intersecano e dal quale in parte dipendono. La **Sezione 1.4** ha descritto tre ambiti di *governance* all'interno dei quali gli attori negoziano e prendono decisioni, cercando di dare un'idea generale del complesso e dinamico ecosistema della salute globale.

Nonostante l'indebolimento del multilateralismo negli anni recenti, il canale principale per la diplomazia della salute globale rimane la negoziazione tra gli Stati nell'ambito del sistema delle Nazioni Unite. L'OMS continua ad essere il canale principale per la diplomazia della salute globale in virtù del suo mandato costituzionale di coordinare il lavoro sanitario internazionale e di stabilire norme e standard, del suo alto livello di legittimità derivante dalla rappresentanza degli Stati e del suo potere di elaborazione dei trattati. Tuttavia, l'OMS è diventata anche una piattaforma indispensabile per la diplomazia della salute *multi-stakeholder*. L'annuale Assemblea mondiale della sanità, ad esempio, riunisce fino a 4.000 partecipanti da tutto il mondo: in queste occasioni si può davvero dire che "tutti sono diplomatici della salute".

La diplomazia della salute globale dell'OMS segue il sistema generale di rappresentanza diplomatica con le relative pratiche di comunicazione. L'Organizzazione conta attualmente 194 Stati membri e opera secondo il principio di rappresentanza universale delle Nazioni Unite, con un voto per ogni Paese, indipendentemente dalle dimensioni o dal livello di sviluppo. A differenza di molte altre sedi diplomatiche, **i negoziati in seno all'OMS mirano a raggiungere il consenso**, anche se in linea di principio è possibile ricorrere a una votazione.

All'interno dell'OMS possono spesso sorgere tensioni tra le proposte del Segretariato, basate su valori ed evidenze, gli interessi di politica estera degli Stati Membri e gli interessi nazionali specifici dei ministeri della Salute che rappresentano i loro Paesi negli organi direttivi dell'OMS. Nella maggior parte dei casi, le trattative quotidiane sono condotte dagli *health attachés*, che operano presso le rappresentanze diplomatiche a Ginevra. I rappresentanti di livello superiore, come gli ambasciatori o i ministri, si uniscono a loro in occasione delle riunioni più importanti o quando devono essere adottate decisioni cruciali. La missione permanente di uno Stato – ad esempio a Ginevra – o i negoziatori della capitale ricevono istruzioni dal governo nazionale e cercano di garantire che la posizione e gli interessi nazionali dello Stato si riflettano nell'esito dei negoziati. L'efficacia

delle missioni più piccole può dipendere in larga misura dalla personalità e dai contatti dell'*health attaché*, mentre le missioni più grandi operano maggiormente attraverso il loro apparato diplomatico.

La responsabilità del successo dei negoziati ricade anche sui segretariati di organizzazioni come l'OMS. Il modo in cui vengono sviluppate le proposte fa la differenza: se vengono gestite in modo trasparente, suscitando consenso e includendo il dialogo e le consultazioni con gli Stati membri, la società civile e il settore privato, è probabile che le proposte facciano progressi più rapidi all'interno degli organi direttivi. Sapere quando e come presentare le proposte è un'abilità importante che deve essere affinata all'interno dei segretariati di tali organizzazioni per garantire il successo della diplomazia della salute.

Meccanismi, procedure e strategie appropriate sviluppate a **livello nazionale** sono cruciali per il successo dei negoziati globali. Una buona salute globale inizia a livello nazionale. I *policy frameworks* (quadri politici) nazionali sulla salute globale possono fungere da bussola per i negoziati ad altri livelli e possono essere supportati da dipartimenti e *focal points* (punti focali) per la salute globale all'interno dei ministeri nazionali (si veda la **Sezione 8.4**).

Questi *policy frameworks* possono riguardare la salute globale in generale, oppure possono essere strategie nazionali su questioni specifiche (come la resistenza antimicrobica) che sottolineano la necessità di una cooperazione sia nazionale che internazionale. Il successo dei negoziati internazionali dipende anche dalla fiducia che i Paesi hanno nelle singole organizzazioni, il cui livello è spesso misurabile nei risultati delle revisioni ufficiali. Ne sono un esempio la *Multilateral Aid Review* del Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord e la *Multilateral Organisation Performance Assessment Network*, che esaminano le prestazioni delle organizzazioni multilaterali e valutano i piani e le strategie nazionali.

Poiché i negoziati sulla salute richiedono spesso un'interazione tra le politiche sanitarie e quelle estere (e di altri settori), il ruolo degli health attachés è diventato sempre più importante. Questi diplomatici devono informare i funzionari delle capitali, preparare i negoziati e in molti casi accompagnarli personalmente, sia a Ginevra che a New York.

Ginevra, sede di molte organizzazioni sanitarie internazionali, è considerata la capitale della salute globale e qui sono rappresentati la maggior parte dei Paesi e molti altri attori chiave della salute globale. La città offre un ambiente in cui è facile stabilire relazioni e utilizzare canali formali e informali per preparare i negoziati. Tuttavia, i negoziati sulla salute globale si svolgono sempre più spesso anche presso le **Nazioni Unite a**

New York, soprattutto perché la salute è una componente essenziale dei SDG (in particolare l'Obiettivo 3). In alcuni casi, le questioni sanitarie acquisiscono una rilevanza tale da essere discusse all'Assemblea Generale, al Consiglio di Sicurezza o in speciali vertici di alto livello. Altre sedi importanti sono le riunioni periodiche del G7 e del G20 e i vertici speciali. Alcuni commentatori hanno criticato il fatto che la maggior parte delle principali organizzazioni sanitarie ha sede a Ginevra, cioè nel Nord globale, mentre molte delle sfide che sono chiamate ad affrontare si trovano nei Paesi a basso e medio reddito del Sud globale. Va inoltre notato che alcuni Paesi a basso reddito non hanno una propria rappresentanza a Ginevra.[1]

Come altre aree della diplomazia, il sistema della diplomazia della salute globale si è evoluto per gestire non solo le relazioni tra Stati (bilaterali e multilaterali), ma anche quelle tra Stati e altri attori. L'importanza della diplomazia *multi-stakeholder* è aumentata in modo esponenziale. Le organizzazioni della società civile, in particolare, si aspettano un alto livello di coinvolgimento, trasparenza e *accountability*. Non sempre i grandi donatori e le fondazioni sono in grado di offrire questo. Molte delle organizzazioni che operano nel campo della salute globale istituite recentemente a Ginevra sono caratterizzate da una *governance multi-stakeholder* e basata su *constituencies* (circoscrizioni del Consiglio di amministrazione). Ad esempio, il Consiglio di amministrazione del Fondo Globale comprende 28 seggi, di cui 10 rappresentano le circoscrizioni dei donatori e 10 quelle degli implementatori dei programmi; i restanti 8 seggi sono riservati ai membri non votanti

[1] La Federazione svizzera fornisce una panoramica regolarmente aggiornata di tutte le organizzazioni e rappresentanze a Ginevra: https://www. eda.admin.ch/dam/mission-onu-omc-aele-geneve/en/documents/GI--en-chiffres_EN.pdf

Ginevra, sede di molte organizzazioni sanitarie internazionali, è considerata la capitale della salute globale, ma i negoziati sulla salute globale si svolgono sempre più spesso anche presso le Nazioni Unite a New York.

del Consiglio di amministrazione, che comprendono un'ampia gamma di attori della salute globale, inclusa la società civile.

Sebbene vi sia spesso competizione tra gli attori della salute globale, inclusa l'OMS, per le scarse risorse dei donatori, tutti contano sull'OMS per gli aspetti decisivi relativi al buon esito della loro missione, che si tratti di norme e standard su cui si basa il loro lavoro, del supporto tecnico a livello nazionale fornito dagli uffici nazionali dell'OMS, o anche solo della legittimità derivante dall'avere un certo supporto da parte dell'OMS che ha una composizione (*membership*) realmente universale ed inclusiva e un metodo di lavoro basato sul consenso. In qualità di autorità di indirizzo e coordinamento in materia di salute globale, l'OMS ha saputo rispondere al continuo aumento del numero di attori nell'arena della salute globale impegnandosi con gli attori non statali, riconoscendo il loro contributo alla salute globale e incoraggiandoli a sviluppare le proprie attività per proteggere e promuovere la salute pubblica nel loro Paese e all'estero. Le loro relazioni con l'OMS sono regolate dal *Framework of Engagement with Non-State Actors* (FENSA, ossia Quadro di riferimento per l'impegno con gli attori non statali) che ha lo scopo di rafforzare la collaborazione dell'OMS con gli attori non statali (ONG, enti del settore privato, fondazioni filantropiche e istituzioni accademiche), proteggendo al contempo il lavoro dell'Organizzazione da potenziali conflitti di interesse, rischi per la reputazione e condizionamenti impropri. (Per maggiori dettagli sulle sedi e gli attori della diplomazia della salute globale si rimanda al **Capitolo 6).**

2.4 Relazioni nel sistema della diplomazia della salute globale

I Paesi si impegnano nella diplomazia della salute globale, sia formalmente che informalmente, in diversi modi. In effetti, le diverse forme di conduzione della diplomazia in generale si applicano anche alla diplomazia della salute. Le dinamiche di potere diseguali tra Stati, e tra Stati e altri attori che vogliono influenzare i negoziati, hanno sempre un impatto – a volte anche decisivo – sull'esito dei negoziati. Nonostante le numerose difficoltà incontrate negli ultimi decenni, la volontà di impegnarsi nei negoziati e di raggiungere un risultato è sempre stata generalmente presente. Tuttavia, l'indebolimento dell'impegno verso il multilateralismo sta rendendo più difficile l'uso di diverse forme di diplomazia per far progredire l'azione. Un segnale eloquente è che le grandi riunioni sono sempre più spesso incapaci di raggiungere una conclusione concordata. Il sistema consolidato della diplomazia della salute globale è stato stravolto, e il vuoto di leadership

recentemente creato dagli Stati Uniti non è ancora stato colmato, anche se si stanno formando nuove alleanze fra Stati.

Nella maggior parte dei casi, per portare avanti una determinata agenda vengono utilizzati contemporaneamente diversi canali diplomatici. Come già indicato, i negoziati formali e informali (**diplomazia "track-one"**e **"track-two"**) si svolgono solitamente in parallelo. Per far avanzare le proprie posizioni e testare possibili alleanze, i Paesi (e altre parti interessate) si impegnano talvolta in un *"forum-shopping",* ovvero lanciano una determinata tematica per loro importante in diverse sedi negoziali e a diversi livelli (questo processo dipende ovviamente dall'influenza che hanno nelle varie sedi). Se ben condotti, i negoziati possono rafforzarsi l'un l'altro e possono persino facilitare le svolte diplomatiche, ma possono anche fallire, come nel caso dei negoziati sulla salute globale al G7 e al G20 nel 2020.

La maggior parte dei Paesi è impegnata a **livello multilaterale** con le entità del sistema delle Nazioni Unite (si veda il grafico nella **Sezione 6.3**).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è l'entità principale quando si tratta di negoziare norme e standard sanitari globali. Le priorità di tali negoziati sono solitamente stabilite dai governi, che partecipano come pari grado (secondo il principio di un voto per Paese) nell'ambito delle Nazioni Unite. Prima di passare alla fase dell'OMS ci sono normalmente negoziati preparatori a livello bilaterale e regionale. A tutti questi livelli si creano alleanze per portare avanti un'agenda. La diplomazia della salute globale si svolge anche presso le istituzioni di Bretton Woods, come la Banca Mondiale, soprattutto per quanto riguarda le questioni di finanziamento della salute, e presso organizzazioni sanitarie specifiche come la Gavi Alliance, il Fondo Globale e il Fondo Internazionale per l'Acquisto di Farmaci (UNITAID).

Il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS) è stato istituito dal Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite e rimane l'unico programma congiunto co-sponsorizzato del sistema ONU. UNAIDS è guidato dal suo Consiglio di coordinamento del Programma (*Programme Coordinating Board*), una struttura di governance unica per le sue dimensioni ridotte e il suo livello di inclusione: comprende gli Stati membri, i co-sponsor, i rappresentanti della società civile e, in particolare, le persone che vivono con l'HIV e ne sono affette. È significativo che la delegazione delle ONG al Consiglio di coordinamento del Programma abbia uno status di parità con gli Stati membri e gli sponsor di UNAIDS. Accordi come questi potrebbero contribuire a promuovere la decolonizzazione della governance della salute globale.

Il Fondo Globale è invece una fondazione privata di diritto svizzero, anche se con uno status quasi intergovernativo conferito dal governo svizzero. Istituita per accelerare la fine delle epidemie di AIDS, tubercolosi e malaria, il Fondo Globale lavora in collaborazione con i governi, la società civile, le agenzie tecniche, il settore privato e le persone colpite da queste malattie, che sono rappresentate nei suoi organi direttivi.

In contesti come i negoziati del Fondo Globale o della Gavi Alliance, il livello di sviluppo di un Paese può determinare la sua partecipazione ai negoziati come donatore, beneficiario o implementatore. Spesso viene scelto un modello di rappresentanza per *constituency* (cfr. **Riquadro 10** e **Riquadro 11**). La **diplomazia** *multi-stakeholder* in tutte le organizzazioni e le sedi negoziali coinvolge sempre più spesso altri *stakeholder*: grandi fondazioni, mondo accademico, settore privato e ONG. Questo impegno comprende un'ampia gamma di interazioni ed è spesso un fattore essenziale per il successo dei negoziati, anche se le decisioni finali sono prese dagli Stati. La diplomazia della salute globale è condotta anche attraverso **partenariati e alleanze pubblico-privato**, compresi nuovi meccanismi come l'*Access to COVID-19 Tools Accelerator*, che riunisce governi, scienziati, imprese, società civile, filantropia e organizzazioni sanitarie globali.

I **vertici dei gruppi di Paesi**, quali il G7, il G20, i BRICS e il Commonwealth, svolgono un ruolo sempre più importante nella diplomazia della salute globale. Un numero crescente di negoziati multilaterali su questioni sanitarie si svolge a livello di capi di Stato e di governo. Si parla spesso di **"diplomazia di club"**, in cui l'adesione è limitata a un gruppo selezionato di Paesi e le presidenze a rotazione decidono quali altri Paesi invitare a partecipare ai negoziati.

A tal riguardo, i recenti vertici del G7 hanno dedicato una notevole attenzione alla salute (soprattutto grazie alle presidenze di Francia, Germania e Giappone). Similmente, in ambito G20, si tengono regolarmente riunioni dei ministri della Salute fin dal primo incontro di questo tipo, tenutosi a Berlino nel maggio 2017. Ci sono state anche riunioni congiunte dei ministri della Salute e delle Finanze e negli ultimi anni, i comunicati finali dei vertici del G7 e del G20 hanno fatto sempre più spesso riferimento alle questioni sanitarie. Raggiungere un accordo sulle questioni della salute globale in tali vertici, tuttavia, è ora più difficile da raggiungere a causa della politicizzazione a seguito della pandemia COVID-19.

È probabile, inoltre, che la maggior parte dei Paesi sia impegnata a negoziare **accordi bilaterali** sulla salute. I negoziati bilaterali sono spesso finalizzati a garantire il sostegno finanziario dei donatori o di grandi agenzie di finanziamento come la Banca Mon-

diale o il Fondo Monetario Internazionale. Tuttavia, possono anche riguardare l'accesso delle persone ai servizi sanitari o questioni legate alla sicurezza dei prodotti sanitari che attraversano i confini. In questi negoziati sono possibili miriadi di costellazioni: non solo Sud-Nord, ma anche Nord-Nord e Sud-Sud. La Cina ha sviluppato un nuovo approccio misto, utilizzando la *Belt and Road Initiative* per costruire una "Via della seta della salute" (cfr. **Riquadro 5**).

I Paesi possono anche essere impegnati a negoziare **accordi regionali**, ad esempio all'interno dell'Unione europea (UE), dove tali accordi sono spesso vincolanti, o tra regioni, come tra l'UE e l'Unione africana. I Paesi di un blocco regionale dovranno spesso negoziare e concordare le loro posizioni in un negoziato multilaterale, ma gli accordi commerciali bilaterali (che spesso includono disposizioni relative alla salute) sono in aumento. Poiché gli accordi commerciali regionali possono avere impatti positivi e negativi significativi sulla salute, spesso si rivelano difficili da negoziare. I raggruppamenti regionali possono svolgere un ruolo essenziale nel promuovere la salute globale, come ha fatto la Comunità dei Caraibi (CARICOM) con l'agenda sulle malattie non trasmissibili o, più di recente, l'UE con la risposta alla pandemia COVID-19 (si veda il **Capitolo 7).**

Tutto ciò testimonia la sovrapposizione sempre più importante tra diplomazia della salute e **diplomazia economica e commerciale**. La diplomazia economica si occupa di molti determinanti transfrontalieri della salute, ad esempio di come stimolare la crescita economica, in particolare nei Paesi più poveri. La diplomazia commerciale, invece, consiste principalmente nell'assistenza alla promozione delle esportazioni, alla garanzia degli investimenti diretti esteri e all'accesso alle materie prime. Essa è diventata sempre più rilevante nel campo della salute, in ragione dell'aumento dell'importanza dell'accesso ai farmaci e delle catene di approvvigionamento globali per la salute. Gli analisti hanno notato come la diplomazia moderna sia stata influenzata dal commercio fin dai suoi albori e come la priorità data alla diplomazia economica e commerciale sia aumentata negli ultimi anni (Berridge, 2015). La diplomazia della salute è inoltre fortemente integrata con la diplomazia economica e commerciale in aree diverse come la protezione della proprietà intellettuale, la resistenza antimicrobica, le malattie non trasmissibili e le politiche di etichettatura nel campo della nutrizione. È necessario fare di più per unire in modo proattivo questi flussi di lavoro, sia all'interno delle delegazioni nazionali che tra le organizzazioni internazionali, come esemplificato dalla cooperazione trilaterale sull'accesso ai farmaci intrapresa dall'OMS, dall'OMC e dall'Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale (OMPI).

La tendenza verso una maggiore integrazione è stata rafforzata dalle crescenti richieste (ad esempio, al G7 e al G20) di riunioni congiunte dei ministri della Salute e delle Finanze per garantire i finanziamenti per la copertura sanitaria universale o per la preparazione e la risposta alle pandemie. La maggior parte dei Paesi integra la diplomazia economica e commerciale nella propria diplomazia sanitaria almeno in una certa misura, ma questo non deve essere visto necessariamente come qualcosa di negativo. La questione delle catene di approvvigionamento globali in risposta al COVID-19 ne è un esempio. Ad esempio, una recente direttiva veterinaria dell'UE ha potenziali implicazioni di vasta portata per la lotta alla resistenza antimicrobica, ma sta anche creando notevoli disagi nelle Americhe e in Oceania, poiché i partner commerciali di queste regioni non classificano necessariamente alcuni additivi per mangimi come antibiotici, al contrario della nuova direttiva dell'UE. In questo caso entrano in gioco una serie di fattori commerciali, tra cui la protezione dei produttori nazionali a scapito delle importazioni.

La diplomazia sanitaria – soprattutto se accompagnata dalla diplomazia scientifica – è un utile canale di interazione tra Paesi che hanno pochissimi o nessun rapporto di politica estera tra loro. Negli Stati Uniti, il termine **"track-three diplomacy"** è spesso usato per indicare approcci che riuniscono esperti, scienziati e cittadini; viene anche definito "*people to people diplomacy*". Operando a livello delle comunità locali, questi approcci cercano di facilitare una migliore comprensione delle posizioni altrui. Molte conferenze sulla salute globale danno spazio a questo tipo di diplomazia che, come gli altri tipi, è diventata più difficile a seguito della pandemia COVID-19. Nelle situazioni di crisi e nella diplomazia umanitaria, l'uso della **diplomazia delle terze parti**, in cui un attore neutrale e indipendente funge da intermediario, può essere cruciale.

Come già indicato, altre tipologie di diplomazia possono essere molto importanti per il progresso della salute globale: la diplomazia delle crisi e delle emergenze, la diplomazia umanitaria, la diplomazia della scienza e la diplomazia del clima. È importante tenere presente che i diplomatici lavorano a rotazione e fanno esperienza in molti contesti. Ad esempio, molti diplomatici prestano servizio a Ginevra dopo aver fatto parte delle delegazioni nazionali presso le Nazioni Unite a New York. Sono quindi possibili diverse tipologie di esperienze e questo può essere un vantaggio nei negoziati sulla salute.

2.5 La diplomazia digitale

La **diplomazia digitale** viene sempre più utilizzata per far conoscere la posizione di un Paese a un pubblico più vasto (funzione precedentemente svolta dalla **diplomazia pubblica**) e per influenzare i negoziati.

Ciò include l'uso dei media elettronici (come siti web, podcast e blog) e dei social media (in particolare Facebook e la app X – ex-Twitter) per raggiungere altri negoziatori, il pubblico e i giornalisti. La diplomazia digitale comprende canali come la "cyberdiplomazia"[2], che ha a che fare principalmente con questioni di sicurezza; la "diplomazia tecnologica e scientifica"[3], che riguarda le interazioni degli Stati attraverso i centri di innovazione; la "diplomazia dei dati"[4], che si riferisce all'uso e all'impatto dei "big data"[5] sulla diplomazia e sugli affari internazionali; e l'"e-commerce"[6], che riguarda le questioni economiche.

La diplomazia digitale attraverso i social media è spesso utilizzata da attori non statali per persuadere o addirittura fare pressione sui diplomatici affinché adottino una particolare posizione nei negoziati. Ad esempio, i social media sono stati protagonisti della campagna "Europa! Giù le mani dalle nostre medicine!" lanciata da Medici senza frontiere nel 2010 per dissuadere l'UE dal concludere un accordo commerciale con l'India che avrebbe limitato la produzione di farmaci generici per il trattamento della tubercolosi e di altre malattie. I social media hanno svolto un ruolo importante anche nella negoziazione di una "risoluzione sulla trasparenza dei prezzi dei farmaci" alla 72a Assemblea mondiale della sanità nel 2019 (vedi **Caso studio 1**). L'uso crescente di nuovi strumenti basati sul web nella pratica della diplomazia è destinato a continuare.

La diplomazia di X/Twitter ha giocato un ruolo determinante nelle elezioni dei direttori generali dell'OMS e dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO). La maggior parte dei candidati a cariche ONU di alto livello fa e ha fatto attivamente campagna elettorale su X/Twitter. Questa piattaforma

---

[2] DiploFoundation sulla Cyberdiplomazia: https://www.diplomacy.edu/blog/web-discussion-summary-applicability-internation- al-law-cyberspace-do we-know-rules-road

[3] DiploFoundation sulla diplomazia tecnologica e scientifica: https://www.diplomacy.edu/innovationhubs

[4] DiploFoundation sulla diplomazia dei dati: https://www.diplomacy.edu/datadiplomacy/policyresearch

[5] Sito web della DiploFoundation sulla Diplomazia dei Dati: https://www.diplomacy.edu/blog/impact-big-data-geopolitics-negotia- tions-and-diplomatic-modus-operandi

[6] Sito web della Fondazione Diplo sul commercio elettronico: https://www.diplomacy.edu/e-commerce

viene utilizzata sempre più spesso anche dai capi di Stato e di governo e da ministri e diplomatici per condividere le proprie opinioni e posizioni con un vasto pubblico. Allo stesso modo, i capi delle organizzazioni internazionali utilizzano i social media per presentare il loro lavoro e le loro politiche, come ha fatto in particolare il Direttore generale dell'OMS durante la pandemia COVID-19.

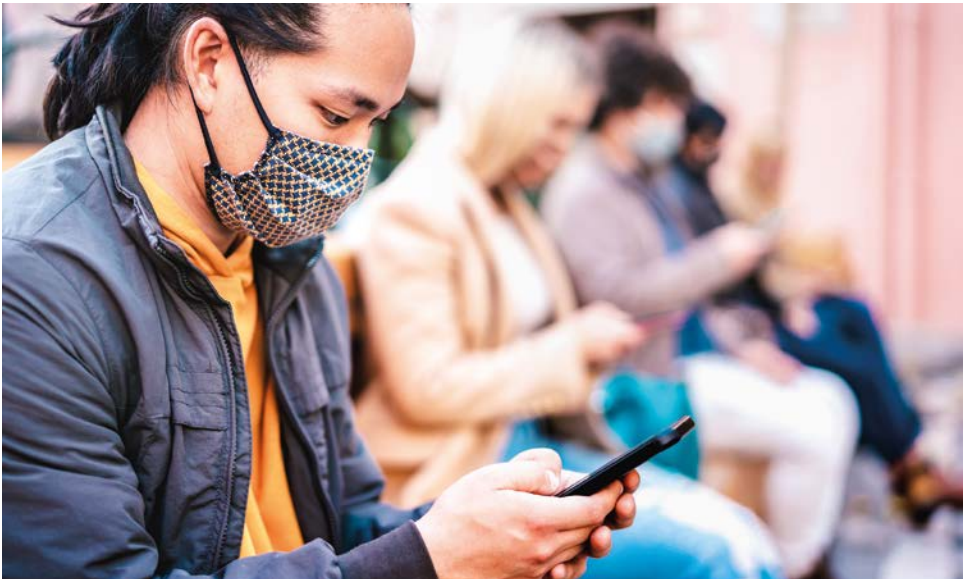
I social media sono particolarmente importanti in quella che è stata definita **"diplomazia delle questioni globali"**. Nel contesto della diplomazia della salute globale, questo si riferisce agli sforzi per promuovere una questione sanitaria specifica, come nel caso di una certa malattia, l'AIDS per esempio) o di un gruppo di malattie, come le malattie non trasmissibili o le malattie tropicali neglette, in cima all'agenda, per ottenere l'accettazione di un approccio specifico ("One Health", o anche della copertura sanitaria universale), o per attirare l'attenzione sulla discriminazione (per esempio la campagna *Women in Global Health*). I social media sono inoltre determinanti per nuove strategie e approcci di raccolta fondi, come dimostra la campagna "*One World: Together At Home*", a sostegno della risposta alla pandemia COVID-19.

La salute globale è un'area in cui un ampio coinvolgimento della società è chiaramente rilevante. Le organizzazioni della società civile che si occupano di programmi di sviluppo si aspettano che i governi sostengano iniziative su salute globale, sviluppo umano e diritti umani. Il numero di ONG attive nel campo della salute globale è cresciuto in modo significativo negli ultimi anni e anch'esse utilizzano i social media per chiedere investimenti, azioni e responsabilità. Le stesse hanno anche iniziato a organizzare nuove tipologie di **campagne globali di raccolta fondi,** come "*One World: Together At Home*"

Le organizzazioni della società civile che si occupano di programmi di sviluppo si aspettano che i governi sostengano iniziative su salute globale, sviluppo umano e diritti umani.

e "*Global Citizen*", che hanno contribuito a raccogliere oltre 230 milioni di dollari per il *COVID-19 Solidarity Response Fund* (Fondo di risposta solidale per il COVID-19) istituito dall'OMS insieme a diverse fondazioni filantropiche di tutto il mondo.

Se da un lato i social media offrono a un'ampia parte di pubblico l'opportunità di commentare l'azione (o la negligenza) della politica estera, dall'altro possono anche causare che i negoziatori siano sottoposti a una forte pressione morale, a risposte altamente emotive e persino a feroci attacchi personali. L'OMS ha messo in guardia dagli impatti negativi sulla salute dell'**"infodemia"**, ovvero quando il volume di informazioni associate a un argomento specifico cresce in modo esponenziale in un breve periodo di tempo. La pandemia COVID-19 e le conseguenti misure di risposta sono state accompagnate da una massiccia infodemia: una sovrabbondanza di informazioni – alcune accurate, altre no – che ha reso difficile per le persone trovare fonti attendibili e indicazioni affidabili quando ne avevano più bisogno. Questo nuovo ambiente informativo rappresenta una sfida crescente per i diplomatici. Di conseguenza, l'OMS ha preso la decisione cruciale di tenere conferenze stampa sulla risposta al COVID-19 tre volte alla settimana – e di combinarle con una forte presenza sui social media e con sforzi di sensibilizzazione.

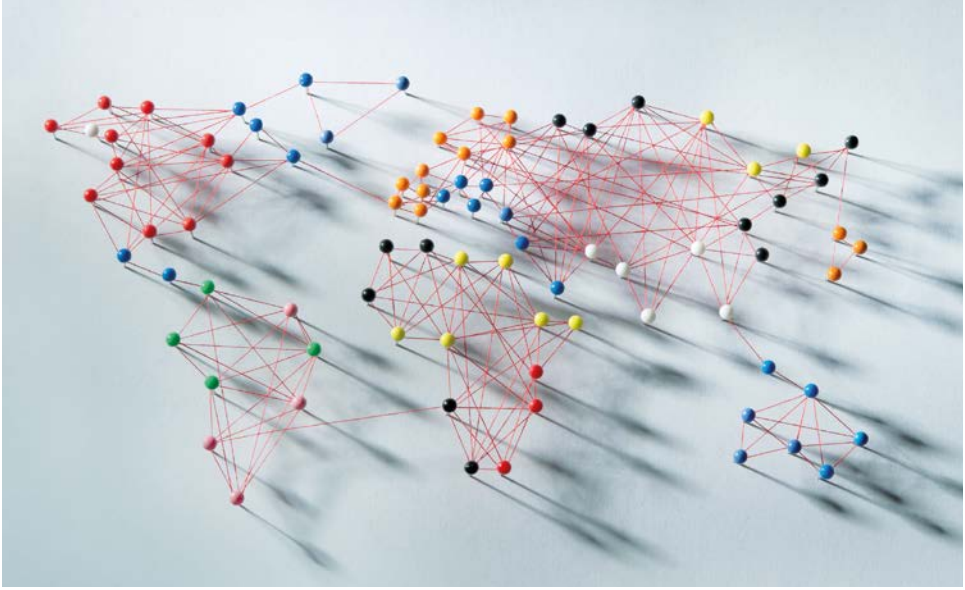


Le dimensioni della diplomazia della salute globale

Gli sforzi della diplomazia della salute globale possono essere meglio compresi scomponendo questo campo in sette dimensioni.

Le sette dimensioni della diplomazia della salute globale:

- negoziare per promuovere la salute e il benessere a fronte di altri interessi
- creare nuovi meccanismi di governance a sostegno della salute e del benessere
- creare alleanze che sostengano risultati di salute e benessere
- costruire e gestire le relazioni con i donatori e le parti interessate
- rispondere alle crisi di salute pubblica
- migliorare le relazioni tra i Paesi attraverso la salute e il benessere
- contribuire alla pace e alla sicurezza.



3.1 Negoziare per promuovere la salute e il benessere a fronte di altri interessi

La diplomazia della salute globale dell'OMS è particolarmente importante perché è l'unica organizzazione sanitaria globale che stabilisce norme e standard e può adottare trattati. Sostenere gli interessi della salute di fronte ad altri interessi – come è avvenuto, ad esempio, durante i negoziati per la *Framework Convention on Tobacco Control* (Convenzione quadro sul controllo del tabacco) adottata nel 2003 – è una questione altamente politica e delicata che richiede una preparazione approfondita. È importante mettere in campo evidenze, lungimiranza e giudizio per garantire che le considerazioni politiche a breve termine e gli interessi commerciali non compromettano la priorità degli aspetti sanitari nello sviluppo sostenibile. La pandemia COVID-19 ha dimostrato che, oltre a un mandato forte, le istituzioni globali come l'OMS devono avere anche strumenti forti per rispondere alle crisi sanitarie, altrimenti gli interessi geopolitici e nazionali possono ostacolare soluzioni che vadano a beneficio di tutti i Paesi. Prima di ogni ciclo di negoziati sulla salute globale, è fondamentale che i Paesi membri valutino gli interessi in gioco e si preparino bene per poterli affrontare strategicamente.

Di seguito presentiamo quattro esempi di negoziati di diplomazia della salute globale che si sono rivelati difficili a causa dell'interazione di interessi politici, economici e commerciali:

Trasparenza dei prezzi dei farmaci: L'adozione, nel maggio 2019, della storica risoluzione WHA72.8 dell'Assemblea mondiale della sanità sul miglioramento della trasparenza dei mercati di farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari è stata raggiunta solo dopo una serie di negoziati molto controversi, con un gruppo di Stati membri che si è ritirato dalla fase finale per motivi sia di sostanza che di processo. La risoluzione incarica gli Stati membri e l'OMS di creare sistemi per raccogliere e condividere informazioni su prezzi, vendite, brevetti, costi di ricerca e sviluppo (R&S) del settore pubblico e privato, sovvenzioni per la R&S e altre voci (si veda il **Caso studio 1** di Catherine Saez).

Salute dei rifugiati e dei migranti: In occasione della 72a Assemblea mondiale della sanità, gli Stati membri hanno accolto il documento *Promoting the health of refugees and migrants: Draft global action plan, 2019-2023* (Promuovere la salute di rifugiati e migranti: Bozza di piano d'azione globale, 2019-2023). Dopo un lungo dibattito, che rifletteva il mutato panorama politico e il tono fortemente emotivo delle attuali discussioni sulla migrazione, non è stato possibile conciliare i punti di vista opposti delle delegazioni, nonostante l'intenzione originaria fosse quella di raggiungere una risoluzione. Il risultato finale è stato l'unico condivisibile per alcuni Paesi che non si sentivano pronti ad accettare gli obblighi previsti dal piano d'azione se fosse stato adottato.

Proprietà intellettuale: Gran parte della diplomazia della salute globale in questo campo si svolge in forum "non sanitari" come l'Organizzazione Mondiale del Commercio; un esempio significativo sono i negoziati che hanno portato all'Accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio (TRIPS Agreement – *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) del 1995, in cui le esigenze della salute pubblica hanno dovuto essere sostenute di fronte a interessi politici, economici e commerciali.

Risposta alla pandemia COVID-19: È diventato sempre più difficile raggiungere un accordo sulle misure collettive di risposta alla pandemia in sedi di negoziazione politica come il G7 o il G20, in particolare a causa delle tensioni geopolitiche tra Cina e Stati Uniti e dell'atteggiamento critico dell'amministrazione statunitense nei confronti dell'OMS in quel periodo.

Riferimenti

Bernes TA. COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation; 2020 (https:// www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20, consultato il 14 settembre 2020).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors. Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/326918, consultato il 14 settembre 2020).

Watal J, Taubman A, editors. The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization; 2015 (https://www.wto.org/ english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, consultato il 14 settembre 2020).

3.2 Creazione di nuovi meccanismi di *governance* a sostegno della salute e del benessere

All'inizio del XXI secolo, sono state create nuove organizzazioni nel campo della salute globale, come UNAIDS, il Global Funde la Gavi Alliance, che oggi godono di una solida reputazione. La loro nascita è stata resa possibile grazie ai negoziati tra i Paesi e gli altri partner dell'OMS, delle Nazioni Unite, del G7 e del G20, che hanno portato a un accordo sulla creazione di queste organizzazioni e sui rispettivi meccanismi di finanziamento e di *governance*. Queste organizzazioni sono state spesso create perché l'OMS non era in grado o non intendeva svolgere determinate funzioni. Tuttavia, questo processo ha portato inavvertitamente alla frammentazione della *governance* della salute globale. Per questo motivo, molti attori della comunità internazionale oggi esprimono riserve sulla creazione di altre organizzazioni simili a queste.

Negli ultimi anni sono emerse due grandi tendenze. In primo luogo, si è verificato uno spostamento dalla tradizionale architettura della salute globale verso nuovi spazi

e meccanismi politici, come i forum delle Nazioni Unite, i blocchi economici e politici regionali, le grandi conferenze su altre priorità globali (clima, urbanizzazione, azione umanitaria), le iniziative del Sud globale e la definizione dell'agenda da parte delle riviste scientifiche di salute globale (cfr. **Capitolo 2**). In secondo luogo, i processi di *governance* sono cambiati: i negoziati su una gamma dinamica di questioni politiche e di altro tipo sono condotti da una rete sempre più flessibile di partenariati, alleanze e coalizioni (come i partenariati pubblico-privati dedicati e le reti di ONG).

All'interno delle organizzazioni intergovernative, i Paesi membri stanno negoziando nuovi modelli di *governance*. Ad esempio, gli Stati membri dell'OMS hanno modificato il regolamento interno del Consiglio esecutivo e le modalità di elezione del Direttore generale. Hanno inoltre rafforzato il ruolo operativo dell'Organizzazione attraverso l'istituzione di un nuovo Programma per le emergenze sanitarie. Si tratta di importanti processi di diplomazia della salute globale per il loro impatto sul processo decisionale a lungo termine.

In effetti, sono già stati lanciati molti appelli per una revisione completa dei meccanismi di *governance* della salute globale, al fine di garantire una cooperazione e un utilizzo dei fondi più efficaci. Alcune proposte implicano un rafforzamento, altre un indebolimento dell'OMS e del suo mandato. Conciliare queste tendenze spesso opposte sarà un tema di importanza fondamentale per la diplomazia della salute globale nei prossimi anni.

3.3 La creazione di alleanze a sostegno dei risultati in materia di salute e benessere

A prescindere dal fatto che sia stato raggiunto o meno un accordo esplicito, i singoli Stati membri, per ottenere un vantaggio reciproco o per raggiungere uno scopo comune, possono creare delle alleanze. Le alleanze per la salute globale possono includere alleanze politiche. Ad esempio, nel 2019, Francia e Germania hanno istituito l'Alleanza per il Multilateralismo, che cerca di riunire tutti quelli che credono che una cooperazione multilaterale forte ed efficace, basata sugli obiettivi e sui princìpi della Carta delle Nazioni Unite, sul diritto internazionale e sulla giustizia, sia indispensabile per garantire pace, stabilità e prosperità. L'Alleanza ha rilasciato una dichiarazione forte a sostegno dell'OMS nel contesto della pandemia COVID-19. Anche alleanze meno recenti possono contribuire a far progredire le agende: ad esempio, il *Non-Aligned Movement*, Movimento dei (Paesi) Non Allineati, un gruppo fondato nel 1961 e oggi composto da oltre 120 Paesi

in via di sviluppo non formalmente allineati con o contro alcun grande blocco geopolitico, ha svolto un ruolo significativo nei negoziati che hanno portato all'adozione del *Pandemic Influenza Preparedness Framework* (Quadro di riferimento per la preparazione all'influenza pandemica) nel 2011.

Del resto, i Paesi con interessi comuni hanno utilizzato un sistema di "**politica dei blocchi**" per organizzare i loro sforzi nell'ambito delle Nazioni Unite e gli Stati membri spesso si riuniscono in un gruppo regionale all'interno del quale c'è consenso sulla difesa di una posizione comune quando si vota all'Assemblea mondiale della sanità o all'Assemblea generale delle Nazioni Unite. All'ONU esistono cinque gruppi regionali: il Gruppo degli Stati africani, il Gruppo degli Stati dell'Asia e del Pacifico, il Gruppo degli Stati dell'Europa orientale, il Gruppo degli Stati dell'America Latina e dei Caraibi (GRULAC) e il Gruppo degli Stati dell'Europa occidentale e altri Stati. La correlazione di voto varia da regione a regione e dipende dal tipo di risoluzione in votazione. L'UE agisce solitamente come un blocco compatto durante le votazioni dell'Assemblea mondiale della sanità o dell'Assemblea Generale. Sebbene l'UE non abbia diritto di voto in quanto tale, la sua delegazione è autorizzata a parlare a nome dell'intero blocco alle Nazioni Unite. I Paesi membri dell'UE possono esprimere le loro opinioni individuali, ma allineano fortemente il loro voto alla posizione consensuale dell'UE.

Negli ultimi vent'anni sono state create alleanze sanitarie in molte forme diverse, spesso legate a malattie specifiche, come nel caso della *Global Polio Eradication Initiative* (Iniziativa Globale per l'Eradicazione della Polio) lanciata nel 1988 e che attualmente conta sei partner principali. Le alleanze sono necessarie per affrontare problemi di salute pubblica che le singole organizzazioni hanno difficoltà ad affrontare da sole e offrono vantaggi specifici in termini di condivisione di risorse e capacità. Una delle più note è la Gavi Alliance, fondata nel 2000. Oggi Gavi contribuisce a vaccinare quasi la metà dei bambini del mondo, il che le conferisce un grande potere nel negoziare prezzi per i vaccini che siano accessibili ai Paesi più poveri e nell'eliminare i rischi commerciali che in precedenza dissuadevano i produttori dal fornire questi Paesi.

Gli obiettivi dei SDG relativi alla salute offrono un'opportunità unica per creare alleanze in grado di influenzare i determinanti della salute e l'interazione tra cambiamento climatico e salute è sempre più area prioritaria. A proposito di alleanze su questa tematica specifica, nel 2011, a Durban, in Sudafrica, è stata lanciata la *Global Climate and Health Alliance* (Alleanza globale per il clima e la salute) che comprende organizzazioni sanitarie e di sviluppo di tutto il mondo, unite da una visione comune di un futuro equo e sosteni-

bile e dall'impegno di affrontare il cambiamento climatico e proteggere e promuovere la salute pubblica.

Altro esempio è la *Global Health Workforce Alliance* (Alleanza globale per il personale sanitario), che è stata creata nel 2006 per coordinare l'impegno degli *stakeholders* multisettoriali che cercano di affrontare la crisi delle risorse umane impegnate nella salute. Riunendo governi nazionali, società civile, agenzie internazionali, istituzioni finanziarie, ricercatori, educatori e associazioni professionali, l'Alleanza è stata in grado, nei 10 anni del suo mandato, di generare una volontà politica e un'azione significativa per un cambiamento positivo in questo settore. Dopo la conclusione del suo mandato, nel 2016, l'Alleanza si è trasformata nella *Global Health Workforce Network* (Rete globale del personale sanitario).

Anche gruppi di Paesi o di sostenitori della salute a livello nazionale si sono riuniti per lanciare iniziative come i *Friends of WHO* (Amici dell'OMS) o i *Friends of the Global Fund* (Amici del Fondo Globale), al fine di sostenere, in vario modo, gli enti interessati. Un esempio di alleanza per la salute globale creata a livello nazionale è la *German Health Alliance* (Alleanza tedesca per la salute), composta da oltre 100 partner provenienti da quasi tutti i settori: settore privato e industria, ONG, società civile e fondazioni, scienza e università. Una recente analisi ha dimostrato che l'80% delle alleanze per la salute globale riscuote successo nel proprio operato. Un fattore chiave in questo senso è il raggiungimento di un buon equilibrio tra partecipazione ed efficacia. Le alleanze di successo tendono a incoraggiare il contributo e la consultazione di tutte le parti, senza necessariamente coinvolgerle tutte in lunghi processi decisionali. Molte alleanze vengono create per un breve periodo di tempo al fine di lavorare per un obiettivo specifico; altre assumono la forma di reti aperte – ad esempio, il *Geneva Global Health Hub* (Polo della salute globale di Ginevra) è stato creato nel 2016 da un gruppo di ONG internazionali che cercano di avere una voce più forte lavorando insieme.

→ Le alleanze sono necessarie per affrontare problemi di salute pubblica che le singole organizzazioni hanno difficoltà ad affrontare da sole e offrono vantaggi specifici in termini di condivisione di risorse e capacità.

RIQUADRO 4 La diplomazia della scienza incontra la diplomazia della salute: esempi recenti

La scienza svolge un ruolo cruciale nella diplomazia della salute. La stretta interazione tra diplomazia della scienza e diplomazia della salute si sta rivelando sempre più importante nella promozione della salute globale. In termini generali, la "diplomazia scientifica" si riferisce all'uso della scienza, compresi i suoi metodi e risultati, per la diplomazia bilaterale o multilaterale. Significa porre la scienza al centro degli sforzi diplomatici volti a costruire o mantenere relazioni e a stabilire o raggiungere obiettivi di politica estera o multilaterale. La diplomazia scientifica dovrebbe idealmente far parte della più ampia interazione tra politica, società e scienza. Questo tipo di diplomazia ha guadagnato terreno negli ultimi due decenni per la velocità del progresso tecnologico e della presa coscienza dell'importanza della scienza per affrontare sfide globali come il cambiamento climatico, il divario digitale o le pandemie. La recente pandemia COVID-19 e la conseguente pressione per lo sviluppo di un vaccino hanno, di fatto, portato la scienza al centro degli affari globali. La politica estera e la politica scientifica si sono dunque intrecciate sempre di più, soprattutto in relazione ai progressi delle scienze mediche e sanitarie. Tuttavia, anche altri campi scientifici, come il cambiamento climatico o l'intelligenza artificiale, richiedono l'attenzione dei responsabili della politica estera. Le capacità diplomatiche e l'alfabetizzazione scientifica (in alcuni casi anche la competenza) sono diventate entrambe essenziali per la progettazione e l'esecuzione della politica estera.

La definizione di diplomazia scientifica proposta dall'*American Association for the Advancement of Science* (Associazione Americana per l'Avanzamento della Scienza) riconosce il fatto che, sebbene le decisioni di politica estera possano essere informate da evidenze scientifiche, esse sono anche o ancor più guidate da valori, etica, economia e aspirazioni di leadership. Data la crescente diversità degli attori (non statali) e le opportunità aperte dalla digitalizzazione e dai social media, il campo di gioco della diplomazia scientifica è diventato sempre più complesso, proprio come quello della diplomazia della salute globale. Alla luce delle crescenti tensioni geopolitiche e delle tendenze nazionalistiche, per sfruttare appieno il potenziale della diplomazia scientifica è necessario un solido insieme di valori, princìpi e standard generali.

La *Madrid Declaration on Science Diplomacy* (Dichiarazione di Madrid sulla diplomazia scientifica), pubblicata nel 2019, è una risposta ambiziosa a questa esigenza.

Uno sviluppo relativamente recente della diplomazia della scienza è il numero crescente di alleanze create per promuovere la scienza e l'innovazione per la salute globale. Due esempi recenti illustrano i nuovi tipi di alleanze che stanno emergendo per supportare la comunità scientifica a rispondere alle principali sfide sanitarie. La premessa è che la scienza (come la salute) dovrebbe essere considerata un bene pubblico globale, con un accesso giusto ed equo per tutti. Per consentire a tutti di condividere i progressi scientifici e i loro benefici, il concetto di open science – metodi aperti, fonti aperte, accesso aperto, dati aperti e così via) dovrebbe essere al centro della diplomazia. I diplomatici impegnati nei negoziati devono anche rispettare e sostenere la libertà e l'indipendenza degli scienziati.

COVID-19: A seguito della pandemia COVID-19 sono state create molte nuove alleanze, soprattutto

per facilitare lo sviluppo di un vaccino. L'*Access to COVID-19 Tools Accelerator* (ACT-A) (Acceleratore per l'accesso agli strumenti COVID-19), ad esempio, è una collaborazione globale di organizzazioni e governi che lavorano per accelerare lo sviluppo e la produzione di test, trattamenti e possibili vaccini anti-COVID-19 e per garantire un accesso equo agli stessi. Il pilastro vaccini dell'ACT-A, denominato COVAX, è gestito congiuntamente dalla Gavi Alliance, dalla *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'obiettivo di COVAX è accelerare lo sviluppo e la produzione dei vaccini anti-COVID-19 e garantirne accesso giusto ed equo a tutti i Paesi del mondo. Si tratta di un esempio chiave di diplomazia *multi-stakeholder* in cui la Gavi Alliance, la CEPI e l'OMS collaborano con i produttori industriali, compresi quelli con sede nei Paesi in via di sviluppo.

Resistenza antimicrobica (*Antimicrobial resistance* – AMR): Nel 2020, più di 20 aziende farmaceutiche leader hanno lanciato l'*AMR Action Fund* (Fondo d'azione contro la resistenza antimicrobica) per colmare l'attuale divario nei finanziamenti per lo sviluppo di nuovi antibiotici. L'idea del Fondo è stata sviluppata dalla *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations* (IFPMA, Federazione internazionale delle associazioni e dei produttori farmaceutici)*, dalla *Biopharmaceutical CEOs Roundtable* (Tavola rotonda degli amministratori delegati del settore biofarmaceutico) e da diverse importanti aziende e fondazioni biofarmaceutiche, in collaborazione con l'OMS, la Banca europea per gli investimenti e la Wellcome Trust. Il Fondo cerca di creare partnership con istituzioni e organizzazioni filantropiche per migliorare e accelerare lo sviluppo degli antibiotici. Collaborerà inoltre con i governi per garantire un approvvigionamento sostenibile di nuovi antibiotici.

La premessa è che la scienza (come la salute) dovrebbe essere considerata un bene pubblico globale, con un accesso giusto ed equo per tutti. Per consentire a tutti di condividere i progressi scientifici e i loro benefici, il concetto di scienza aperta (metodi, fonti, e dati accessibili) dovrebbe essere al centro della diplomazia e i diplomatici impegnati nei negoziati devono rispettare e sostenere la libertà e l'indipendenza degli scienziati.

Riferimenti

Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? [website].

IFPMA (2020). The AMR Action Fund [website]. (https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-action-fund/, consultato il 12 ottobre 2020).

3.4 Costruire e gestire le relazioni con i donatori e le parti interessate (*stakeholder*)

Come spiegato nel **Capitolo 2**, gran parte della diplomazia della salute globale è attualmente una diplomazia multi-attore (*multi-stakeholder diplomacy*). Ciò significa che è necessario stabilire e mantenere relazioni con un'ampia gamma di attori che hanno un ruolo nella salute globale. Molte organizzazioni sanitarie globali hanno regole e requisiti specifici per la costruzione di tali relazioni: in ambito OMS, ad esempio, vi è il *Framework of Engagement with Non-State Actors* (FENSA, Quadro di riferimento con gli attori non statali). La **diplomazia *multi-stakeholder*** si sta evolvendo rapidamente, non solo come componente strategica trasversale nelle relazioni internazionali, ma anche in termini di numero di attori coinvolti nella salute globale. Gli *stakeholder*, dai governi alle organizzazioni della società civile e alle fondazioni, fino al settore privato, svolgono un ruolo influente in varie fasi e livelli della diplomazia della salute globale.

Questa complessità richiede un'analisi e una valutazione approfondita degli interessi e delle esigenze di ogni *stakeholder*, in modo che i diplomatici possano agire efficacemente in ambienti così diversi. Occorre prestare attenzione al modo in cui le numerose parti interessate interagiscono e gestiscono i propri ruoli e responsabilità nelle varie fasi dei processi negoziali e al modo in cui bilanciano requisiti, aspettative e responsabilità. I conflitti di interesse devono sempre essere presi in considerazione e resi trasparenti.

Tutte le organizzazioni sanitarie globali hanno un rapporto speciale con i principali **donatori**, che possono essere Paesi, altre organizzazioni o fondazioni private. I donatori si aspettano sempre di più una collaborazione coerente, responsabile e trasparente tra le varie parti interessate prima di essere disposti a impegnare qualsiasi finanziamento. Una delle sfide principali della diplomazia della salute globale consiste quindi nel delucidare le motivazioni dei potenziali investimenti e nel chiarire la natura e la durata dei ritorni sugli investimenti attesi. Gli *Investment cases* (casi di investimento) sono sempre più spesso il punto di partenza di una negoziazione di finanziamento. I donatori possono ovviamente anche cercare di esercitare pressioni sulle organizzazioni e cercare di influenzare i loro programmi o le loro politiche. L'OMS, in particolare, a causa della disomogeneità dei suoi finanziamenti (solo il 20% del suo budget proviene da contributi stabiliti su base regolare), deve fare attenzione a proteggere la propria indipendenza. Il rischio di un'indebita influenza da parte dei donatori (siano essi Paesi o grandi organizzazioni filantropiche), insieme all'imprevedibilità che l'eccessiva dipendenza può creare, rimane una delle principali preoccupazioni nel campo della salute globale.

I negoziati in una serie di conferenze internazionali di alto profilo nel primo decennio del XXI secolo hanno portato a un aumento significativo dei flussi di aiuto pubblico allo sviluppo (APS) per i Paesi, di cui hanno beneficiato in particolare i finanziamenti per la salute. Nel 2002, la *International Conference on Financing for Development* (Conferenza internazionale sul finanziamento dello sviluppo), tenutasi a Monterrey, in Messico, ha fissato obiettivi precisi per ciascun donatore e ha annunciato una ripresa dei flussi di APS dopo un decennio di declino. Nel 2005, in occasione del vertice del Gruppo degli Otto tenutosi a Gleneagles, in Scozia (Regno Unito), e del Millennium + 5 Summit tenutosi presso la sede delle Nazioni Unite, i donatori hanno assunto ulteriori impegni per aumentare il livello di assistenza fornito. Quindici anni dopo, l'indebolimento del multilateralismo si riflette nella crescente riluttanza di alcuni Paesi a fornire aiuti esteri (aiuto pubblico allo sviluppo, APS) per la salute. Sebbene ci sia stata una ripresa a breve termine, in risposta alle esigenze dei Paesi in via di sviluppo nella lotta alla pandemia COVID-19, e anche in relazione alle attività di ricerca di un vaccino, molte altre aree dello sviluppo sanitario hanno subìto una diminuzione degli aiuti.

Gli approcci verticali sono molto attraenti per i donatori, ma possono ostacolare gli sforzi per raggiungere obiettivi sistemici come la copertura sanitaria universale o il miglioramento delle capacità di preparazione (*preparedness*) e risposta alle crisi sanitarie. I parlamenti dei Paesi donatori preferiscono approvare fondi per programmi di aiuto che perseguono obiettivi molto specifici. Ecco perché la collaborazione con l'Unione interparlamentare per allertare i parlamenti nazionali sulle priorità della salute globale è una novità di grande importanza per la diplomazia della salute globale.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico – OCSE (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD) fornisce regolarmente una panoramica degli aiuti governativi che promuovono e mirano specificamente allo sviluppo economico e al benessere dei Paesi in via di sviluppo. Il *Development Assistance Committee* (DAC, Comitato per l'assistenza allo sviluppo) dell'OCSE ha adottato l'APS come "standard di riferimento" ("*gold standard*") degli aiuti esteri nel 1969, e a tutt'oggi rimane la principale fonte di finanziamento per lo sviluppo. Gli aiuti forniti comprendono sovvenzioni (grants), prestiti "agevolati" *("soft" loans*) e assistenza tecnica. I prestiti agevolati sono quelli in cui la componente di sovvenzione (grant) rappresenta almeno il 25% del totale.

Nell'ambito della **cooperazione allo sviluppo**, la maggior parte dei negoziati sull'APS riguarda gli aiuti bilaterali, anche se i Paesi stanno aumentando costantemente

i loro contributi agli **aiuti multilaterali**, fornendo assistenza alle organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite, alla Banca Mondiale e alle agenzie specializzate sulla salute, come la Gavi Alliance e il Fondo Globale. Recentemente sono avvenuti alcuni cambiamenti nelle priorità di finanziamento: ad esempio, nel novembre 2019 la Norvegia ha lanciato una strategia globale per aiutare a combattere le malattie non trasmissibili nei Paesi a basso reddito, rinvigorendo così un'area di finanziamento trascurata.

I membri del Comitato per l'assistenza allo sviluppo dell'OCSE hanno generalmente accettato l'obiettivo di destinare all'APS lo 0,7% del reddito nazionale lordo di un donatore, anche se pochi hanno effettivamente raggiunto tale obiettivo. Il Regno Unito è stato l'unico grande Paese donatore a raggiungere il livello di spesa raccomandato – insieme a un gruppo di Paesi più piccoli come Danimarca, Lussemburgo, Norvegia e Svezia (dobbiamo però aggiungere che mentre questi Paesi più piccoli stanno rispettando i loro obblighi, il Regno Unito ha deciso recentemente di ridurre tale livello allo 0,5%). Riguardo l'OMS, gli Stati Uniti hanno annunciato nell'aprile 2020 la decisione (poi abortita) di interrompere i finanziamenti, mentre la Germania ha aumentato significativamente il proprio contributo.*

La negoziazione dei finanziamenti all'OMS sarà un'area nevralgica della diplomazia della salute globale negli anni a venire.

I negoziati sul finanziamento della salute globale riguardano sempre più spesso la cancellazione del debito (*debt relief*), i prestiti e gli investimenti diretti all'estero (*foreign direct investment*). Questo è uno dei motivi per cui le riunioni congiunte dei ministri della Salute e delle Finanze sono cruciali per la diplomazia della salute globale.

Inoltre, i partenariati vengono negoziati anche con il settore privato, ad esempio con l'alleanza Gavi, per garantire che i vaccini siano accessibili. Il finanziamento predeterminato di Gavi e la messa in comune della domanda hanno creato un incentivo per l'industria farmaceutica a istituire una politica di prezzi differenziati, in base alla quale i Paesi a basso reddito pagano meno di quelli a reddito più elevato per lo stesso prodotto.

Di seguito sono descritte due aree in cui la diplomazia della salute globale svolge un ruolo cruciale nell'assicurare i finanziamenti:

---

* *Nota dei curatori:* L'OMS ha lanciato l'investment round, un nuovo approccio per mobilitare risorse a sostegno del lavoro dell'OMS per i prossimi quattro anni (2025-2028). Collaborando con i donatori esistenti e altri partner, l'investment round mira anche ad attrarre nuovi donatori attraverso un processo di coinvolgimento inclusivo che culminerà in un evento di finanziamento di alto livello verso la fine del 2024.

Copertura sanitaria universale: Sono necessari investimenti su vasta scala da parte del settore pubblico e privato per garantire un accesso equo ai servizi sanitari. D'altro canto, la "*digital health*" ("salute digitale") rappresenta una grande opportunità economica per entrambi i settori. Gestire le opportunità e i rischi derivanti dal tentativo di bilanciare gli interessi economici e la solidarietà sociale (e globale) è una sfida essenziale per la diplomazia della salute globale. Le audizioni multi-*stakeholder* alle Nazioni Unite in preparazione dell'*High-Level Meeting on Universal Health Coverage* (Riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale) nel 2019 – sul modello dei negoziati *multi-stakeholder* sui SDG – ne sono un esempio. Il primo incontro in assoluto tra i ministri della Salute e delle Finanze del G20, che si è svolto a margine del vertice G20 di Osaka, in Giappone, nel giugno 2019, è stato un'altra pietra miliare significativa (cfr. **Caso studio 2** di Satoshi Ezoe, Tamar Tche-lidze, Nathita Premabhuti, Marcelo A.C. Costa).

Rifinanziamento dei fondi per la salute globale: Un'altra sfida importante per la diplomazia della salute globale è il rifinanziamento di quattro grandi organizzazioni sanitarie: *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (Fondo globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria); Gavi, *Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents* – GFF (Strumento di finanziamento globale per le donne, i bambini e gli adolescenti), *Global Polio Eradication Initiative* – GPEI (Iniziativa globale per l'eradicazione della polio). Negoziare il modello di rifinanziamento è un'opportunità particolarmente interessante per i capi di Stato e di governo per impegnarsi in una diplomazia di prestigio. Un esempio significativo è la campagna francese per garantire il rifinanziamento del Fondo Globale nel 2018 e 2019. Il coinvolgimento in questi negoziati è interessante anche per i donatori, in quanto offre loro una grande visibilità e permette di raggiungere diversi attori della salute globale, come governi, fondazioni, società civile e settore privato.

Riferimenti

Health: launch of the campaign to replenish the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. In: France, Ministry of Europe and Foreign Affairs [website]. Paris: Ministry of Europe and Foreign Affairs; 2018 (https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/priority-sectors/health/the-fight-against-aids-tuberculosis-and-malaria-france-s-commitment/, consultato il 14 settembre 2020).

3.5 Rispondere alle crisi di salute pubblica

La **diplomazia delle crisi** è stata definita come l'interazione tra gli Stati (e altri attori) in presenza di una forte minaccia di cambiamento sistemico. Con il crescere dell'interdipendenza e dei processi di integrazione globale, la diplomazia della salute viene utilizzata sempre più spesso per affrontare le crisi sanitarie locali, regionali e globali. Negli ultimi anni il sistema internazionale ha vissuto una serie di crisi derivanti principalmente da politiche di potere, interessi economici e strategici e dalla globalizzazione. Le crisi sanitarie globali rientrano in quest'ultima categoria.

La diplomazia sanitaria multilaterale è stata praticata fin dal XIX secolo, in particolare durante le grandi pandemie di colera. Tuttavia, la diplomazia "moderna" delle crisi sanitarie è emersa all'inizio degli anni 2000, quando l'epidemia di HIV, una minaccia sanitaria transfrontaliera globale, è stata inserita nell'agenda dell'Assemblea Generale e del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite, in particolare nella *Declaration of Commitment on HIV/AIDS "Global Crisis – Global Action"* (Dichiarazione di impegno sull'HIV/AIDS "Crisi globale – Azione globale"), adottata il 27 giugno 2001 in occasione della sessione speciale dell'Assemblea generale sull'HIV/AIDS. La cooperazione multilaterale e la diplomazia si sono rivelate efficaci anche nella lotta alla tubercolosi e alla malaria e hanno aperto la strada a campagne di vaccinazione su larga scala in contesti fragili. Negli ultimi 20 anni, le epidemie di influenza aviaria, di sindrome respiratoria acuta grave (SARS), di sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS), Ebola e COVID-19 hanno posto ulteriori sfide all'ordine multilaterale internazionale, alle organizzazioni internazionali e alla diplomazia delle crisi in generale.

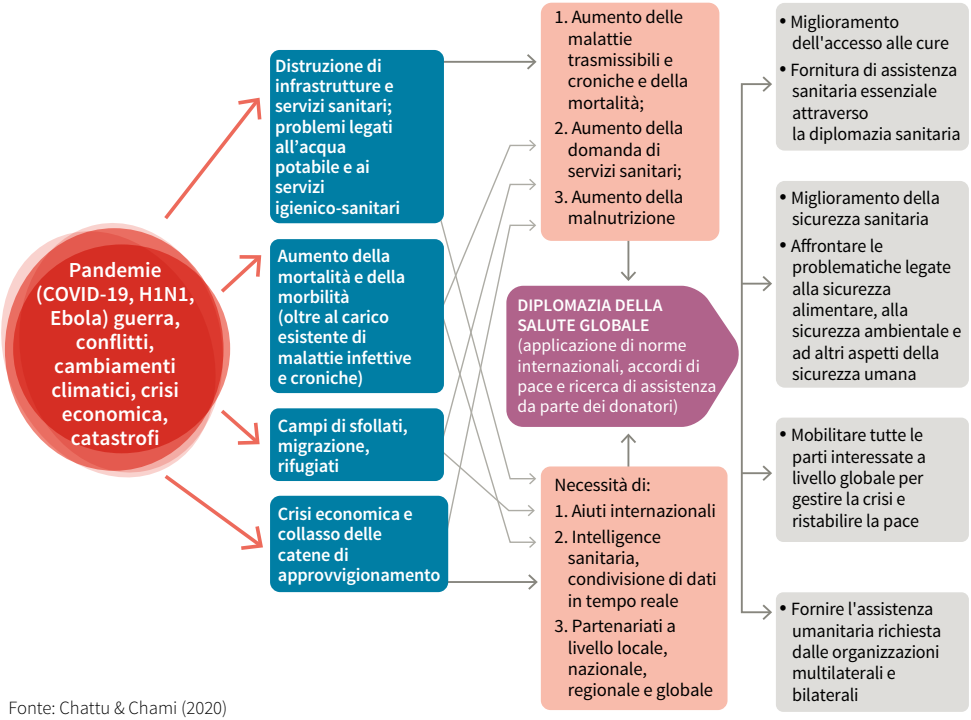
L'epidemia di SARS, che ha colpito oltre 25 Paesi nel 2003, ha rappresentato un campanello d'allarme per il sistema internazionale. In risposta a questa epidemia, il Regolamento sanitario internazionale (RSI) revisionato è stato negoziato e infine approvato nel 2005 – come quadro di riferimento internazionale giuridicamente vincolante – da ogni Stato membro dell'OMS (si veda anche il **Capitolo 5**). Nell'adottare la revisione del RSI, ogni Stato membro si è impegnato a comunicare all'OMS qualsiasi focolaio di malattia che potesse potenzialmente diventare una minaccia per la salute pubblica globale.

In meno di 10 anni, la diplomazia sanitaria si è trovata di fronte all'incapacità dei Paesi e delle agenzie internazionali di rispondere efficacemente alla prima epidemia di Ebola, scoppiata in Africa occidentale all'inizio del 2014. Tra le caratteristiche salienti di quella crisi: il lungo ritardo con cui è stata riconosciuta come una *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC, emergenza di salute pubblica di interesse internazionale) e della conseguente convocazione del Comitato di emergenza del RSI; il ruolo chiave svolto dalla ONG Medici senza frontiere nel richiamare l'attenzione del mondo sulla crisi e nell'organizzare interventi tempestivi nei Paesi colpiti dall'epidemia; la mancanza di coordinamento tra i Paesi colpiti nel prendere decisioni con implicazioni economiche e politiche, come la chiusura dei confini nazionali.

In tale occasione sono stati intrapresi sforzi bilaterali e multilaterali per sostenere i Paesi nella lotta contro l'epidemia in Africa e per evitare che si trasformasse in una pandemia. Il Segretario generale delle Nazioni Unite ha nominato un inviato speciale per

l'Ebola, mentre alcuni Paesi e l'UE hanno designato ambasciatori *ad hoc* per condurre la diplomazia di crisi necessaria. Il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha adottato la risoluzione 2177 (2014) sull'epidemia di Ebola e sul suo impatto in Africa e al di fuori. La diplomazia di crisi ha affrontato questioni diverse come gli aiuti multilaterali e bilaterali, la chiusura delle frontiere, la condivisione di informazioni scientifiche e la progettazione e lo sviluppo di farmaci e vaccini. Una volta terminata l'epidemia, i diplomatici della salute hanno chiesto il rafforzamento del Regolamento sanitario internazionale (RSI 2005), la creazione di un *contingency fund* (fondo di emergenza) e l'istituzione di una *global health emergency workforce* (organico per le emergenze sanitarie globali) (risoluzioni dell'Assemblea mondiale della sanità A68/22, A68/24, A68/26 e A68/27). Nel 2016

Il ruolo centrale della diplomazia della salute globale nell'affrontare le crisi



Fonte: Chattu & Chami (2020)

è stato istituito inoltre un Programma per le emergenze sanitarie dell'OMS su richiesta dell'Assemblea mondiale della sanità. Gli insegnamenti più importanti dell'epidemia di Ebola per la gestione delle crisi sanitarie sono stati la necessità per i Paesi di adempiere efficacemente agli obblighi previsti dal RSI e l'urgenza di conferire all'OMS il potere di monitorare l'attuazione del RSI e di promuovere la trasparenza dei dati relativi alla salute. La recente crisi del COVID-19 ha reso evidente che questi insegnamenti non sono stati, tuttavia, pienamente recepiti.

3.6 Migliorare le relazioni tra i Paesi attraverso la salute e il benessere

Con il termine "*soft power*" *ci* si riferisce alla capacità di un Paese di influenzare le azioni degli altri senza l'uso della forza o della coercizione. L'uso degli aiuti sanitari in politica estera è una strategia di *soft power* ampiamente utilizzata attraverso la quale il Paese donatore può affermare la propria influenza. Così, Tommy G. Thompson, ex Segretario alla Sanità e ai Servizi Sociali degli Stati Uniti, ha sostenuto più di 15 anni fa che la diplomazia medica è "un mezzo per promuovere le cause dell'America nel mondo" che può ottenere molto di più rispetto all'uso o alla dimostrazione della forza militare (Iglehart, 2004).

Iniziative precedenti, come il lancio di programmi di vaccinazione ("**diplomazia dei vaccini**") per contrastare la mortalità infantile nei Paesi dell'America centrale e dell'Africa, hanno fatto guadagnare agli Stati Uniti grande credibilità e rispetto da parte di tutto il mondo (si veda anche la **Sezione 13.2**). Il Piano di Emergenza del Presidente degli Stati Uniti per la Lotta all'AIDS (*United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* – PEPFAR) ha investito oltre 85 miliardi di dollari nella risposta globale all'HIV/AIDS da quando è stato lanciato nel 2003, il più grande impegno finanziario da parte di qualsiasi Paese per affrontare una singola malattia in tutta la storia. Allo stesso modo, Cuba e Cina hanno rafforzato per molti decenni la loro posizione internazionale attraverso la "**diplomazia medica**", inviando personale medico nei Paesi in via di sviluppo e sostenendo la formazione in campo sanitario. Nell'ambito della *Belt and Road Initiative* (BRI), lanciata ufficialmente nel 2013, la Cina sta sviluppando un approccio denominato *Health Silk Road* (Via della seta della salute) (cfr. **Riquadro 5**). Più recentemente, la "diplomazia delle mascherine" della Cina nel primo periodo della pandemia COVID-19 ha suscitato grande attenzione, soprattutto in Europa e in America Latina.

RIQUADRO 5 La *Belt and Road Initiative* cinese e la sua rilevanza per la salute

La *Belt and Road Initiative* (BRI) cinese, definita anche come "la nuova Via della Seta", è stata finora analizzata soprattutto in termini politici ed economici. La salute, tuttavia, rappresenta un'importante dimensione aggiuntiva dal momento che è alla base dello sviluppo economico, dei fattori determinanti transfrontalieri e della cooperazione internazionale. Dal punto di vista della diplomazia e della *governance* sanitaria, diversi aspetti della BRI sono degni di nota.

I progetti lanciati nell'ambito dell'Iniziativa sono al centro delle politiche commerciali, economiche, di trasporto e ambientali. Inoltre, il concetto generale della BRI è fortemente ancorato alle politiche estere, di sviluppo e di investimento dei Paesi partecipanti. La salute ha una forte connessione con tutti i settori sopra citati e può quindi potenzialmente servire come catalizzatore di *soft-power* per collegare e coinvolgere i Paesi.

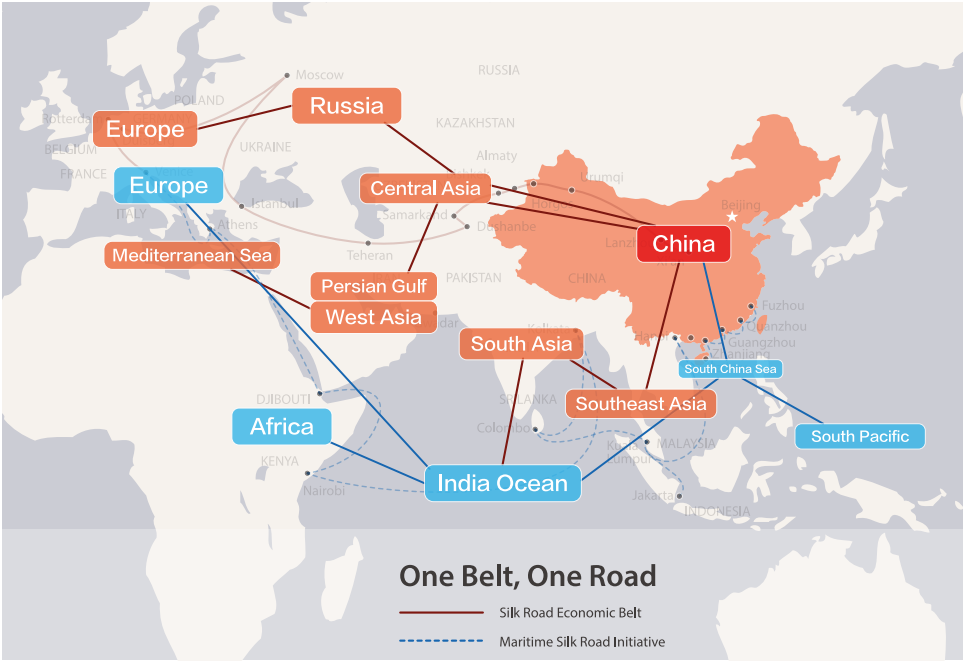
Ambiti importanti come le malattie trasmissibili, la sicurezza sanitaria, gli stili di vita sani, le sostanze illegali e la sicurezza stradale sono destinati a essere influenzati dall'aumento del flusso di persone, informazioni, beni e servizi lungo la "Via della Seta". Ci saranno anche opportunità per espandere il commercio di prodotti, servizi e tecnologie sanitarie, e istituire laboratori transfrontalieri per migliorare la sicurezza sanitaria e creare poli di eccellenza sanitaria per attirare il turismo medico.

Per gestire queste emergenti richieste e opportunità per la salute transfrontaliera e la salute pubblica in generale, saranno necessari una maggiore cooperazione, negoziati e diplomazia internazionali. Sono state istituite reti di cooperazione per la ricerca sulle politiche sanitarie, la salute pubblica e le risorse umane, nonché alleanze ospedaliere e universitarie della *Belt and Road* e nuove forme di dialogo e cooperazione nella ricerca e nella condivisione delle conoscenze sono in fase di sviluppo. Nel 2017, in occasione di un incontro internazionale di alto livello con la partecipazione dell'OMS, è stato introdotto un concetto completamente nuovo di "Via della seta della salute", un concetto che oggi riveste ancora più importanza a causa della pandemia COVID-19. La comunicazione e il dialogo sulla salute saranno probabilmente rafforzati anche dalla strategia della "Via della Seta digitale", a sua volta lanciata in concomitanza.

Le istituzioni e i meccanismi regionali che sostengono la BRI rappresentano un altro canale chiave della diplomazia sanitaria. Ciò si manifesta nella posizione sulla salute pubblica adottata dalle organizzazioni politiche ed economiche i cui membri partecipano anche alla BRI, quali la *Asia Pacific Economic Cooperation* (Cooperazione economica Asia-Pacifico), la *Shanghai Cooperation Organisation* (Organizzazione per la cooperazione di Shanghai) e l'*Eurasian Economic Union* (Unione economica eurasiatica). Gli incontri dei ministri della Salute della Cina e dei Paesi dell'Europa centrale e orientale, insieme ai forum annuali di alto livello sulla cooperazione sanitaria Cina-Africa, hanno ulteriormente contribuito al rafforzamento della diplomazia sanitaria.

La diplomazia sarà cruciale anche nella gestione dei rischi associati. I Paesi con sistemi sanitari più deboli potrebbero avere difficoltà a gestire gli effetti sulla salute di un aumento dei progetti infrastrutturali, degli spostamenti transfrontalieri e degli scambi commerciali – in particolare la diffusione di malattie infettive in aree con bassi tassi di vaccinazione, la maggiore disponibilità di tabacco e di alimenti non salutari, problematiche ambientali e di sicurezza stradale – a meno che tali questioni non vengano discusse adeguatamente in anticipo.

Il cambiamento della situazione internazionale – gli spostamenti di potere a livello globale, le crescenti tensioni geopolitiche, l'indebolimento dei canali tradizionali del multilateralismo e la crisi causata dal COVID-19 – accentuano ulteriormente il ruolo della diplomazia della salute globale in relazione a grandi movimenti transnazionali come la BRI. La "diplomazia dei vaccini" praticata dalla Cina e da altri Paesi è un esempio recente.
Sebbene non sia al centro della BRI, la salute è comunque un ambito importante che dovrà essere preso in considerazione con il progredire dell'iniziativa e la diplomazia sanitaria sarà quindi parte integrante del suo quadro diplomatico generale. Una visione della Via della Seta per la salute potrebbe persino contribuire a riconfigurare la BRI nel suo complesso, come potrebbe rivelarsi necessario a causa dei danni significativi alle economie e al contesto multilaterale causati dalla pandemia COVID-19. La disponibilità e la distribuzione dei vaccini potrebbero svolgere un ruolo importante.



In passato i Paesi sono stati spesso in grado di collaborare alle sfide della salute globale attraverso le organizzazioni multilaterali, come nel caso dell'eradicazione del vaiolo, ottenuta congiuntamente dall'Unione Sovietica e dagli Stati Uniti. Allo stesso modo, Cina e Stati Uniti hanno contribuito, insieme all'OMS, a combattere l'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale nel 2014-2015. Per citare un esempio dal Medio Oriente: l'assembramento che ha causato la morte di oltre 2000 pellegrini durante l'annuale Hajj alla Mecca nel 2015 avrebbe potuto degenerare in una grave crisi politica tra la Repubblica islamica dell'Iran e l'Arabia Saudita se i ministri della Salute di entrambi i Paesi non avessero utilizzato con successo una serie di strumenti di *soft power*. Le tensioni geopolitiche stanno attualmente rendendo molto difficile affrontare le sfide comuni attraverso la diplomazia della salute globale, come illustrato dalla crisi causata dal COVID-19. Inoltre, si teme sempre più che gli aiuti allo sviluppo non vengano più distribuiti in base alle priorità dei SDG, soprattutto per quanto concerne l'eliminazione della povertà e il non lasciare indietro nessuno, ma in base alle priorità di politica estera ed economica, come accadeva durante la guerra fredda.

3.7 Contribuire alla pace e alla sicurezza

All'intersezione tra salute e pace, gli sforzi per mitigare gli effetti dei conflitti armati sulla salute includono i "cessate il fuoco" umanitari, ad esempio per consentire lo svolgimento di campagne di immunizzazione o altri interventi sanitari. Un buon esempio è la collaborazione tra l'UNICEF, l'OMS e la Chiesa cattolica romana (a cui si sono aggiunti in seguito il Rotary International e il Comitato Internazionale della Croce Rossa) per negoziare varie tregue in El Salvador a partire dal 1985, permettendo così di immunizzare circa 300.000 bambini ogni anno. Questo esempio è stato spesso citato nel contesto della "diplomazia dei vaccini".

Il lavoro dell'OMS in materia di sicurezza sanitaria si è ampliato, soprattutto negli ultimi tempi, in seguito alla pandemia COVID-19. Gli sforzi profusi dall'OMS per affrontare l'epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, iniziata nell'agosto 2018, sono stati a lungo rallentati dal fatto che l'epidemia si è verificata in una zona di guerra. Diversi operatori sanitari sono stati uccisi dai ribelli in quella regione e le strutture sanitarie e il personale medico sono sempre più soggetti ad attacchi in altre aree del Paese colpite da conflitti militari. Sebbene non siano ancora state trovate soluzioni sostenibili, alla comunità sanitaria globale sta risultando sempre più chiaro che, in alcune si-

tuazioni di crisi, la cooperazione con le forze armate può essere importante quanto quella con il settore umanitario. I conflitti armati e le relative violazioni dei diritti umani rappresentano una sfida significativa per la diplomazia sanitaria e umanitaria (cfr. **Riquadro 6**).

L'uso di **embarghi e sanzioni economiche** come strumenti di politica estera rimane una questione molto controversa nella diplomazia della salute globale. Tali sanzioni provocano una diminuzione dell'attività economica, ma spesso hanno anche un impatto significativo sulla salute, in particolare sui gruppi di popolazione vulnerabili e sui civili innocenti. Sono state avanzate proposte per trovare il modo di garantire che questa "guerra economica" sia soggetta ai princìpi del diritto internazionale umanitario, in modo da mitigare gli effetti sui civili. Ciò comporta il monitoraggio dell'impatto delle sanzioni, in particolare per quanto riguarda la potabilità delle acque, la disponibilità di cibo e il controllo delle malattie infettive.

RIQUADRO 6 Diplomazia umanitaria e salute

La diplomazia umanitaria mira a mobilitare il sostegno e le risorse dei cittadini e dei governi per le operazioni e i programmi umanitari e a facilitare partenariati efficaci per rispondere alle sfide e soddisfare i bisogni delle comunità in contesti fragili.

La Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa (IFRC – *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*) è la più grande rete umanitaria del mondo; aiuta le comunità di tutto il mondo a essere più sicure e in salute e a rispondere e risollevarsi dalle crisi in modo più efficace. Fondata nel 1919, la IFRC comprende 192 Società nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e si ispira a sette princìpi fondamentali: umanità, imparzialità, neutralità, indipendenza, volontariato, unità e universalità. Questi princìpi sono alla base della diplomazia umanitaria della IFRC a tutti i livelli.

Impegnandosi nella diplomazia umanitaria, la IFRC si assume una responsabilità che deriva dall'importante ruolo delle Società Nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa come ausiliarie delle autorità pubbliche in campo umanitario. Questa responsabilità riflette anche lo status internazionale della IFRC e la portata globale delle attività umanitarie e di sviluppo delle sue confederate, condotte a livello comunitario da oltre 14 milioni di volontari.

In definitiva, la diplomazia umanitaria consiste in una serie di attività volte a cambiare la mentalità e, in ultima analisi, a migliorare il benessere e la resilienza di individui e comunità, in particolare delle persone più vulnerabili che vivono in contesti umanitari. Queste attività comprendono:

Posizionamento sulla scena internazionale: raggiungere una consapevolezza diffusa del ruolo, dei risultati e dei metodi di lavoro delle Società

nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e della rete della IFRC in qualità di attori umanitari di rilievo e ottenere l'apprezzamento e la fiducia dei decisori politici, dei partner e dell'opinione pubblica.

Diplomazia pubblica: influenzare il comportamento dell'opinione pubblica in modo che gli individui e le comunità adottino le misure a loro disposizione per salvaguardare la propria salute, rafforzare la propria resilienza alle crisi e costruire comunità pacifiche, attente e inclusive, libere da qualsiasi tipo di discriminazione.

Influenzare gli Stati e altri attori: influenzare i decisori politici a livello nazionale, regionale e globale affinché sostengano, adottino o applichino decisioni, leggi, politiche e pratiche nuove o aggiornate che promuovano la sicurezza, il benessere e la resilienza delle persone vulnerabili e consentano il lavoro delle Società nazionali, in particolare in ambito umanitario.

La diplomazia umanitaria e quella sanitaria si intersecano spesso nel lavoro della IFRC a vari livelli. Mentre la diplomazia a livello globale (ad esempio nelle istituzioni multilaterali) affronta questioni di interesse globale (come la promozione della copertura sanitaria universale), la diplomazia umanitaria e la diplomazia della salute a livello nazionale sono cruciali per la realizzazione di programmi sanitari per i più vulnerabili attraverso partenariati complessi.

Risposta all'epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo

Durante la crisi di Ebola nelle province del Nord Kivu e dell'Ituri della Repubblica Democratica del Congo dal 2018 al 2020, la Croce Rossa ha operato in un ambiente altamente instabile, caratterizzato da sfiducia nei confronti del personale sanitario, frequenti violenze e attacchi mirati contro i soccorritori in prima linea, compresi i volontari della Croce Rossa.

Ottenere l'accesso e la fiducia nelle varie comunità colpite dall'Ebola è stato un impegno a lungo termine che ha comportato regolari consultazioni e negoziati con le autorità pubbliche, i gruppi armati locali, i partner e le comunità.

La Croce Rossa della Repubblica Democratica del Congo è stata in grado di educare le comunità, isolare i pazienti affetti da Ebola, rintracciare e monitorare chiunque fosse entrato in contatto con una persona infetta e fornire sepolture sicure e dignitose alle persone uccise dalla malattia. Molti volontari hanno rischiato la vita nella loro attività in prima linea e hanno dovuto affrontare violenze e discriminazioni all'interno delle loro comunità. È stata la fiducia delle comunità locali, ottenuta grazie a una combinazione di diplomazia umanitaria e sanitaria, a far sì che la catena di trasmissione venisse interrotta.

B. Negoziare la salute in uno scenario multilaterale

Mandati e legittimità nella diplomazia della salute globale

4.1 Il multilateralismo e la legittimità delle organizzazioni internazionali

"Multilateralismo" è il termine usato per descrivere la cooperazione tra gli Stati: è un approccio basato sulla premessa che, lavorando insieme, i Paesi possono trovare soluzioni a problemi comuni senza rinunciare alla propria sovranità.

Fu durante la Conferenza di pace di Parigi del 1919-1920 che venne creato un nuovo tipo di meccanismo istituzionalizzato per l'interazione tra gli Stati: l'**organizzazione a partecipazione universale**. La prima organizzazione di questo tipo è stata la Società delle Nazioni (fondata nel 1920), sostituita nel 1945 dall'ONU. Dopo la Seconda guerra mondiale, il **multilateralismo** è diventato sinonimo di un ordine internazionale liberale basato sui concetti occidentali di relazioni internazionali, ordine che oggi viene messo sempre più in discussione. Il multilateralismo opera attraverso istituzioni globali e regionali, norme, quadri, vertici, blocchi autodefiniti e alleanze. Le regole e le procedure che determinano quali attori hanno il mandato e la legittimità di condurre negoziati sono ben consolidate. Il sistema multilaterale è anche plasmato dalle differenze tra gli Stati, che riguardano il potere, lo status, la ricchezza e altre caratteristiche; alcuni Stati membri esercitano un'influenza maggiore di altri sui processi decisionali.

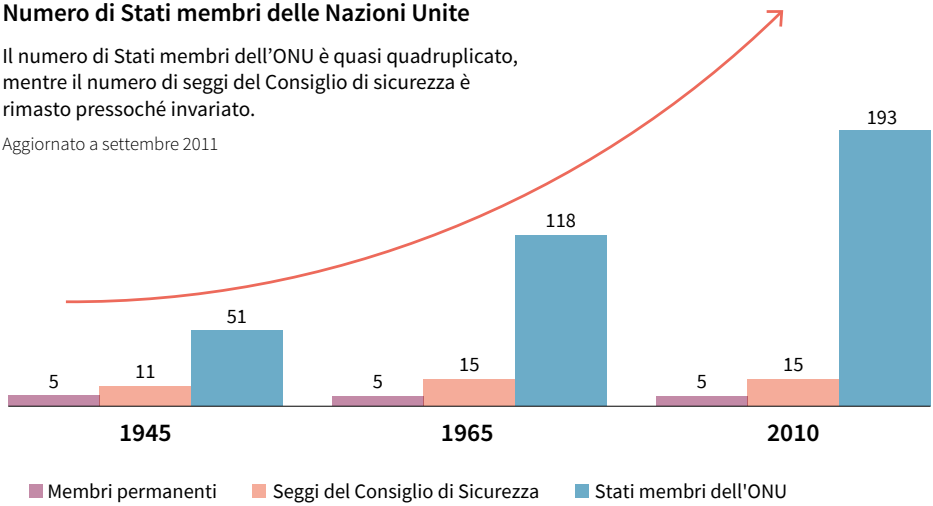
Nel 2020, l'ONU ha celebrato il suo 75° anniversario, e guardando indietro, è consistente l'aumento dei suoi membri e l'espansione delle istituzioni e delle attività di diplomazia globale raggiunto negli anni. Infatti, dal 2011 l'ONU conta in maniera stabile, in qualità di membri, 193 Stati sovrani, con una rappresentanza paritaria nell'**Assemblea generale delle Nazioni Unite**.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità è un'organizzazione a partecipazione universale che annovera attualmente 194 Stati membri. Tutti gli Stati membri dell'ONU, ad eccezione del Liechtenstein, sono membri dell'OMS; a questi si aggiungono anche le Isole Cook e Niue. Ogni Stato diventa membro a pieno titolo dell'OMS mediante la ratifica del trattato denominato *Constitution of the World Health Organization* (Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). L'appartenenza all'OMS si basa sul principio di un voto per Paese, indipendentemente dalle dimensioni o dalla ricchezza del Paese stesso. Nonostante questo principio, esistono notevoli differenze di potere tra i Paesi che

Numero di Stati membri delle Nazioni Unite

Il numero di Stati membri dell'ONU è quasi quadruplicato, mentre il numero di seggi del Consiglio di sicurezza è rimasto pressoché invariato.

Aggiornato a settembre 2011



Aggiornato a settembre 2011

fanno parte delle organizzazioni a partecipazione universale, con equilibri di potere interni plasmati dalle realtà geopolitiche. Per esempio, la *governance* e le attività dell'OMS nel campo della diplomazia della salute globale sono state fortemente influenzate dalla lunga contrapposizione tra Unione Sovietica e Stati Uniti durante la Guerra Fredda; dai processi di decolonizzazione iniziati negli anni Sessanta e che hanno portato all'adesio-

→ La prima organizzazione a partecipazione universale è stata la Società delle Nazioni (fondata nel 1920), sostituita nel 1945 dall'ONU, che nel 2020 ha celebrato il suo 75° anniversario.

ne di molti nuovi Stati membri del Sud globale; dal rafforzamento della globalizzazione neoliberale dopo la caduta del Muro di Berlino nel 1989; e, più recentemente, dalla competizione geopolitica tra Cina e Stati Uniti che si è intensificata nell'ultimo decennio.

Il ruolo svolto dalle organizzazioni internazionali dipende dagli interessi e dall'impegno di ogni Stato membro. Tuttavia, le organizzazioni internazionali sono diventate sempre più attori a sé stanti e hanno iniziato a prendere l'iniziativa nel definire le agende, i MDG (*Millennium Development Goals*, Obiettivi di Sviluppo del Millennio) e i SDG (*Sustainable Development Goals*, Obiettivi di Sviluppo Sostenibile) ne sono un esempio. È significativo che la storia delle Nazioni Unite quale attore del multilateralismo, che dura ormai da più di 70 anni, sia stata accompagnata da un'**espansione dell'agenda della diplomazia globale** che va ben oltre le tematiche della pace e della sicurezza arrivando a includere attualmente sviluppo economico, commercio e un'ampia gamma di altre questioni sociali. L'azione multilaterale è quindi cambiata radicalmente e ora include tematiche quali riduzione della povertà, difesa dei diritti umani, protezione dell'ambiente e promozione della salute.

Temi quali i diritti umani, l'ambiente e la salute che venivano prima considerate questioni politiche di secondo ordine (rispetto alla pace e alla sicurezza), sono oggi, con il loro impatto a livello economico, sempre più in primo piano. L'importanza della salute nell'agenda politica e nei SDG si basa sulla legittimità di cui è stata investita dai principali decisori politici, legittimità che oggi guida gran parte degli interventi di salute globale. Questo sviluppo fa parte di un lungo processo di trasformazione del multilateralismo che riguarda sia gli Stati che le organizzazioni internazionali, a tal punto da rimodellarli, e che ha un impatto anche su tutti gli altri soggetti interessati (*stakeholder*).

Molti analisti concordano sul fatto che la "crisi dell'ordine liberale" ha eroso l'autorità e la legittimità delle organizzazioni internazionali, portando persino a un vero e proprio rifiuto della cooperazione internazionale da parte di alcuni Paesi. Questo è in parte il motivo per cui la diplomazia *multi-stakeholder* ha guadagnato terreno: con il progressivo ritiro degli Stati dall'arena globale, diventa importante che le organizzazioni internazionali fungano da piattaforma per un'ampia gamma di attori e non presumano più che un particolare settore sia più importante di altri. Le stesse organizzazioni internazionali svolgono molteplici funzioni come attori a sé stanti, come piattaforme e come intermediari. In molte aree della politica globale, compresa la salute globale, i diplomatici devono essere consapevoli di questo complesso "campo di forze" che circonda le organizzazioni internazionali.

RIQUADRO 7 Salute e diritti umani

Il diritto alla salute è essenziale per una vita dignitosa e per il godimento di tutti gli altri diritti.
Il diritto alla salute è stato enunciato per la prima volta come tale nel preambolo della Costituzione dell'OMS, adottata nel 1946, in cui si afferma che "il godimento del livello di salute più elevato possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizioni economiche e sociali ". La Dichiarazione universale dei diritti umani (1948) menziona la salute come parte del diritto a un livello di vita adeguato. Inoltre, il diritto alla salute è stato riconosciuto come diritto umano nel Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1966).
Il diritto alla salute è inclusivo in quanto si estende ai principali determinanti di salute, come l'accesso all'acqua potabile, a un'alimentazione e a un alloggio adeguati e alla parità di genere. Comprende prerogative quali il diritto a un sistema di protezione della salute, il diritto alla prevenzione e al trattamento delle malattie e il diritto all'accesso ai farmaci essenziali. Include anche la libertà, come il diritto di essere liberi da trattamenti medici non consensuali e di essere liberi dalla tortura e da altri trattamenti o punizioni crudeli, inumane o degradanti.
Il diritto alla salute e a un'assistenza dignitosa è strettamente legato ai diritti all'uguaglianza di fronte alla legge, nella privacy, nel lavoro e nell'istruzione, al diritto di vivere in una società rispettosa dei diritti e al diritto di beneficiare dei progressi della scienza. I diritti umani sono universali, indivisibili e interdipendenti.
Il diritto alla salute è anche intimamente legato alla libertà dalla discriminazione. La non discriminazione è un principio chiave dei diritti umani. In tutto il mondo, i gruppi discriminati ed emarginati hanno maggiori probabilità di avere una salute peggiore. La discriminazione per motivi razziali ed etnici si traduce in una minore informazione sulla salute e in un minore accesso ai servizi sanitari. In molte società le donne subiscono un impatto più negativo delle malattie, ad esempio per la carenza di influenza sul processo decisionale, comprese le decisioni politiche che riguardano la loro vita sessuale e riproduttiva, o a causa della violenza di genere e dei pregiudizi di genere nel sistema sanitario.
Stigma e discriminazione rimangono le principali barriere al raggiungimento dell'accesso universale alla prevenzione e alle cure. Il medico americano e funzionario dell'OMS Jonathan Mann (1947-1998) è stato tra i primi a evidenziare i legami cruciali tra diritti umani e salute pubblica nei primi anni della crisi dell'AIDS, dimostrando come la violenza di genere metta le donne e le ragazze a rischio di infezione da HIV e come le leggi punitive impediscano ai lavoratori e lavoratrici del sesso, agli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, alle persone che fanno uso di droghe e ad alcuni altri gruppi di popolazione di accedere ai servizi di cui hanno bisogno.
Ma nel corso degli ultimi anni si è assistito a una riduzione dell'efficacia degli appelli e degli approcci ai diritti umani nell'influenzare molti dibattiti cruciali in materia di salute. Il rispetto del diritto alla salute dipende dall'esistenza di sistemi sanitari equi, che a loro volta fanno parte di ordini sociali che garantiscono la protezione dei diritti e delle libertà fondamentali per tutti. Questi ordini sociali sono stati recentemente minacciati dalla crescente manipolazione dell'identità nazionale, razziale e religiosa da parte di coloro che esercitano o mirano al potere politico. Allo stesso tempo, l'innovazione medica (compreso lo sviluppo di vaccini) e la prevenzione e il trattamento delle malattie sono

sempre più determinati da agende economiche, di sicurezza e commerciali in cui i cittadini non hanno quasi voce in capitolo. Il diritto alla verità è stato messo in discussione anche dall'ascesa delle piattaforme dei social media e dalla diffusione della disinformazione. La distorsione delle evidenze scientifiche ha un impatto diretto sulla salute, come si può vedere, ad esempio, nel movimento anti-vaccini (*no-vax*).

Il diritto alla salute e altri diritti umani legati alla salute sono stati sanciti da numerosi trattati internazionali, strumenti regionali, costituzioni e leggi nazionali. L'*empowerment* giuridico delle persone, anche di quelle più emarginate, è sempre più adottato quale strategia per affrontare le violazioni dei diritti umani, per utilizzare la legge per trovare soluzioni concrete e per chiedere conto alle autorità. Il Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria è uno dei numerosi donatori che attualmente sostengono programmi specifici per i diritti umani volti a promuovere la salute sessuale e riproduttiva e i diritti delle donne e delle ragazze, a rimuovere gli ostacoli all'accesso alle cure e ai servizi, a promuovere il coinvolgimento concreto dei gruppi di popolazione vulnerabili nel processo decisionale e a tenere conto dei diritti umani in tutto il ciclo di erogazione delle sovvenzioni e nelle politiche e nei processi decisionali.

La recente riaffermazione più evidente del diritto a uno standard minimo di assistenza sanitaria è la spinta globale verso la copertura sanitaria universale. Ma questo deve andare di pari passo con l'imperativo dei diritti umani di "*leave no one behind*" non lasciare indietro nessuno, cioè di concentrarsi su coloro che hanno maggiori probabilità di essere esclusi, un principio che è stato ripreso nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile.

Il perseguimento della copertura sanitaria universale è tema ricorrente nelle discussioni della diplomazia della salute dell'OMS. Un notevole successo recente della diplomazia della salute globale è stata la Dichiarazione politica adottata in occasione della Riunione di alto livello delle Nazioni Unite del 2019 sulla copertura sanitaria universale (*United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage*), in cui ogni Stato membro si è impegnato ad attuare la copertura sanitaria universale. La Dichiarazione politica menziona i diritti sessuali e riproduttivi e diversi gruppi vulnerabili che dovrebbero godere del diritto all'assistenza sanitaria, in particolare le persone con disabilità, le persone affette da HIV/AIDS, gli anziani, le popolazioni indigene, i rifugiati, gli sfollati interni e i migranti.

Ma per raggiungere la copertura sanitaria universale e vincere la lotta contro le malattie, sarà necessario difendere anche i diritti umani.

Riferimenti

United Nations General Assembly (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1; https://undocs.org/en/A/RES/70/1, consultato il 13 Novembre 2020).

United Nations General Assembly (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage (A/RES/74/2; https://undocs.org/en/A/RES/74/2, consultato il 13 Novembre 2020).

4.2 L'importanza della legittimità

L'ex Segretario di Stato americano Henry Kissinger ha definito la diplomazia come "un metodo specifico per il compromesso e il consenso, e un sistema di organizzazione all'interno di un ordine internazionale legittimo". Sia negli affari internazionali che nella politica interna, un **mandato** è l'autorità concessa da un collegio elettorale a un'organizzazione per agire come suo rappresentante. Ad esempio, gli Stati membri conferiscono all'OMS l'autorità di agire per loro conto. È da questo mandato che l'OMS trae in primo luogo la sua **legittimità**. Tuttavia, la legittimità dipende anche dalla percezione, da parte dei suoi stessi membri e degli osservatori, che questa autorità venga esercitata in modo appropriato. Fin dalla sua nascita, la diplomazia multilaterale si è distinta dalla diplomazia spesso segreta del passato grazie a un **impegno verso la trasparenza, sul modello della prassi parlamentare**.

La legittimità formale non è più sufficiente a giustificare un sistema di *governance*: la legittimità morale e la legittimità basata sui risultati giocano un ruolo sempre più importante, soprattutto nella salute globale.

Per le organizzazioni multilaterali, la legittimità è un aspetto cruciale in quanto:

- determina se esse continueranno a essere la principale piattaforma per gli sforzi degli Stati nel coordinare le politiche e risolvere i problemi;
- influisce sulla loro capacità di sviluppare nuove regole e norme che siano ampiamente accettate;
- ha un impatto sulla loro capacità di garantire il rispetto delle regole e delle norme internazionali.

La legittimità è anche legata a **considerazioni normative** fondamentali: se le organizzazioni internazionali e i loro processi mancano di legittimità nella società, ciò contribuisce a creare un senso di deficit democratico e una mancanza di fiducia nella governance globale. È necessario riflettere su cosa costituisca effettivamente la legittimità, soprattutto nell'era dei social media, in cui la legittimità morale è così importante. In questo contesto, un nuovo tipo di legittimità deriva dalla rappresentanza e dal coinvolgimento di un gran numero di *stakeholder*. La legittimità è compromessa se un'organizzazione non riflette la diversità dei suoi membri, ad esempio, se non riesce a reclutare un maggior numero di donne e di professionisti del Sud globale, anche per le posizioni di responsabilità. Gli attuali cambiamenti negli equilibri globali fanno sì che negoziati equi

e giusti siano ora essenziali per raggiungere un accordo internazionale e garantire un monitoraggio efficace degli impegni.

Un'altra questione cruciale è il livello di indipendenza e autorità concesso a un'organizzazione dai suoi membri. Per esempio, sono sempre più frequenti le richieste di conferire all'OMS un mandato più forte da parte dei suoi Stati membri, soprattutto in relazione alla sicurezza sanitaria. Le procedure decisionali delle organizzazioni internazionali, comprese quelle attive nella diplomazia della salute globale, sono continuamente messe in discussione, così come la loro trasparenza e rappresentatività. Se da un lato questa messa in discussione è necessaria, dall'altro può anche avere un effetto corrosivo sulla legittimità delle organizzazioni e ostacolare i processi che cercano di mettere in pratica la diplomazia *multi-stakeholder*.

Infine, è importante ricordare che sono le organizzazioni stesse a conferire legittimità: lavorare con organizzazioni molto rispettate si traduce in un aumento della fiducia nei confronti dei loro partner, motivo per cui è necessario prestare molta attenzione nella creazione di partenariati.

4.3 Legittimità e sovranità degli Stati

La diplomazia esisteva molto prima che emergesse l'attuale concezione di Stato sovrano. La pratica della diplomazia nel sistema internazionale moderno, tuttavia, si basa sul concetto di **sovranità degli Stati** promosso in Europa nel XVII secolo (anche detta sovranità di Westfalia, dalla Pace di Westfalia che pose fine alla Guerra dei Trent'anni nel 1648). Secondo questo principio di diritto internazionale, sancito dalla **Carta delle Nazioni Unite**, ogni Stato ha la sovranità esclusiva sul proprio territorio. Inoltre, ogni Stato, grande o piccolo che sia, ha un uguale diritto alla sovranità. La Carta delle Nazioni Unite stabilisce anche il principio di non intervento (sovranità esclusiva).

Entrambi i princìpi sono stati messi in discussione negli ultimi anni dalla promozione da parte delle Nazioni Unite di un ulteriore principio di diritto internazionale, ovvero la "responsabilità di proteggere", che prevede interventi umanitari da parte della comunità internazionale. La misura in cui le crisi di salute pubblica rientrano nel campo di applicazione del principio della responsabilità di proteggere non è ancora stata chiarita. Inoltre, questo principio si è dimostrato impotente di fronte a conflitti prolungati e a contrapposizioni geopolitiche. La sua debolezza riflette anche le sempre maggiori dif-

ficoltà nel raggiungere un accordo in seno al Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite e l'urgente necessità di riformare il Consiglio di Sicurezza.

I processi di globalizzazione hanno portato a trasformazioni che indeboliscono la sovranità. Per esempio, le attività delle imprese transnazionali e i flussi di capitali globali, ma anche le strategie di sviluppo, hanno reso i Paesi più poveri dipendenti dai donatori e li hanno portati a contrarre livelli significativi di debito. Di particolare rilevanza per la diplomazia della salute globale è il fatto che le successive ondate di globalizzazione hanno dimostrato che gli Stati non possono far fronte da soli alle minacce globali emergenti, come l'inquinamento ambientale o le pandemie. Ciò ha portato a nuove forme di diplomazia, con i Paesi che condividono un interesse comune che si uniscono per impegnarsi in una diplomazia tematica. In effetti, la diplomazia tematica è stata all'origine dei negoziati multilaterali sulla salute nel XIX secolo, durante la prima grande ondata di globalizzazione. Così, le prime due conferenze sanitarie internazionali degli anni Cinquanta dell'Ottocento si occuparono di standardizzare le norme di quarantena internazionali per combattere la diffusione del colera, della peste e della febbre gialla.

La tensione tra sovranità nazionale e benessere globale continua a caratterizzare molti negoziati sulla salute globale e si è rivelata una delle principali lacune del Regolamento sanitario internazionale e dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici. Gli analisti sostengono che questa tensione non è giustificata: il concetto di "sovranità intelligente" implica che in aree politiche in cui l'interdipendenza è fondamentale è nell'interesse di tutti i Paesi cooperare.

C'è una crescente preoccupazione per l'ineguale equilibrio di potere nella salute globale e nella diplomazia della salute globale, in particolare per la mancanza di influenza dei Paesi e degli altri attori del Sud globale.

Un notevole potere è esercitato dai Paesi più ricchi, che forniscono gran parte dei finanziamenti per il sistema sanitario globale e sono quindi in grado di influenzare i risultati dei negoziati a proprio vantaggio e a scapito dei Paesi più poveri. Questo è stato osservato negli studi sull'impatto dei negoziati commerciali sulla salute.

È stata criticata anche l'influenza delle grandi organizzazioni filantropiche, spesso definite "filantrocapitalismo", in particolare quando mutuano concetti come "investitori", "casi di investimento" *("investment cases")* o "ritorno sociale" dalle organizzazioni *for-profit*. Le critiche sono rivolte anche al modello di crescita economica che ha reso possibile la loro straordinaria ricchezza.

Recenti critiche alle strutture e alle relazioni di potere nella salute globale hanno

invocato il concetto di neocolonialismo e auspicato una "decolonizzazione" della salute globale (si veda il **Riquadro 3** nel **Capitolo 2**). I sostenitori di queste argomentazioni fanno riferimento all'era del "*Washington Consensus*" degli anni '90, quando il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale imponevano agli accordi di prestito criteri eccessivamente rigidi, portando a una drastica riduzione della spesa sanitaria e sociale nei Paesi debitori e, di conseguenza, esacerbando le disuguaglianze sociali ed economiche. Offrire aiuti ai Paesi in cambio dell'accettazione di misure di austerità – sostengono alcuni – è semplicemente una manifestazione di colonialismo sotto una nuova veste. Si sottolinea inoltre come le politiche di pianificazione familiare orientate al mercato e agli obiettivi possano costituire una violazione dei diritti alla salute sessuale e riproduttiva delle donne vulnerabili. Di conseguenza, si invoca un processo di decolonizzazione basato sul "recupero" dello spazio politico e sulla promozione di visioni alternative. Un'altra area di critica è la sottorappresentazione delle donne nella salute globale e nella diplomazia della salute globale (cfr. **Riquadro 8**).

RIQUADRO 8 Le donne come diplomatiche della salute globale

In tutto il mondo, all'inizio del 2020, solo il 6% dei capi di Stato e di governo (12 Paesi) erano donne e solo il 25% dei parlamentari, mentre solo 47 donne ricoprivano la posizione di ministro della Salute (il 25% del totale dei 190 Paesi). Sebbene le donne rappresentino la metà della popolazione mondiale, nella stragrande maggioranza dei Paesi non hanno pari voce in capitolo nelle decisioni politiche sullo sviluppo e sul finanziamento dei sistemi sanitari.
La stessa situazione si riscontra nella diplomazia della salute globale. Poiché gli inviti alle sessioni speciali dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite e agli incontri di alto livello delle Nazioni Unite sono rivolti ai capi di Stato e di governo, le donne sono necessariamente una piccola minoranza durante i negoziati sulla salute ai massimi livelli.
Analogamente, anche la percentuale di donne tra i capi delegazione all'Assemblea mondiale della sanità annuale è rimasta costantemente bassa. Dopo aver raggiunto un picco del 31% nel 2017, la percentuale è scesa al 23% nel 2020. Le donne rappresentano solo il 25% dei vertici delle organizzazioni sanitarie globali e il 25% dei presidenti dei Consigli di Amministrazione di queste organizzazioni. Le donne dei Paesi a basso e medio reddito sono particolarmente sottorappresentate nella diplomazia della salute globale.
Queste tendenze sono sorprendenti, soprattutto se confrontate con il fatto che le donne costituiscono il 75% della forza lavoro sanitaria e, a livello globale, rappresentano il 90% degli infermieri e delle ostetriche, il più numeroso gruppo di operatori

sanitari. Sebbene le donne abbiano competenze e conoscenze specifiche nel settore della salute, queste non hanno garantito loro la parità nel campo della diplomazia della salute globale.
Lo stesso scenario si è ripresentato nel 2020 nel processo decisionale svoltosi durante la pandemia COVID-19. Sebbene le donne lavorino a tutti i livelli della sicurezza sanitaria – dalle prime linee dei servizi sanitari alle strutture di ricerca e di definizione delle politiche sanitarie – non sono state rappresentate in egual misura negli organismi decisionali globali o nazionali che si occupano della pandemia. Nel gennaio 2020, solo cinque donne erano state invitate a far parte del Comitato di emergenza sul nuovo coronavirus composto da 21 membri e istituito dall'Organizzazione mondiale della sanità. Negli Stati Uniti, solo due dei 27 membri della *task force* sul coronavirus della Casa Bianca erano donne. Infine, in oltre l'80% delle *task force* nazionali sul COVID-19, gli uomini sono in maggioranza. Anche nelle emergenze sanitarie, dunque, le donne forniscono servizi in prima linea, mentre in genere sono gli uomini a prendere le decisioni.
L'inclusione di donne nella leadership e nella diplomazia della salute – e, in particolare, di donne provenienti da diversi gruppi sociali e regioni geografiche – è una questione di efficacia, oltre che di principio e di rappresentanza. Le preziose prospettive che le donne sono in grado di apportare, attingendo alle loro competenze ed esperienze vengono invece disperse in quanto i responsabili delle decisioni politiche non vengono purtroppo selezionati dall'intero bacino di talenti. La diversità dei profili dirigenziali consente di prendere decisioni collettive più informate e non si può negare che la diplomazia della salute globale sia indebolita dalla sottorappresentanza delle donne.

Riferimenti

Si veda la sezione "Pubblicazioni sulle donne come diplomatiche della salute globale" nell'Allegato 2.

Principali strumenti per la salute globale

5.1 Introduzione agli strumenti di salute globale

Un aspetto fondamentale della salute globale è rappresentato dagli strumenti di cui dispone. Non basta creare istituzioni e meccanismi per promuovere la cooperazione sanitaria globale: sono necessari strumenti concordati collettivamente affinché tale cooperazione possa essere messa in pratica. Questi strumenti sono il risultato della diplomazia multilaterale e dei negoziati che si svolgono su varie piattaforme politiche.

Gli strumenti concordati a livello internazionale non sono un fenomeno nuovo nel campo della salute pubblica. Le prime convenzioni sanitarie internazionali sono state adottate già nel 1890 e sono state riviste e aggiornate nella prima metà del XX secolo.

L'istituzione dell'OMS nel 1948 ha ulteriormente accelerato l'adozione di strumenti sanitari multilaterali: il loro campo di applicazione è stato ampliato e hanno raggiunto una copertura realmente globale. Nell'ambito di questo processo, le precedenti convenzioni sanitarie internazionali sono state sostituite dal Regolamento sanitario internazionale dell'OMS, la cui prima versione è stata pubblicata nel 1969.

Inoltre, diversi strumenti internazionali adottati sotto l'egida di altre istituzioni multilaterali, ad esempio, i trattati commerciali e ambientali, hanno un impatto significativo sulla salute, anche se la salute non è il loro obiettivo primario.

Gli strumenti multilaterali per la salute possono essere raggruppati nelle seguenti grandi categorie:

- strumenti pre-OMS, relativi all'**OMS** o **esterni all'OMS**
- strumenti regionali o **globali**

Dato lo scopo della presente pubblicazione, ci si concentrerà di seguito sulle categorie indicate in grassetto.

5.2 Strumenti adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

L'Assemblea mondiale della sanità, che è il principale organo di governo dell'OMS, può adottare i seguenti tipi di strumenti normativi: raccomandazioni (in linea con l'arti-

colo 23 della Costituzione dell'OMS), regolamenti (in linea con l'articolo 21) e convenzioni o accordi (in linea con l'articolo 19).

Le **raccomandazioni** possono riguardare qualsiasi argomento di competenza dell'OMS. Di solito sono redatte o approvate attraverso risoluzioni e decisioni dell'Assemblea mondiale della sanità e assumono varie forme, tra cui codici di pratica, strategie, quadri di riferimento e piani d'azione. Alcuni esempi degni di nota sono il Codice globale di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario del 2010 (*Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*); la Strategia globale e Piano d'azione per la salute pubblica, l'innovazione e la proprietà intellettuale del 2008 (*Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property*); le Raccomandazioni sulla commercializzazione di alimenti e bevande analcoliche ai bambini del 2010 (*Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*); il Quadro di riferimento per i servizi sanitari integrati e incentrati sulle persone del 2016 (*Framework on Integrated People-Centred Health Services*) e il Piano d'azione globale sull'attività fisica del 2018 (*Global Action Plan on Physical Activity*).

I **regolamenti**, invece, possono essere adottati solo su alcune questioni, come elencato nell'articolo 21 della Costituzione dell'OMS (ossia sui requisiti sanitari e di quarantena, sulle nomenclature, sugli standard e sulle procedure). In effetti, l'OMS ha adottato finora solo due serie di regolamenti: il Regolamento sanitario internazionale (1969; revisionato nel 2005) che mira a prevenire, controllare e fornire una risposta di salute pubblica alla diffusione internazionale delle malattie; e il meno noto Regolamento sulla nomenclatura (1967), che richiede ai Paesi di compilare statistiche di mortalità e morbilità in linea con la classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*).

Le **convenzioni** e gli **accordi** (spesso chiamati anche trattati) possono essere adottati su qualsiasi materia di competenza dell'OMS. Tuttavia, finora, l'OMS ha utilizzato il suo potere costituzionale per adottare un trattato sulla salute globale solo una volta, ovvero quando è stata adottata la Convenzione quadro per il controllo del tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control*) nel 2003 (entrata in vigore nel 2005). Le Parti della Convenzione hanno poi successivamente negoziato e adottato il Protocollo sull'eliminazione del commercio illegale dei prodotti derivati dal tabacco (*Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products*), un nuovo trattato a sé stante, entrato in vigore nel 2018.

Articolo 19 della Costituzione dell'OMS

L'Assemblea mondiale della sanità ha l'autorità di adottare convenzioni o accordi in merito a qualsiasi questione di competenza dell'Organizzazione. Per l'adozione di tali convenzioni o accordi, che entrano in vigore per ciascun Stato Membro quando vengono accettati da quest'ultimo in conformità con le proprie procedure costituzionali, è richiesto il voto dei due terzi dell'Assemblea.

5.3 Lo status giuridico degli strumenti dell'OMS

Solo i regolamenti e le convenzioni sono giuridicamente vincolanti. Di conseguenza, sono spesso definiti "*hard law*" ("leggi rigide"). Creano obblighi vincolanti ai sensi del diritto internazionale e sono quindi generalmente considerati gli strumenti più forti in termini di attuazione e impatto a livello globale.

Le raccomandazioni, invece, non sono giuridicamente vincolanti e vengono spesso definite "*soft law*" ("leggi flessibili"). Tuttavia, gli strumenti non vincolanti hanno generalmente anche un peso normativo e politico significativo e possono avere un impatto sostanziale sulla salute pubblica. Pur non essendo giuridicamente vincolanti, ci si aspetta che vengano rispettati e attuati universalmente, perché i Paesi sono interdipendenti e devono collaborare per affrontare le sfide della salute globale. Inoltre, le raccomandazioni di solito consentono di rispondere più rapidamente alle sfide emergenti rispetto agli strumenti giuridicamente vincolanti, che sono più laboriosi da negoziare, adottare e far entrare in vigore. In alcuni rari casi, le raccomandazioni possono anche contenere alcune misure obbligatorie, come il Piano di preparazione all'influenza pandemica (*Pandemic Influenza Preparedness Framework*) adottato nel 2011.

5.4 Entrata in vigore degli strumenti dell'OMS

Le raccomandazioni non richiedono un processo formale o una tempistica specifica per l'entrata in vigore: diventano effettive una volta adottate.

I regolamenti entrano in vigore per tutti gli Stati membri dell'OMS dopo un periodo di tempo concordato congiuntamente – ad esempio 24 mesi nel caso del Regolamento sanitario internazionale (2005) – anche se gli Stati membri hanno il diritto di notificare al Segretariato dell'OMS il loro rifiuto dei nuovi regolamenti o di presentare le loro riserve, purché lo facciano entro una scadenza concordata. In altre parole, i regolamenti entrano in vigore

contemporaneamente per tutti gli Stati membri dell'OMS (ad eccezione di quelli che optano per l'esclusione); non è necessario che ogni Stato membro li ratifichi individualmente.

Le convenzioni, invece, richiedono una ratifica formale da parte dei singoli Paesi. Di conseguenza, entrano in vigore dopo che è stato raggiunto un numero concordato di ratifiche: ad esempio, nel caso della Convenzione quadro per il controllo del tabacco sono state necessarie 40 ratifiche. Per quanto riguarda i restanti Paesi (e le organizzazioni di integrazione economica regionale, se applicabile), la convenzione entra in vigore separatamente per ciascun Paese dopo la ratifica (o l'accettazione, l'approvazione o l'adesione in alcuni sistemi giuridici).

5.5 Proposte di nuove convenzioni dell'OMS

La Convenzione quadro per il controllo del tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control* – FCTC) rimane a tutt'oggi l'unica convenzione adottata sotto l'egida dell'OMS. La questione del perché a questa non sia seguita, o almeno tentata, nessun'altra convenzione è stata spesso discussa da politici ed esperti. Una spiegazione comune è che i negoziati e l'adozione della FCTC abbiano coinciso con la cosiddetta epoca d'oro della salute globale tra la fine del XX e l'inizio del XXI secolo e che da allora il multilateralismo sia andato progressivamente calando. Alcuni esperti hanno anche sostenuto che, data l'evidenza schiacciante degli effetti devastanti del tabacco e la crescente consapevolezza dell'inadeguatezza delle misure nazionali per affrontare una grave epidemia globale – esacerbata dalla globalizzazione, dalla liberalizzazione del commercio e dalle tattiche aggressive dell'industria transnazionale del tabacco – non vi era altra scelta che concordare un trattato giuridicamente vincolante.

Nel corso degli anni, sono state avanzate proposte per nuove convenzioni dell'OMS riguardanti aree quali le malattie non trasmissibili, la nutrizione, l'alcol, l'inquinamento atmosferico, la resistenza antimicrobica, i farmaci contraffatti o di qualità inferiore, la R&S e le pandemie. È stata anche prospettata l'idea di una più generale "convenzione quadro sulla salute globale" (*Framework Convention on Global Health*"). Tuttavia, non sono ancora stati avviati processi o negoziati formali su una nuova convenzione che copra uno di questi settori. Tra le ragioni vi sono la lunghezza e i costi potenziali dei negoziati per ogni singolo trattato, le preoccupazioni sull'applicabilità, le sensibilità sulla sovranità delle decisioni nazionali rispetto agli obblighi internazionali, la natura piut-

tosto sfumata di alcuni determinanti di salute come la dieta – rispetto, ad esempio, alle evidenze sul tabacco – la potenziale divergenza degli interessi sanitari ed economici nazionali, le questioni di compatibilità con altri accordi internazionali e i compromessi tra il potere giuridico dei trattati e il pragmatismo di strumenti più "flessibili". Alla luce della pandemia COVID-19 l'OMS ha però avviato un nuovo processo di elaborazione di trattati nell'ambito della sicurezza sanitaria.

In linea generale, nel decidere se un problema specifico potrà rientrare in un futuro trattato sulla salute globale, si dovranno applicare i seguenti criteri generali: (a) il problema deve essere di portata globale e crescente; (b) i fattori transnazionali svolgono un ruolo dominante; (c) gli strumenti esistenti si sono dimostrati inadeguati ad affrontare il problema.

5.6 Strumenti adottati al di fuori dell'OMS

Diverse convenzioni adottate al di fuori dell'OMS hanno un'influenza significativa sulla salute, anche se i loro obiettivi principali non sono legati alla salute. La maggior parte di esse sono state negoziate e adottate all'interno del sistema delle Nazioni Unite; alcune da altre organizzazioni internazionali (come l'OMC).

Tra gli esempi nel settore dell'ambiente si riportano le Convenzioni di Basilea, Rotterdam e Stoccolma[1], la *United Nations Framework Convention on Climate Change* – UNFCCC (Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici) – entrata in vigore nel 1994 – e la più recente *Minamata Convention on Mercury* (Convenzione di Minamata sul mercurio, 2017); nel commercio internazionale: l'*Agreement on Technical Barriers to Trade* (Accordo sugli ostacoli tecnici al commercio, 1995), il TRIPS Agreement (Accordo sugli aspetti della proprietà intellettuale, 1995), e il *WTO Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures* (Accordo OMC sull'applicazione delle misure sanitarie e fitosanitarie, 1995); nei diritti umani: l'*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, 1976) e la *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Convenzione sui diritti delle persone

[1] *Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Waste and Their Disposal* (Convenzione di Basilea sul controllo dei movimenti transfrontalieri di rifiuti pericolosi e del loro smaltimento, entrata in vigore nel 1992); *Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade* (Convenzione di Rotterdam sulla procedura di consenso preventivo informato per alcuni prodotti chimici e pesticidi pericolosi nel commercio internazionale, 2004); *Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants* (Convenzione di Stoccolma sugli inquinanti organici persistenti, 2004).

con disabilità, 2008). Altri esempi rilevanti sono le convenzioni riguardo le armi biologiche e chimiche[2] e la *Single Convention on Narcotic Drugs* (Convenzione unica sugli stupefacenti) del 1961 – entrata in vigore nel 1964. La Convenzione unica è particolarmente degna di nota per aver sancito un ruolo di revisione legale per l'OMS nella sua attuazione.

Tuttavia, le convenzioni non sono l'unica forma di strumenti esterni all'OMS che possono avere un impatto sulla salute. Gli Stati adottano spesso altri strumenti di rilievo riguardo questioni di salute globale, come dichiarazioni e obiettivi comuni. Nonostante non siano giuridicamente vincolanti, questi strumenti hanno un peso politico e sono in genere ampiamente attuati. Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (2015), in cui la salute occupa un ruolo chiave, ne sono un esempio. Un altro esempio degno di nota è la serie di dichiarazioni e risoluzioni politiche adottate dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulla salute globale e la politica estera (dal 2008 in poi), sulle malattie non trasmissibili (2011, 2018), sulla resistenza antimicrobica (2016), sulla tubercolosi (2018) e sulla copertura sanitaria universale (2019). Nel 2006 e nel 2008, inoltre, si sono tenute riunioni di alto livello dell'Assemblea generale sull'HIV/AIDS. In alcuni casi, questioni di immediata rilevanza per la sicurezza internazionale (come l'HIV/AIDS, la polio e l'Ebola) sono state prese in considerazione dal Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite. Allo stesso modo, le dichiarazioni politiche dei capi di Stato e di governo del G7 e del G20 hanno dimostrato di esercitare un'influenza significativa sull'agenda della salute globale.

Un'altra categoria di strumenti che non sono esclusivamente dell'OMS sono quelli redatti congiuntamente dall'OMS e da altre agenzie internazionali. Esempi significativi sono il *Codex Alimentarius,* insieme di standard, linee guida e codici di condotta per la produzione e trasformazione dei prodotti alimentari, pubblicato nell'ambito del Programma congiunto OMS/FAO per gli standard alimentari; il *WHO-FAO-OIE tripartite framework on antimicrobial resistance* (quadro tripartito OMS-FAO-OIE sulla resistenza antimicrobica);[3] e, più di recente, il *Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All* (Piano

[2] *Convention on the Prohibition of the Development, Production and Stockpiling of Bacteriological (Biological) and Toxin Weapons and on Their Destruction* (Convenzione sul divieto di sviluppo, produzione e stoccaggio di armi batteriologiche (biologiche) e tossiniche e sulla loro distruzione, entrata in vigore nel 1975); *Convention on the Prohibition of the Development, Production, Stockpiling and Use of Chemical Weapons and on Their Destruction (*Convenzione sul divieto di sviluppo, produzione, stoccaggio e uso di armi chimiche e sulla loro distruzione, 1997).

[3] *Global Framework for Development and Stewardship to Combat Antimicrobial Resistance* (Quadro globale per lo sviluppo e la gestione della lotta alla resistenza antimicrobica) avviato nel 2017 da OMS, FAO e Organizzazione mondiale per la salute animale (OIE).

d'azione globale per la vita sana e il benessere per tutti), lanciato nel 2018 da 12 agenzie multilaterali guidate dall'OMS. Tali strumenti rappresentano un ulteriore elemento nei negoziati sulla salute globale, in particolare sono il frutto di negoziati in cui le culture e le strategie di coinvolgimento di organizzazioni, talvolta molto diverse tra loro, sono state armonizzate per raggiungere un obiettivo comune.

5.7 Le fasi successive all'adozione degli strumenti

Gli strumenti, una volta adottati, spesso richiedono ulteriori negoziati, diplomazia e decisioni di *governance* per essere attuati efficacemente. Questo è particolarmente vero per le convenzioni. Esse richiedono normalmente una grande quantità di diplomazia multisettoriale e compromessi politici nel processo che culmina con la ratifica da parte del parlamento nazionale di uno Stato firmatario; spesso richiedono anche l'istituzione di nuovi tipi di organi di *governance* (come una conferenza delle parti) e meccanismi (come linee guida sull'attuazione di specifiche disposizioni giuridiche concordate a livello intergovernativo) che portano a ulteriori processi di diplomazia multilaterale e negoziati, una volta che il trattato è in vigore.

Anche il processo di modifica degli strumenti adottati può comportare un nuovo ciclo di negoziati multilaterali. Gli strumenti giuridici di solito prevedono revisioni ed emendamenti a determinate condizioni. La *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), ad esempio, consente l'adozione di emendamenti con un voto a maggioranza di tre quarti in seno alla Conferenza delle Parti, subordinandola poi alla ratifica o all'accettazione di ogni singola Parte. Il Regolamento sanitario internazionale, adottato per la prima volta nel 1969, è stato successivamente rivisto ed emendato nel 1973, 1981 e 2005. Crisi sanitarie globali di particolare portata possono spesso innescare tali cambiamenti. L'ultima revisione del RSI, ad esempio, sebbene fosse già in corso alla fine degli anni '90, ha acquisito slancio dopo l'epidemia di SARS del 2002-2004, la prima emergenza sanitaria globale del XXI secolo. Circa 15 anni dopo, la pandemia COVID-19 ha scatenato un dibattito a livello mondiale sull'adeguatezza del RSI nella sua versione del 2005 per affrontare crisi globali di tale portata. A tal riguardo, una risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità adottata nel 2020 ha chiesto una valutazione indipendente del funzionamento del RSI nell'ambito di una più ampia revisione della risposta globale alla pandemia.

RIQUADRO 9 Negoziare la salute all'Organizzazione Mondiale del Commercio

L'obiettivo principale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, OMC (*World Trade Organization*, WTO) è quello di aiutare il commercio ad attuarsi in modo fluido, libero e prevedibile, con il supporto di un sistema commerciale internazionale inclusivo e basato su regole che avvantaggi tutti i suoi membri. L'OMC fornisce un quadro istituzionale comune per la conduzione delle relazioni commerciali tra i suoi membri in materia di scambi di beni e servizi e di diritti di proprietà intellettuale legati al commercio. Oltre a gestire un sistema globale di regole commerciali, l'OMC funge da forum per la negoziazione di accordi commerciali, risolve le controversie commerciali tra i suoi membri e sostiene le esigenze dei Paesi in via di sviluppo. L'OMC conta 164 membri – che insieme rappresentano il 98% del commercio mondiale – e altri 23 Paesi sono in procinto di aderire all'Organizzazione. Sia i negoziati che il sistema decisionale dell'OMC sono processi guidati dai membri. Il Segretariato dell'OMC svolge attività fondamentali per il funzionamento del sistema, tra cui il mantenimento di un dialogo regolare con le organizzazioni non governative e le altre organizzazioni internazionali, il coordinamento delle attività e la preparazione di rapporti come le *Trade Policy Reviews,* ossia le revisioni delle politiche commerciali.

Quali sono le funzioni principali dell'OMC?

L'articolo III dell'Accordo di Marrakech che istituisce l'Organizzazione Mondiale del Commercio elenca cinque funzioni fondamentali:

- Facilitare l'attuazione, l'amministrazione e il funzionamento degli accordi commerciali dell'OMC;
- Fornire un forum per i negoziati commerciali;
- Gestire le controversie commerciali;
- Monitorare le politiche commerciali dei membri;
- Cooperare con altre organizzazioni internazionali.

Inoltre, l'OMC sostiene i Paesi a basso o medio reddito attraverso assistenza tecnica e formazione, in modo che siano in grado di costruire la loro capacità nel commercio, di gestire le controversie e di implementare gli standard tecnici.

Il processo decisionale dell'OMC

Le decisioni vengono prese da tutti i membri per consenso. È possibile anche una votazione a maggioranza sulla base di un voto per membro, ma tale procedura non è mai stata utilizzata ed era estremamente rara anche ai tempi dell'Accordo generale sulle tariffe doganali e sul commercio (*General Agreement on Tariffs and Trade*, GATT), precursore dell'OMC.
L'organo decisionale di massimo livello dell'OMC è la Conferenza ministeriale, che si riunisce di solito ogni due anni. La Conferenza ministeriale può prendere decisioni su tutte le questioni relative agli accordi commerciali multilaterali. Il Consiglio generale agisce per conto della Conferenza ministeriale su tutti gli affari dell'OMC. Si riunisce come Organo di risoluzione delle controversie e Organo di revisione della politica commerciale per supervisionare – rispettivamente – le procedure di risoluzione delle controversie tra i membri e per analizzare le politiche commerciali dei membri. Tutti i membri dell'OMC sono rappresentati in tre consigli, il Consiglio per il commercio delle merci, il Consiglio per il commercio dei servizi e il Consiglio per gli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio (Consiglio TRIPS, *Trade-*

Related Aspects of Intellectual Property Rights), che hanno il compito di facilitare il funzionamento degli accordi dell'OMC che riguardano le rispettive aree commerciali.
Numerosi organi specializzati dell'OMC (comitati e gruppi di lavoro) si occupano dei singoli accordi e di altri settori, quali ambiente, sviluppo, adesioni e accordi commerciali regionali. Anche gli organi sussidiari che si occupano degli accordi plurilaterali *multi-stakeholder* (non firmati da tutti i membri dell'OMC) sul commercio di aeromobili civili e sugli appalti pubblici riferiscono regolarmente al Consiglio generale sulle loro attività.

Dove si trovano le regole negoziali dell'OMC?

La maggior parte degli accordi dell'OMC sono il risultato dei negoziati dell'*Uruguay Round* del 1986-1994* e sono stati firmati alla riunione ministeriale di Marrakech nell'aprile 1994. Questi accordi non sono statici: possono essere rinegoziati di volta in volta. Possono anche essere aggiunti nuovi accordi e gli organi dell'OMC possono adottare decisioni o linee guida. Di conseguenza, dal 1994 i negoziati hanno portato all'adozione di numerosi testi giuridici aggiuntivi, tra cui il Protocollo del 2005 che modifica l'Accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio (Accordo TRIPS) intendendo consentire la produzione di farmaci generici a prezzi accessibili con licenza obbligatoria per l'esportazione in Paesi con capacità produttive insufficienti o inesistenti, e l'*Agreement on Trade Facilitation* (Accordo sulla facilitazione del commercio) del 2013, che mira a ridurre i ritardi alle frontiere riducendo la burocrazia. Nuovi negoziati sono stati avviati alla Conferenza ministeriale di Doha nel novembre 2001 e si stanno svolgendo presso il *Trade Negotiations Committee* (Comitato per i negoziati commerciali) e all'interno di gruppi negoziali specifici.

Questioni sanitarie all'OMC

Le attività dell'OMC in materia di salute riguardano numerose aree, come le tariffe, le procedure di autorizzazione all'importazione, le questioni normative, i diritti di proprietà intellettuale, gli appalti pubblici, il commercio dei servizi e la facilitazione degli scambi, solo per citarne alcune. Sebbene le discipline dell'OMC influenzino le politiche, le strategie e le leggi dei membri dell'OMC in materia di salute pubblica, le regole sono state concepite per tenere conto dell'obbligo dei membri dell'OMC di proteggere la propria salute pubblica. I membri dell'OMC hanno sottolineato la necessità di un legame concreto e di reciproco rafforzamento tra la salute pubblica e il sistema commerciale globale. Così, la *Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health* (Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la salute pubblica) del 2001 ha riconosciuto la gravità dei problemi di salute pubblica affrontati da molti Paesi a basso o medio reddito – in particolare quelli derivanti da HIV/AIDS, tubercolosi, malaria e altre epidemie – e ha chiesto che l'Accordo TRIPS sia parte degli sforzi nazionali e internazionali per affrontare questi problemi.

* *Nota dei curatori*: Ottavo ciclo di negoziazioni commerciali in sede GATT, iniziato nel 1986 e concluso nel 1994 con la firma degli accordi che portarono alla creazione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), l'istituzione che prese il posto del GATT come forum negoziale

I vari aspetti del commercio che possono avere un impatto sulle politiche sanitarie vengono regolarmente esaminati dagli organi competenti dell'OMC. Al Consiglio TRIPS, ad esempio, i membri hanno discusso l'importanza dei diritti di proprietà intellettuale per lo sviluppo di nuovi prodotti farmaceutici e il ruolo delle flessibilità TRIPS nel facilitare l'accesso a farmaci a prezzi accessibili. Inoltre, i membri esaminano regolarmente il funzionamento del sistema che consente la concessione di licenze obbligatorie speciali esclusivamente per l'esportazione di farmaci (articolo 31bis dell'Accordo TRIPS emendato) ed esaminano anche le leggi o i regolamenti sulla proprietà intellettuale in campo sanitario che sono stati notificati al Consiglio TRIPS.

Il *Committee on Technical Barriers to Trade* (TBT *Committee* – Comitato sugli ostacoli tecnici al commercio) e il *Committee on Sanitary and Phytosanitary Measures* (*SPS Committee* – Comitato sulle misure sanitarie e fitosanitarie) sono organi chiave dell'OMC nel contesto delle politiche sanitarie che influenzano il commercio. In questi comitati viene discussa collettivamente un'ampia gamma di politiche, standard e normative nazionali, relative alla salute, preparate e adottate dai governi. Sia l'Accordo sugli ostacoli tecnici al commercio (Accordo TBT) che l'Accordo sull'applicazione delle misure sanitarie e fitosanitarie (Accordo SPS) incoraggiano i membri a basare le loro misure sugli standard internazionali. I comitati TBT e SPS ricevono per esame molte delle misure commerciali relative alla salute notificate dai membri all'OMC ed entrambi i comitati spesso negoziano e adottano linee guida generali per i membri su come migliorare l'attuazione degli Accordi TBT e SPS. Molte di queste linee guida, in particolare quelle adottate dal Comitato SPS, hanno un impatto diretto su alcune questioni relative alla salute umana e alla salute animale e delle piante.

Le procedure di autorizzazione all'importazione (come licenze, permessi, autorizzazioni e altre procedure che richiedono la presentazione di una domanda a un'autorità competente come condizione preliminare per l'importazione) sono utilizzate da molti membri per motivi di politica sanitaria e sono esaminate dal *Committee on Import Licensing* (Comitato per le licenze d'importazione). Inoltre, due iniziative settoriali hanno previsto l'eliminazione dei dazi all'importazione su alcuni prodotti sanitari: l'*Agreement on Trade in Pharmaceutical Products* (*Pharmaceutical Agreement* – Accordo sul commercio dei prodotti farmaceutici) e l'*Information Technology Agreement*.

Il *Pharmaceutical Agreement* riguarda i prodotti farmaceutici, compresi i componenti chimici e gli ingredienti attivi utilizzati nella loro produzione. Negoziato da alcuni membri durante l'*Uruguay Round,* ha eliminato i dazi su questi prodotti. La copertura dei prodotti del *Pharmaceutical Agreement* è soggetta a revisioni periodiche per garantirne l'aggiornamento.
Nel 2015, 24 partecipanti (tra cui l'Unione Europea) hanno concordato un'espansione dell'*Information Technology Agreement* (ITA, Accordo sulle tecnologie dell'informazione) per prevedere l'eliminazione delle tariffe su una serie di prodotti di alta tecnologia, tra cui apparecchiature mediche come scanner, macchine per la risonanza magnetica, per la tomografia, per cure dentistiche e oftalmologia. Al 2020 l'accordo di espansione dell'ITA contava 26 partecipanti, tra cui 55 membri dell'OMC che insieme rappresentavano circa il 90% del commercio mondiale di questi prodotti. Oltre all'eliminazione dei dazi all'importazione, il Comitato ITA è anche impegnato negli sforzi per eliminare le barriere non tariffarie al commercio internazionale di questi prodotti.
Sebbene i membri dell'OMC abbiano assunto solo pochi impegni sull' accesso al mercato nel settore

della salute, il commercio di servizi sanitari è coperto dall'Accordo generale sul commercio dei servizi (*General Agreement on Trade in Services*, GATS). Durante le discussioni in seno al *Council for Trade in Services* (Consiglio per il commercio dei servizi, *vedi sopra*) dell'OMC, i membri hanno preso in considerazione le varie modalità di fornitura dei servizi sanitari, quali l'e-health, le cure mediche all'estero, gli investimenti esteri nel settore sanitario e alcuni aspetti della circolazione transfrontaliera degli operatori sanitari.
Le discussioni relative alla salute nelle riunioni del Consiglio e delle commissioni possono essere complementari. Ad esempio, le proposte relative alle misure di confezionamento generico e standardizzato (*plain packaging*) per i pacchetti di tabacco sono state inizialmente discusse sia al Consiglio TRIPS che al Comitato TBT prima di passare alla fase di risoluzione delle controversie.
Infine, diversi organismi internazionali (compresi quelli incaricati di definire gli standard internazionali in materia di salute) e organizzazioni intergovernative (come l'OMS) partecipano regolarmente alle discussioni in materia di salute durante le riunioni dei vari organismi dell'OMC.

L'OMC e le altre organizzazioni

L'OMC collabora con altre organizzazioni intergovernative all'insegna della "coerenza", termine che deriva dalla *Ministerial Declaration on the Contribution of the World Trade Organization to Achieving Greater Coherence in Global Economic Policymaking* (Dichiarazione ministeriale sul contributo dell'Organizzazione mondiale del commercio al raggiungimento di una maggiore coerenza nella definizione delle politiche economiche globali), adottata a Marrakech nell'aprile 1994. In effetti, è ormai riconosciuto che il sistema dell'OMC è solo una parte di un quadro molto più ampio di diritti e obblighi internazionali che i membri dell'OMC devono sostenere e rispettare.
Il lavoro dell'OMC sulle questioni relative alla salute pubblica, al commercio e ai diritti di proprietà intellettuale è complementare soprattutto a quello dell'OMS e della *World Intellectual Property Organization* (Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale). Insieme, queste organizzazioni condividono la responsabilità di rafforzare il dialogo sulle questioni pratiche – sia tra di loro che con altri partner – al fine di adempiere ai loro mandati in modo più efficace, di garantire l'uso efficiente delle risorse per la cooperazione tecnica e di evitare la duplicazione degli sforzi. In particolare, la *Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health* (Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la salute pubblica) è servita da catalizzatore per intensificare la collaborazione e sviluppare la coerenza a livello internazionale.
Sui temi di salute, l'OMC collabora inoltre con diverse altre organizzazioni intergovernative, tra cui la *World Organisation for Animal Health* (Organizzazione mondiale per la salute animale) WOAH, la FAO/WHO *Codex Alimentarius Commission* (Commissione del *Codex Alimentarius* di FAO/OMS), la *United Nations Conference on Trade and Development* (Conferenza delle Nazioni Unite sul commercio e lo sviluppo) e la *World Customs Organization* (Organizzazione mondiale delle dogane).

L'Accordo pandemico*

Al momento, lo stato dell'Accordo pandemico (spesso chiamato anche Trattato pandemico, *Pandemic Treaty*) è in fase di negoziazione, guidata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo accordo è nato in risposta alle lezioni apprese dalla pandemia di COVID-19 e mira a rafforzare la cooperazione globale e la preparazione per future pandemie. L'Organo Intergovernativo di Negoziato (INB), è responsabile della stesura e negoziazione dell'Accordo pandemico e in questi anni si è riunito regolarmente per discutere il contenuto e i termini dell'accordo. L'ultima bozza del testo è stata sviluppata ed è attualmente in fase di revisione da parte degli Stati membri e dei principali *stakeholder*. L'Accordo pandemico si concentra su diversi aspetti fondamentali:

- migliorare la preparazione globale per future pandemie garantendo sforzi di risposta internazionale più coordinati
- potenziare l'accesso equo a vaccini, diagnostica, trattamenti e altre contromisure mediche
- rafforzare i sistemi sanitari dei paesi per migliorare la capacità di rilevare e rispondere alle minacce sanitarie emergenti
- affrontare la disinformazione e migliorare le strategie di comunicazione durante le emergenze sanitarie
- supportare meccanismi di finanziamento sostenibili per garantire che i paesi dispongano delle risorse necessarie per la preparazione e la risposta pandemica.

L'OMS ha fissato un obiettivo per avere una bozza di trattato pronta per essere considerata dall'Assemblea mondiale della sanità a maggio 2025. Questa tempistica è ambiziosa, date le complessità coinvolte nei negoziati di accordi internazionali che coinvolgono più paesi con interessi diversi.
In sintesi, l'Accordo pandemico è ancora in fase di negoziazione. Il processo è complesso e implica un bilanciamento di vari interessi e preoccupazioni tra gli Stati membri e altri *stakeholder*. Se avrà successo, l'accordo potrebbe migliorare significativamente la preparazione globale e la risposta alle future pandemie.

* Questa parte è un aggiornamento completamente redatto dai curatori.

Principali luoghi e attori a livello mondiale

6.1 L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'evoluzione del settore della salute globale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è la sede principale dei negoziati sulla salute globale. Organizzazione intergovernativa in cui tutto il potere decisionale è affidato agli Stati membri, l'OMS è l'agenzia specializzata delle Nazioni Unite incaricata di coordinare e dirigere gli sforzi per la salute globale. Nei suoi primi anni di vita, l'OMS ha trattato principalmente con gli attori statali, cioè i ministeri della Salute e i ministeri degli Affari Esteri, spesso attraverso le rappresentanze diplomatiche degli Stati a Ginevra e, soprattutto negli ultimi anni, gli *health attachés* (addetti alla salute) con sede a Ginevra. Questi ultimi sono un misto di rappresentanti dei ministeri degli Esteri e della Salute degli Stati. Gli Stati membri sono gli attori chiave dell'OMS: sono loro a governare l'Organizzazione e a negoziare i principali accordi. Tuttavia, poiché il panorama sanitario globale è diventato sempre più complesso, l'OMS ha dovuto riconsiderare il proprio rapporto con un'ampia gamma di attori.

Di conseguenza, essa ha adottato una politica sulle relazioni con gli attori non statali in linea con il suo mandato costituzionale: il *Framework of Engagement with Non-State Actors* (FENSA, Quadro di riferimento per l'impegno con gli attori non statali), approvato nella 69a sessione dell'Assemblea mondiale della sanità del maggio 2016. Il FENSA mira a rafforzare l'impegno dell'OMS con gli attori non statali, tra cui ONG, enti del settore privato, fondazioni filantropiche e istituzioni accademiche. Allo stesso tempo, intende proteggere l'OMS e il suo lavoro da potenziali rischi, come conflitti di interesse, rischi di reputazione e influenze indebite.

Gli attori non statali non sono coinvolti formalmente nei negoziati sulla salute globale presso gli organi direttivi dell'OMS, ma partecipano alle consultazioni e sono spesso invitati a fornire contributi e commenti. Si recano a Ginevra in occasione delle riunioni degli organi direttivi dell'OMS (ossia l'Assemblea mondiale della sanità e il Consiglio esecutivo) per svolgere attività di advocacy, tenere discussioni informali con i negoziatori e – se in rapporti ufficiali con l'OMS – rilasciare dichiarazioni alle riunioni degli organi

direttivi. Questa partecipazione può sembrare, nel migliore dei casi, un gesto formale, soprattutto se paragonata a quella di altre parti del sistema delle Nazioni Unite, ma non è del tutto così. La Costituzione dell'OMS, il FENSA e il Regolamento dell'Assemblea mondiale della sanità stabiliscono il tipo di impegno che i vari attori possono avere. La leadership dell'OMS è impegnata in un approccio più aperto e l'attuale Direttore generale Tédros Adhanom Ghebreyesus si rivolge alla società civile più ampiamente di molti suoi predecessori. Tuttavia, la cultura dell'Organizzazione nel suo complesso sembra spesso un po' "chiusa" e avversa al rischio. Tutte le parti interessate dovrebbero pensare in modo creativo, così da poter sfruttare al meglio le opportunità che si presentano e sviluppare nuovi meccanismi di interazione, laddove possibile.

Esiste una categoria speciale di attori con cui l'OMS collabora più strettamente: gli **attori non statali che intrattengono relazioni ufficiali con l'OMS**. Le relazioni ufficiali sono un privilegio che il Consiglio esecutivo può concedere a ONG, associazioni economiche internazionali e fondazioni filantropiche che hanno avuto e continuano ad avere "un impegno costante e sistematico nell'interesse dell'Organizzazione". Gli obiettivi e le attività di queste entità devono essere conformi allo spirito, allo scopo e ai princìpi della Costituzione dell'OMS e ci si aspetta che contribuiscano in modo significativo al raggiungimento della salute pubblica. L'OMS sta compilando un registro degli attori non statali che dettaglia, tra l'altro, il loro tipo di impegno con l'Organizzazione. A tal riguardo, esiste un notevole margine per aumentare ulteriormente l'impegno e il coinvolgimento degli attori non statali nel lavoro dell'OMS. Del resto, durante la pandemia COVID-19 è emersa chiaramente la necessità di trovare nuove forme di cooperazione, in particolare con i settori della scienza e della tecnologia digitale.

La salute globale è oggi una delle aree più importanti della diplomazia *multi-stakeholder*. Questo tipo di diplomazia comprende una gamma straordinariamente ampia di iniziative e istituzioni: organizzazioni internazionali, enti e agenzie nazionali, banche di sviluppo, società civile, industria privata, istituzioni filantropiche e accademiche, associazioni professionali e singoli individui molto impegnati e talvolta anche molto potenti. Includendo molte parti interessate nei negoziati sui SDG e adottando l'Obiettivo 17 sui partenariati, le Nazioni Unite hanno conferito alla diplomazia *multi-stakeholder* un alto grado di legittimità. Nel campo della salute globale, in particolare, sono state create molte organizzazioni ibride, nonché alleanze e iniziative che traggono la loro legittimità dalla rappresentanza e dal coinvolgimento di un gran numero di *stakeholder*, da un lato, e dall'attenzione ai risultati, dall'altro.

È importante notare che i processi decisionali dell'Assemblea mondiale della sanità e dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sono molto differenti. Mentre nel primo caso il voto non è molto utilizzato, nel secondo lo è per i punti all'ordine del giorno altamente politici o sensibili, come le armi nucleari. In passato, le risoluzioni dell'Assemblea generale relative alla salute sono state generalmente adottate senza votazione, ma è stato necessario, ad esempio, ricorrere al voto per le ultime risoluzioni del settembre 2020 sulla risposta alla pandemia COVID-19 (A/RES/74/306 e A/RES/74/307). Inoltre, gli Stati membri si "dissociano" sempre più spesso da alcune sezioni di una risoluzione o di una dichiarazione. Ne è un esempio la dissociazione del governo statunitense dalla risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità WHA73/1 sulla risposta al COVID-19.[1]

6.2 Altre organizzazioni ed enti sanitari internazionali

La diplomazia della salute globale si caratterizza per le molteplici modalità e gli approcci innovativi che sono stati sviluppati nel corso della sua storia. Circa 20 anni fa ha iniziato ad emergere una nuova serie di organizzazioni sanitarie con strutture di *governance* molto diverse.

La prima è stata UNAIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*) – l'unico programma congiunto co-sponsorizzato nel sistema delle Nazioni Unite – il cui lavoro è guidato da un *Programme Coordinating Board* (Consiglio di Coordinamento del Programma) composto da più parti, che comprende i rappresentanti di 22 governi di tutte le regioni geografiche, i co-sponsor di UNAIDS e cinque rappresentanti di ONG, comprese le associazioni di persone che vivono con l'HIV.

Allo stesso modo, la *Gavi Alliance*, una fondazione e il *Global Fund* (Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria), un partenariato, sono entrambi governati da Consigli di amministrazione con rappresentanti dei Paesi, del settore privato, della società civile e di altre organizzazioni internazionali. Il Consiglio di amministrazione di Gavi comprende anche persone indipendenti o "non affiliate". Il Consiglio del Global Fund ha 20 seggi con diritto di voto, con pari rappresentanza fra implementatori e donatori, comprese le ONG, le comunità colpite da HIV, tubercolosi e malaria, il settore privato e le fondazioni private. Inoltre, ci sono otto membri senza diritto di voto, tra cui

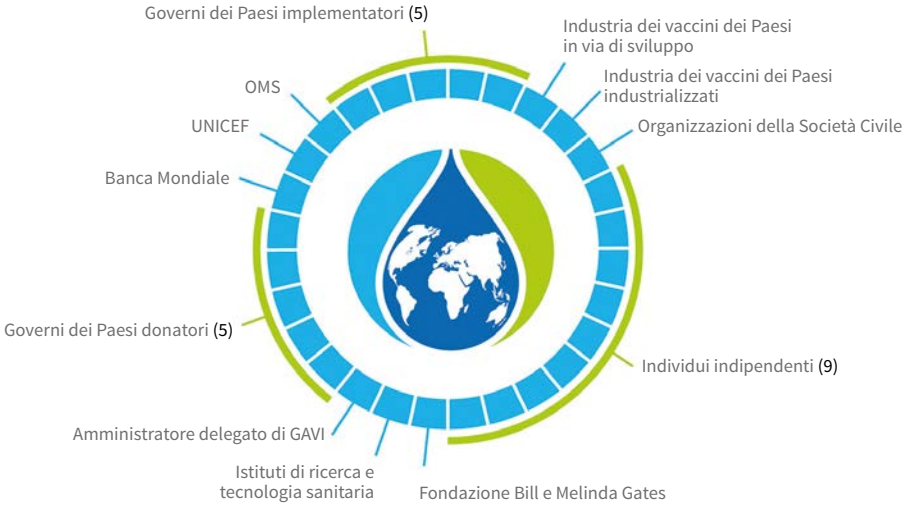
[1] Vedi: https://geneva.usmission.gov/2020/05/19/explanation-of-position-covid-19-response-resolution/

il Presidente e il Vicepresidente del Consiglio di amministrazione, i rappresentanti di organizzazioni partner come l'OMS e la Banca Mondiale e il collegio dei donatori pubblici aggiuntivi (*Additional Public Donors*) (vedi **Riquadro 10** e **Riquadro 11**).

RIQUADRO 10 Il modello di *governance* di Gavi, l'Alleanza per i Vaccini

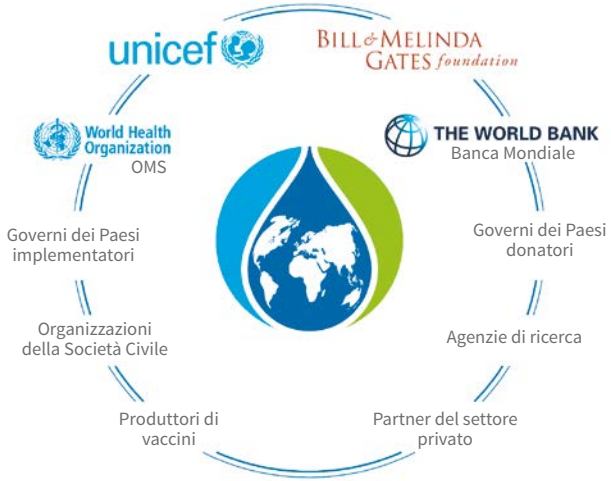
Gavi, l'Alleanza per i Vaccini (in precedenza *Global Alliance for Vaccine and Immunization*, Alleanza Globale per i Vaccini e l'Immunizzazione, da cui l'acronimo), è un'organizzazione internazionale fondata nel 2000 per fornire vaccini accessibili e a prezzi contenuti ai bambini dei Paesi in via di sviluppo. Oggi, l'Alleanza Gavi è uno degli attori più importanti nella governance della salute globale. Il Consiglio di amministrazione di Gavi è composto da 28 seggi in totale, sia permanenti che di durata determinata. I membri del Consiglio sono nominati in conformità allo statuto e alle procedure operative. I rappresentanti dei principali partner dell'Alleanza Gavi detengono 18 seggi; individui indipendenti o

La struttura di *governance*



non affiliati ne hanno 9; l'Amministratore delegato dell'Alleanza ne detiene uno. Mentre la Fondazione Bill e Melinda Gates, la Banca Mondiale, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e l'OMS occupano seggi permanenti nel Consiglio di amministrazione, i rappresentanti degli altri partner di Gavi sono in carica a tempo determinato.
I membri che occupano seggi "rappresentativi" hanno la responsabilità di garantire che i loro governi o istituzioni forniscano contributi formali allo sviluppo delle politiche di Gavi e alla gestione delle sue operazioni. Gli individui indipendenti o non affiliati non hanno alcun legame professionale con il lavoro svolto da Gavi, ma forniscono competenze in aree di importanza cruciale come gli investimenti, la revisione contabile e la raccolta fondi. Inoltre, forniscono un esame indipendente ed equilibrato a tutte le delibere del Consiglio di amministrazione. Questi membri sono nominati a titolo personale sulla base delle loro competenze, conoscenze e relazioni.
Altro tipo di rappresentanza è quella dei membri supplenti (*alternate*) del Consiglio di amministrazione, e degli osservatori. Ogni organizzazione e circoscrizione eleggibile può designare una persona per ogni membro del Consiglio di amministrazione come supplente, che ha il diritto di agire per conto di quest'ultimo. Sia i membri del Consiglio di amministrazione che i supplenti sono invitati a partecipare alle riunioni del Consiglio di amministrazione; almeno uno di loro dovrebbe partecipare per garantire la rappresentanza della propria circoscrizione. Con il permesso del presidente, anche gli osservatori possono partecipare alle riunioni del Consiglio o del Comitato dell'Alleanza.

I partner della Gavi Alliance



- **I governi dei Paesi implementatori** identificano i loro bisogni di immunizzazione e co-finanziano e implementano i programmi vaccinali.
- **I produttori di vaccini** mettono a disposizione dei Paesi implementatori vaccini di qualità a prezzi accessibili e attrezzature per la catena del freddo.
- **Le organizzazioni della società civile** contribuiscono a garantire che i vaccini raggiungano ogni bambino.
- **I partner del settore privato** contribuiscono con risorse, competenze e innovazione a realizzare la missione dell'Alleanza Gavi.
- **La Fondazione Bill e Melinda Gates** fornisce finanziamenti e competenze, promuove approcci innovativi e sostiene la ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini.
- **Le istituzioni per la ricerca e la tecnologia** in campo sanitario contribuiscono a fornire le evidenze di efficacia e a comunicare il valore dei vaccini.
- **I governi dei Paesi donatori** assumono impegni di finanziamento a lungo termine e collaborano con Gavi sul campo.
- **La Banca Mondiale** contribuisce a sostenere meccanismi di finanziamento innovativi come l'International Finance Facility for Immunisation e l'Advance Market Commitments.
- **L'UNICEF** procura i vaccini e sostiene i Paesi nel mantenimento dei sistemi della catena del freddo, e per migliorare l'accesso e la raccolta dei dati.
- **L'OMS** regolamenta i vaccini e ne sostiene l'introduzione nei singoli Paesi, con l'obiettivo di aumentare la copertura vaccinale e migliorare la qualità dei dati.

Adattato dal sito web di Gavi: www.gavi.org
(visitato il 12 ottobre 2020)

RIQUADRO 11 Il modello di *governance* del Fondo Globale per la lotta contro AIDS, Tubercolosi e Malaria

Il *Fondo Globale* per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria (nella versione inglese *Global Fund*) è un'organizzazione finanziaria internazionale fondata nel 2002, la cui missione è "attrarre, mobilitare e investire risorse aggiuntive per porre fine alle epidemie di HIV, tubercolosi e malaria e sostenere il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile". Il Global Fund mobilita e investe più di 4 miliardi di dollari all'anno per sostenere programmi in oltre 100 Paesi. Si tratta di un partenariato tra governi, società civile, agenzie tecniche, settore privato e persone colpite da tali malattie.

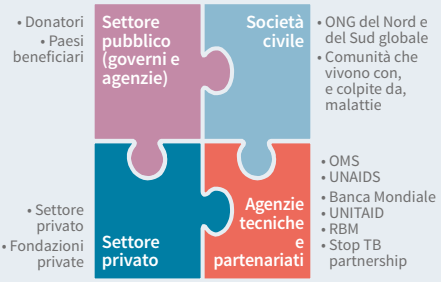
La composizione del Consiglio di amministrazione del Global Fund è esemplificativa del concetto di diplomazia plurilaterale della salute. Il Consiglio comprende 20 membri con diritto di voto, con uguale rappresentanza fra implementatori e donatori, e altri otto membri senza diritto di voto. Il presidente e il vicepresidente presiedono le riunioni del Consiglio e svolgono ruoli di advocacy, partnership e raccolta fondi. I 20 membri votanti rappresentano le circoscrizioni, con un numero uguale di seggi (10) che rappresentano le circoscrizioni dei donatori e quelle degli implementatori. Un membro del Consiglio di amministrazione è a capo di ciascuna circoscrizione ed è affiancato da un membro supplente.

Le 20 circoscrizioni (gruppi di membri votanti) sono le seguenti: Australia, Canada e Svizzera; comunità di persone colpite dalle malattie; organizzazioni non governative (ONG) dei Paesi sviluppati; ONG dei Paesi in via di sviluppo; Europa Orientale e Asia Centrale; regione del Mediterraneo Orientale; Africa Orientale e Meridionale; Commissione Europea, Belgio, Italia, Portogallo, Spagna; Francia; Germania; Giappone; America Latina e Caraibi; "*Point Seven*" (Danimarca,

Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Svezia); fondazioni private; settore privato; Sud-Est Asiatico; Regno Unito; Stati Uniti; Africa Occidentale e Centrale; e la regione del Pacifico occidentale. I restanti otto dei 28 seggi del Consiglio di amministrazione sono membri senza diritto di voto: il presidente del Consiglio di amministrazione; il vicepresidente del Consiglio di amministrazione; il direttore esecutivo; i partner; il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS); l'OMS; la Banca mondiale; e i "donatori pubblici supplementari", ossia un collegio elettorale creato dal Consiglio di amministrazione per accogliere i donatori pubblici che non sono già rappresentati da un collegio elettorale.

Approccio di partnership alla *governance*

Il Consiglio di amministrazione del Global Fund



Adattato da https://www.theglobalfund.org/en/

La *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC, Convenzione quadro per il controllo del tabacco), il primo trattato dell'OMS sulla salute globale entrato in vigore nel 2005, è un altro nuovo protagonista dell'architettura della salute globale. Ha un proprio organo di governo (Conferenza delle Parti) e un Segretariato ospitato dall'OMS (maggiori dettagli sulla FCTC sono riportati nel **Capitolo 5**).

Inoltre, diversi partenariati sanitari, con le loro specifiche strutture di *governance* e modalità operative, sono ospitati dall'OMS, per esempio la *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* (Partenariato per la salute materna, neonatale e infantile). Altre organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite supportano altre realtà, come la *RBM Partnership to End Malaria* (Partenariato RBM per porre fine alla malaria), ospitato dall'*United Nations Office for Project Services* (Ufficio delle Nazioni Unite per i servizi di progetto) (cfr. **Capitolo 5**).

I Paesi, come altri attori, sono coinvolti nei negoziati e nel processo decisionale di molte organizzazioni sanitarie, ma non sempre adottano la stessa posizione nazionale in ciascuna di esse. Ciò è dovuto in parte al fatto che i ministeri rappresentati sono diversi: nell'OMS sono soprattutto i ministeri della Salute, mentre nelle altre organizzazioni sanitarie sono soprattutto i ministeri dello Sviluppo (o i ministeri degli Esteri attraverso le loro agenzie di Sviluppo). In molti casi, manca la cooperazione tra le varie autorità nazionali, che a volte sono addirittura in competizione tra loro.

6.3 La diplomazia della salute alle Nazioni Unite

Al volgere del millennio è diventato evidente che affrontare i problemi della salute globale richiede un elevato livello di impegno politico e una concentrazione di risorse. Si è quindi iniziato a prestare maggiore attenzione agli organi decisionali delle Nazioni Unite a New York.

In linea di principio, la salute può comparire nell'agenda di quattro forum delle Nazioni Unite, ovvero:

- L'Assemblea Generale che, in base allo Statuto delle Nazioni Unite, può formulare raccomandazioni su tutte le questioni che rientrano nell'ambito delle Nazioni Unite, compresa la salute globale.
- Il Consiglio di sicurezza, che, come suggerisce il nome, si occupa di pace e sicurezza, e raramente inserisce questioni sanitarie nella sua agenda: finora è successo solo con l'AIDS e l'Ebola, dichiarati una minaccia alla stabilità internazionale rispettivamente nel 2000 e nel 2014. Inoltre, nel 2013 il Consiglio di sicurezza ha rilasciato una dichiarazione stampa sulla vaccinazione antipolio in Sudan.
- Il Consiglio per i diritti umani e il Consiglio economico e sociale sono coinvolti, insieme ad altri organi, nella preparazione delle deliberazioni dell'Assemblea generale. Il Consiglio economico e sociale è la piattaforma centrale per promuovere il dibattito e il pensiero innovativo sulle tre dimensioni dello sviluppo sostenibile: economica, sociale e ambientale. Questi due organi utilizzano anche meccanismi speciali in relazione alla salute, come l'istituzione di *task forces* inter-agenzia delle Nazioni Unite – ad esempio sulle malattie non trasmissibili – sotto gli auspici del Consiglio economico e sociale, o la nomina di un relatore speciale sul diritto alla salute sotto gli auspici del Consiglio per i diritti umani.

L'interesse delle Nazioni Unite per la salute è stato rafforzato dalla Dichiarazione di Oslo del 2007, in cui i ministri degli Esteri di sette Paesi hanno identificato la salute globale come una questione urgente di politica estera dei tempi moderni. Dal 2008, ogni anno l'Assemblea Generale ha discusso i legami tra politica estera e salute, richiamando l'attenzione sul contesto più ampio dei temi all'ordine del giorno dell'OMS (cfr. **Riquadro 12**).

Nel 2015, i negoziati e la successiva adozione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile con i suoi 17 SDG hanno creato condizioni ancora più favorevoli per dedicare maggiore attenzione alle questioni di salute globale. Le Nazioni Unite hanno riconosciu-

to che, in un mondo interconnesso, le malattie infettive possono diffondersi attraverso i continenti nel giro di pochi giorni; i fattori legati allo stile di vita diffusi dai media e dalla pubblicità possono influenzare le popolazioni globali nel giro di pochi mesi (come il fumo, l'alcol e il consumo di cibo non salutare); e le conoscenze possono essere condivise istantaneamente. I determinanti di salute sono quindi incorporati in ciascuno degli Obiettivi di sviluppo sostenibile e anche i diplomatici della salute sono stati coinvolti nell'assicurare che questi siano inseriti nei Piani globali di sviluppo sostenibile dei Paesi. Un nuovo meccanismo, lanciato nel 2019, il *Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All* (Piano d'azione globale per vivere sano e benessere per tutti) riunisce 12 organizzazioni internazionali con l'obiettivo di fornire un sostegno più efficace ai Paesi nei loro sforzi per raggiungere i SDG relativi alla salute.

Questi sviluppi hanno reso possibile un numero crescente di riunioni di alto livello dell'Assemblea generale su questioni specifiche relative alla salute. Le dichiarazioni politiche adottate da queste riunioni (come quelle sulle malattie non trasmissibili, la tubercolosi, la resistenza antimicrobica e la copertura sanitaria universale) sono state successivamente approvate dall'Assemblea generale, che ha fornito una guida strategica per la cooperazione internazionale nelle aree in questione.

I trattati globali con un impatto sulla salute, negoziati sotto l'egida di diversi organismi e agenzie delle Nazioni Unite, sono un altro "centro di attrazione" per le questioni sanitarie all'ONU. Esempi significativi sono la Convenzione di Minamata sul mercurio (sotto l'egida dell'UNEP), la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (sotto l'egida del Consiglio dei diritti umani) e la Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici.

Quando è scoppiata la pandemia COVID-19, le Nazioni Unite erano "impantanate" in vari conflitti. L'Assemblea Generale è riuscita a concordare solo una risoluzione simbolica sulla solidarietà. È interessante notare che il Consiglio di sicurezza non ha messo all'ordine del giorno le conseguenze della pandemia, sebbene lo avesse fatto durante la più limitata epidemia di Ebola. Il Consiglio non è stato in grado di appoggiare una risoluzione che approvasse l'appello del Segretario generale per il cessate il fuoco legato alla pandemia nelle zone di guerra, tra cui la Repubblica Araba Siriana, lo Yemen, la Libia e l'Afghanistan, a causa di una disputa tra Stati Uniti e Cina sull'opportunità di includere o meno un riferimento all'OMS nel testo della risoluzione. Nei primi sei mesi di risposta al COVID-19, l'OMS, il G20 e le regioni hanno assunto impegni politici per contrastare la pandemia.

Il sistema delle Nazioni Unite

Organi principali dell'Onu

Assemblea Generale

Organi sussidiari
- Commissione per il disarmo
- Consiglio per i diritti umani
- Commissione di diritto internazionale
- Unità d'ispezione congiunta (JUI)
- Comitati principali
- Comitati permanenti e organi ad hoc

Fondi e programmi[1]

UNDP Programma di sviluppo delle Nazioni Unite
- **UNCDF** Fondo delle Nazioni Unite per lo sviluppo del capitale
- **UNV** Volontari delle Nazioni Unite

UNEP[8] Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente
UNFPA Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
UN-HABITAT[8] Programma delle Nazioni Unite per gli Insediamenti
UNICEF Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
PAM Programma alimentare mondiale (ONU/FAO)

Ricerca e formazione

UNIDIR Istituto delle Nazioni Unite per la ricerca sul disarmo
UNITAR Istituto delle Nazioni Unite per la formazione e la ricerca
UNSSC Collegio del personale del sistema delle Nazioni Unite UNU Università delle Nazioni Unite

Consiglio di sicurezza

Organi sussidiari
- Counter-Terrorism Committee
- International Residual Mechanism for Criminal Tribunals
- Military Staff Committee
- Peacekeeping operations and political missions
- Sanctions committees (ad hoc)
- Standing committees and ad hoc bodies

Consiglio economico e sociale

Commissioni funzionali
- Prevenzione del crimine e giustizia penale
- Stupefacenti
- Popolazione e sviluppo
- Scienza e tecnologia per lo Sviluppo
- Sviluppo sociale
- Statistiche
- Condizione della donna
- Forum delle Nazioni Unite sulle foreste

Commissioni regionali[8]

ECA Commissione economica per l'Africa
ECE Commissione economica per l'Europa
ECLAC Commissione economica per l'America Latina e i Caraibi
ESCAP Commissione economica e sociale per l'Asia e il Pacifico
ESCWA Commissione economica e sociale per l'Asia occidentale

Altri organismi[10]
- Comitato per la politica di sviluppo
- Comitato di esperti per la Pubblica Amministrazione
- Comitato sulle organizzazioni non governative
- Forum permanente sulle questioni indigene

UNAIDS Programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS
UNGEGN Gruppo di esperti delle Nazioni Unite sui Nomi geografici
UNGGIM Comitato di esperti sulla gestione dell'informazione geospaziale globale

Ricerca e formazione

UNICRI Istituto interregionale delle Nazioni Unite per la ricerca sul crimine e la giustizia
UNRISD Istituto di ricerca delle Nazioni Unite per lo sviluppo sociale

Segretariato

Dipartimenti e uffici[9]

EOSG Ufficio esecutivo del Segretario generale
DCO Ufficio di coordinamento dello sviluppo
DESA Dipartimento degli affari economici e sociali
DGACM Dipartimento per la gestione delle assemblee generali e delle conferenze
DGC Dipartimento delle Comunicazioni globali
DMSPC Dipartimento di gestione Strategia, Politica e Conformità
DOS Dipartimento del supporto operativo
DPO Dipartimento delle operazioni di pace
DPPA Dipartimento degli affari politici e il consolidamento della pace
DSS Dipartimento per la sicurezza
OCHA Ufficio per il coordinamento degli affari umanitari
OCT Ufficio per l'antiterrorismo
ODA Ufficio per gli affari del disarmo
OHCHR Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani
OIOS Ufficio dei servizi di supervisione interna
OLA Ufficio per gli affari legali

Corte internazionale di giustizia

Consiglio di amministrazione fiduciaria[6]

Altre entità

ITC Centro internazionale per il commercio (ONU/OMC)
UNCTAD[1,8] Conferenza delle Nazioni Unite sul commercio e lo sviluppo
UNHCR[1] Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati
UNOPS[1] Ufficio delle Nazioni Unite per i servizi ai progetti
UNRWA[1] Agenzia delle Nazioni Unite per il soccorso e l'occupazione dei rifugiati palestinesi nel Vicino Oriente
UN-WOMEN[1] Entità delle Nazioni Unite per l'uguaglianza di genere e l'emancipazione delle donne

Organizzazioni correlate

COMMISSIONE PREPARATORIA CTBTO Commissione preparatoria per l'Organizzazione del Trattato sulla messa al bando totale degli esperimenti nucleari
AIEA[1,3] Agenzia internazionale per l'energia atomica
CPI Corte penale internazionale
OIM[1] Organizzazione internazionale per le migrazioni
ISA Autorità internazionale dei fondi marini
ITLOS Tribunale internazionale per il diritto del mare
OPCW[3] Organizzazione per la proibizione delle armi chimiche
OMC[1,4] Organizzazione mondiale del commercio

Commissione per il consolidamento della pace

HLPF Forum politico di alto livello sullo sviluppo sostenibile

Agenzie specializzate[1,5]

FAO Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura
ICAO Organizzazione internazionale dell'aviazione civile
IFAD Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo
OIL Organizzazione internazionale del lavoro
FMI Fondo Monetario Internazionale
IMO Organizzazione marittima internazionale
ITU Unione Internazionale delle Telecomunicazioni
UNESCO Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura
UNIDO Organizzazione delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Industriale
UNWTO Organizzazione mondiale del turismo
UPU Unione Postale Universale
OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
WIPO Organizzazione Mondiale della Proprietà Intellettuale
WMO Organizzazione Meteorologica Mondiale
GRUPPO BANCARIO MONDIALE[7]
- **IBRD** Banca internazionale per la ricostruzione e lo sviluppo
- **IDA** Associazione Internazionale per lo Sviluppo
- **IFC** Società finanziaria internazionale

OSAA Ufficio del consigliere speciale per l'Africa
SRSG/CAAC Ufficio del Rappresentante speciale del Segretario generale per i bambini e i conflitti armati Rappresentante speciale del Segretario generale per i bambini e i conflitti armati
SRSG/SVC Ufficio del Rappresentante speciale del Segretario generale per la violenza sessuale nei conflitti
SRSG/VAC Ufficio del Rappresentante speciale del Segretario generale per la violenza contro i minori
UNDRR Ufficio delle Nazioni Unite per la riduzione del rischio di catastrofi
UNODC[1] Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine
UNOG Ufficio delle Nazioni Unite a Ginevra
UN-OHRLLS Ufficio dell'Alto rappresentante per i Paesi meno sviluppati, i Paesi in via di sviluppo senza sbocco sul mare e i piccoli Stati insulari in via di sviluppo
UNON Ufficio delle Nazioni Unite a Nairobi
UNOP[2] Ufficio delle Nazioni Unite per i partenariati UNOV Ufficio delle Nazioni Unite a Vienna

Note:
1 Membri del Consiglio superiore di coordinamento del Sistema delle Nazioni Unite (CEB).
2 L'Ufficio delle Nazioni Unite per i partenariati (UNOP) è il punto di riferimento delle Nazioni Unite nei confronti della Fondazione delle Nazioni Unite, Inc.
3 L'AIEA e l'OPCW riferiscono al Consiglio di Sicurezza e all'Assemblea Generale.
4 L'OMC non ha l'obbligo di riferire all'Assemblea Generale, ma contribuisce su base ad hoc ai lavori dell'Assemblea Generale e del Consiglio Economico e Sociale (ECOSOC), tra l'altro su questioni di finanza e sviluppo.
5 Le agenzie specializzate sono organizzazioni autonome il cui lavoro viene coordinato attraverso l'ECOSOC (livello intergovernativo) e il CEB (livello intersegretariale).
6 Il Consiglio di amministrazione fiduciaria ha sospeso le sue attività il 1° novembre 1994, in quanto il 1° ottobre 1994 Palau, l'ultimo Territorio Fiduciario delle Nazioni Unite, è diventato indipendente.
7 Il Centro Internazionale per la Risoluzione delle Controversie in materia di Investimenti (ICSID) e l'Agenzia Multilaterale di Garanzia degli Investimenti (MIGA) non sono agenzie specializzate ai sensi degli articoli 57 e 63 della Carta, ma fanno parte del Gruppo Banca Mondiale.
8 I segretariati di questi organi fanno parte del Segretariato delle Nazioni Unite.
9 Il Segretariato comprende anche i seguenti uffici: L'Ufficio etico, il Mediatore delle Nazioni Unite e i Servizi di mediazione e l'Ufficio per l'amministrazione della Giustizia.
10 Per un elenco completo degli organi sussidiari dell'ECOSOC si veda un.org/ecosoc.

Questo schema riflette l'organizzazione funzionale del Sistema delle Nazioni Unite e ha uno scopo puramente informativo. Non comprende tutti gli uffici o le entità del Sistema delle Nazioni Unite.

© 2019 Nazioni Unite. Tutti i diritti riservati in tutto il mondo – Fonte: https://www.un.org/en/pdfs/18-00159e_un_system_chart_17x11_4c_en_web.pdf Pubblicato dal Dipartimento delle Nazioni Unite per le comunicazioni globali 19-00073 – Luglio 2019

RIQUADRO 12 Quali sono le caratteristiche dei negoziati sulla salute alle Nazioni Unite?

Nei negoziati alle Nazioni Unite, la salute è vista attraverso la lente della politica globale. Le argomentazioni e le evidenze relative alla salute pubblica hanno un effetto indiretto (talvolta subordinato), mentre le aspirazioni geopolitiche, le considerazioni di potere e gli interessi hanno un impatto più forte. La definizione e la discussione dei punti all'ordine del giorno relativi alla salute si basano su tre aspetti: l'economia mondiale, il contesto di sicurezza e le questioni umanitarie, dei diritti umani e della giustizia sociale.

La complessità delle sfide sanitarie globali e il loro contesto economico e di politica dello sviluppo richiedono una preparazione più approfondita e organizzata dei diplomatici coinvolti nei negoziati. Non è più sufficiente che i diplomatici abbiano esperienza di politica estera: per avere successo al tavolo dei negoziati è essenziale un supporto di background basato sulla cooperazione tra esperti di vari settori nei Paesi d'origine.

Sebbene i diplomatici professionisti svolgano un ruolo chiave nelle delibere delle Nazioni Unite in materia di salute, essi si affidano sempre più a esperti, in particolare agli *health attachés* (addetti alla salute) delle missioni con sede a Ginevra. Il legame tra Ginevra e New York si sta rafforzando, poiché le conferenze di alto livello sulla salute tenute presso la sede centrale dell'ONU sono spesso preparate presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme ai rappresentanti degli Stati membri. Allo stesso tempo, è cresciuta la richiesta di diplomatici della salute che abbiano sede a New York. Garantire che i diplomatici possiedano o possano avvalersi di conoscenze specialistiche è meno accessibile per i Paesi del Sud globale, tuttavia è importante che gli interessi di questi Paesi siano rappresentati con forza durante i negoziati sulla salute. A tal riguardo, un'azione coordinata e la messa in comune di competenze da parte di organizzazioni regionali come l'Unione Africana o la Comunità dei Caraibi può essere utile.

L'influenza degli attori non statali, che dispongono di grandi quantità di risorse, in particolare finanziarie, sta crescendo all'interno delle Nazioni Unite. Questi possono esercitare una pressione politica – a cui è difficile resistere – e che può essere in contrasto con il bene pubblico. Un esempio lampante è quello delle malattie non trasmissibili, dove il potere di mercato delle grandi aziende può contrastare gli obiettivi di salute pubblica dei governi. In effetti, rispetto al passato, alcuni Paesi sembrano essere meno assidui nei loro sforzi di regolamentare le grandi imprese (farmaceutiche, alimentari e bevande, tabacco e alcolici e così via). Questo potrebbe avere un impatto significativo sugli sforzi nel trovare soluzioni politiche che migliorino la salute globale. D'altra parte, all'ONU si sta dando sempre più spazio ai punti di vista e alle posizioni di organizzazioni non governative internazionali, fondazioni filantropiche, istituzioni accademiche, gruppi di advocacy, gruppi religiosi e organizzazioni umanitarie.

C'è il rischio che il sistema multilaterale che governa le relazioni politiche e commerciali globali possa subire un'ulteriore frammentazione quando le nazioni emergenti, più sicure di sé, affermeranno i propri valori e le proprie regole. Inoltre, la pandemia COVID-19 ha dimostrato che l'aumento, nel mondo, del sentimento nazionalista rappresenta un'ulteriore minaccia al sistema multilaterale, con il rifiuto totale delle istituzioni multilaterali e della nozione stessa di *governance* globale.

6.4 Il ruolo centrale degli Stati nella diplomazia della salute globale

Gli Stati permangono quali attori cruciali nelle organizzazioni sanitarie internazionali vecchie e nuove. In effetti, in molti casi è stata l'iniziativa degli Stati a creare nuove organizzazioni per affrontare sfide comuni. Nella loro politica estera, gli Stati devono trovare un equilibrio tra diversi obiettivi: servire l'interesse nazionale, fornire assistenza allo sviluppo e sostenere l'azione collettiva; le loro posizioni riflettono le realtà geopolitiche. Nel corso del XX secolo si sono verificati cambiamenti significativi nell'equilibrio di potere tra gli Stati. I primi decenni dopo la Seconda guerra mondiale sono stati caratterizzati dal conflitto tra l'ex Unione Sovietica e gli Stati Uniti, noto come "Guerra Fredda". A partire dagli anni Sessanta, le nazioni del mondo in via di sviluppo hanno iniziato a svolgere un ruolo più importante e i membri dei vari organismi delle Nazioni Unite sono aumentati in modo significativo. Tuttavia, i Paesi più potenti hanno mantenuto fino ad oggi un'influenza sproporzionata sul processo decisionale delle istituzioni globali. Alcune organizzazioni sanitarie più recenti hanno cercato di risolvere questo problema dando alle nazioni donatrici e a quelle beneficiarie un numero uguale di voti.

L'attuale conflitto di potere geopolitico tra Cina e Stati Uniti si riflette nelle deliberazioni dell'ONU e in quelle di molti altri organismi multilaterali e club politici. Sono diventate possibili nuove alleanze, soprattutto tra "medie potenze" ("*middle powers*"). Le nazioni del Sud globale hanno ora una maggiore influenza sulla politica sanitaria globale, come dimostra, ad esempio, l'elezione del primo direttore generale africano dell'OMS nel 2017. Questo aumento dell'influenza dell'Africa è legato sia all'impatto che la maggior parte delle questioni sanitarie ha su questa regione, sia al peso cumulativo dei voti dei suoi Paesi in uno scenario di voto. Allo stesso modo, gli organismi regionali, come l'UE, stanno acquistando importanza. La crisi del COVID-19 ha dimostrato quanto sia politico il campo della salute globale e ha anche evidenziato il ruolo cruciale della diplomazia della salute globale nel garantire l'adozione di azioni collettive.

L'esperienza dimostra che gli Stati continueranno a creare e sviluppare organizzazioni internazionali per raggiungere obiettivi che non possono realizzare da soli, o se ritengono che un'organizzazione esistente non stia adempiendo al suo mandato o, ancora, se non sono soddisfatti del ruolo che stanno ricoprendo in essa. Tuttavia, i mandati molto diversi e le basi di legittimità (percepite) delle organizzazioni internazionali esistenti e le loro diverse culture organizzative spesso non sono pienamente comprese dagli attori politici. Ciò può avere implicazioni significative nel giudicare la loro efficacia.

Nuove organizzazioni possono nascere perché i Paesi e altri attori ritengono che le organizzazioni esistenti abbiano perso la loro legittimità o perché desiderano sperimentare un nuovo meccanismo di finanziamento più vantaggioso. Queste organizzazioni vengono create anche per dare ai donatori una maggiore voce in capitolo su come viene speso il denaro da loro donato. A volte, entità e meccanismi paralleli vengono creati da Paesi che non riescono a ottenere un'influenza sufficiente all'interno delle organizzazioni multilaterali esistenti – un fenomeno definito **multilateralismo parallelo o competitivo**, di cui la *Belt and Road Initiative,* lanciata dalla Cina, è un esempio.

Una caratteristica sorprendente della diplomazia del XXI secolo è l'**espansione della diplomazia dei club e della diplomazia delle reti**, che riflette il modo in cui la politica internazionale si sta muovendo verso il multipolarismo. L'influenza non si esercita più solo lungo i canali tradizionalmente associati ai Paesi sviluppati e a quelli in via di sviluppo. I Paesi BRICS, in particolare, stanno svolgendo un ruolo sempre più importante negli affari globali, assumendo la guida di alcune questioni e agendo come intermediari di potere regionali. Ad esempio, la Cina è oggi la seconda economia mondiale e il secondo contributore al bilancio delle Nazioni Unite e anche nel campo della salute globale, è diventata un importante donatore e un importante investitore. Allo stesso modo, l'India è attualmente in prima linea nelle discussioni sulla salute digitale.

Nel tentativo di diventare leader regionali, i Paesi BRICS, insieme ad alcuni altri Paesi dell'Asia e dell'Africa, stanno costruendo ampie alleanze e rafforzando la cooperazione regionale (cfr. **Riquadro 13**). Ad esempio, l'Indonesia sta attualmente promuovendo la cooperazione tra gli Stati dell'Indo-Pacifico, che ha il potenziale per essere utilizzata dai principali responsabili politici per attirare l'attenzione sull'urgenza di un'azione collettiva su questioni sanitarie transnazionali. Il cambiamento dei rapporti di forza ha aperto nuovi spazi per l'impegno politico internazionale, anche per la diplomazia della salute globale e nei prossimi anni è probabile che nascano molti altri nuovi tipi di alleanze.

Piccoli gruppi di Paesi possono esercitare una notevole influenza se costruiscono alleanze basate sul principio delle Nazioni Unite di un voto per Paese. Tali alleanze stanno sempre più conducendo una diplomazia di gruppo e di rete, con notevole successo, come dimostra il modo in cui i Paesi del CARICOM sono riusciti a inserire le malattie non trasmissibili nell'agenda delle Nazioni Unite. In generale, l'influenza dei blocchi di integrazione regionale sulle questioni sanitarie è in costante aumento, come illustrato nel **Capitolo 7**.

Uno sviluppo fondamentale è stato l'inserimento delle sfide della salute globale

– inizialmente legate soprattutto alla sicurezza sanitaria – nelle agende degli incontri politici di alto livello, come le riunioni del G7 e del G20, e dei club politici come i Paesi BRICS. Questo ampliamento dello spazio politico per i negoziati sulla salute ha aumentato la probabilità che le questioni sanitarie vengano affrontate in altre sedi, come la Banca Mondiale o l'OMC. Per esempio, durante il vertice del G20 di Osaka, in Giappone, nel giugno 2019 è stata organizzata per la prima volta una sessione congiunta dei ministri della Salute e delle Finanze; i ministri hanno discusso alcune delle questioni finanziarie sollevate negli *Spring Meetings* del 2019 del Gruppo della Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale. Ad oggi le riunioni congiunte dei Ministri della Salute e delle Finanze sono diventate una prassi nel processo G20.

6.5 Il ruolo degli attori non statali nella diplomazia della salute globale

Lo spazio della diplomazia della salute globale presenta un'ampia gamma di attori non statali che interagiscono principalmente attraverso la diplomazia di rete. Il Registro[2] degli attori non statali dell'OMS (*WHO Registers of non-state actors*) riflette la diversità di questi attori – tra cui alleanze sanitarie globali, iniziative, partenariati pubblico-privati e fondazioni – e dei loro interessi. Molti di essi cercano di combinare l'impatto sulla definizione di un'agenda globale con l'azione sul campo.

Data la varietà e la diversità degli attori della diplomazia della salute globale, prima di intraprendere qualsiasi negoziato è necessario effettuare un'**analisi approfondita degli *stakeholder*.** Ciò significa cercare di capire non solo gli interessi delle varie parti interessate, ma anche il modo in cui queste operano (ad esempio, le loro strategie sui social media).

Le attività delle organizzazioni della società civile sono cruciali per il successo dei negoziati sulla salute globale. Ne sono un esempio i negoziati che hanno portato all'adozione della *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC, Convenzione quadro per il controllo del tabacco) nel 2003 e del *Code of Marketing of Breast-milk Substitutes* (Codice internazionale di commercializzazione dei sostituti del latte materno) nel 1981, o i numerosi negoziati sull'accesso ai farmaci e sui determinanti commerciali della salu-

[2] Disponibile al sito: https://www.who.int/about/collaboration/non-state-actors/who-register-of-non-state-actors

te. Come illustrato nella **Sezione 1.3**, è ormai una pratica standard includere le ONG nel processo di diplomazia della salute globale. I diplomatici delle ONG rappresentano gli interessi del pubblico in generale e chiedono trasparenza, soprattutto sui tentativi del settore privato di esercitare un'influenza indebita. Uno studio sui negoziati della FCTC ha rivelato che le ONG hanno svolto cinque ruoli chiave durante il processo: monitoraggio, lobbying, intermediazione di conoscenze, offerta di competenze tecniche e promozione dell'inclusione (Lencucha, Kothari & Labonté, 2011).

Le fondazioni filantropiche hanno acquisito un livello significativo di influenza sull'agenda della salute globale. Molte fondazioni sono attive nel settore della salute globale, la più influente delle quali è la *Bill and Melinda Gates Foundation* (BMGF) che, dalla sua creazione nel 2000, ha convogliato risorse significative nella salute globale e ha contribuito alla creazione di molte nuove organizzazioni, alleanze e programmi sanitari. La BMGF cerca di sostenere soluzioni innovative, ambiziose e scalabili ai problemi di salute che hanno un forte impatto nei Paesi in via di sviluppo. Inoltre, è il principale donatore tra gli attori non statali che contribuiscono volontariamente al finanziamento della salute globale. Sebbene la BMGF non abbia un potere decisionale formale all'interno dell'OMS, le sue decisioni di finanziare programmi importanti, come quelli sull'eradicazione della polio o sull'innovazione gestionale, hanno un impatto significativo sul lavoro dell'Organizzazione. Le intense interazioni della BMGF con i Paesi donatori e beneficiari, nonché con la leadership dell'OMS, conferiscono chiaramente alla Fondazione una notevole influenza nel campo della diplomazia della salute globale, aspetto questo aspramente criticato da molti attori della società civile.

Il ruolo del settore privato *for profit* nella diplomazia della salute globale è cresciuto notevolmente negli ultimi anni. A questo proposito, molta attenzione è stata data alle aziende farmaceutiche e al loro ruolo nell'accesso ai farmaci, nonché alle grandi multinazionali alimentari che hanno contribuito al massiccio aumento della prevalenza delle malattie non trasmissibili. È evidente che l'*accountability* deve essere rafforzata in questi settori. Allo stesso tempo, però, molte aziende private stanno contribuendo all'avanzamento degli obiettivi di salute globale, come dimostra l'*ARM Industry Alliance* lanciata nel 2017 per aiutare a combattere la resistenza antimicrobica. In molti Paesi al di fuori di quelli OCSE, in particolare in India, il settore sanitario privato svolge un ruolo cruciale. Sono nate un'ampia gamma di nuove partnership e iniziative da parte delle stesse aziende nei confronti dei propri dipendenti. Il *World Economic Forum* riunisce sempre più spesso governi e grandi aziende per promuovere approcci innovativi e costruire nuove

alleanze. Sono sorte nuove sfide, poiché la tecnologia dell'informazione diventa sempre più importante per lo sviluppo della salute globale. L'OMS ha recentemente contattato le principali aziende e piattaforme tecnologiche, chiedendo il loro aiuto sia per affrontare l'infodemia associata al COVID-19 (si veda la **Sezione 2.5**) sia per promuovere l'innovazione della salute digitale.

La diplomazia *multi-stakeholder* in azione

Microsoft ha aperto un ufficio di rappresentanza presso le Nazioni Unite a New York, il cui compito è quello di intensificare il sostegno dell'azienda alla missione e al lavoro delle Nazioni Unite. Questo include la promozione di un'azione globale *multi-stakeholder* su questioni fondamentali relative alla tecnologia, all'ambiente, agli aiuti umanitari, allo sviluppo e alla sicurezza, e il contributo al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. A tal proposito, Microsoft ha avviato numerosi progetti incentrati sull'Obiettivo 4 (istruzione di qualità), sull'Obiettivo 8 (lavoro dignitoso e crescita economica), sull'Obiettivo 13 (azione per il clima) e sull'Obiettivo 16 (pace, giustizia e istituzioni forti). Il nuovo ufficio di rappresentanza presso le Nazioni Unite si concentrerà sullo sviluppo delle partnership di Microsoft con l'ONU e le agenzie del sistema ONU, sulla creazione di relazioni con i suoi rappresentanti, sull'identificazione di nuove opportunità di partnership, sulla creazione di legami più forti tra i team Microsoft e ONU, sull'attività di lobbying per le priorità dell'ONU all'interno di Microsoft e sul lavorare trasversalmente, all'interno dell'azienda, per sostenere i team di Microsoft nella loro collaborazione con la comunità ONU.

Adattato da: Microsoft (2020). Microsoft appoints senior government affairs leaders in Brussels and New York, establishes New York office to work with the United Nations. In: Microsoft/EU Policy Blog [website] (https://blogs.microsoft.com/eupolicy/2020/01/17/ senior-gov-affairs-leaders-appointed-brussels-new-york/, visitato il 12 ottobre 2020).

PEXELS – EMMANUEL IKWUEGBU

6.6 Mantenere l'equilibrio

Le organizzazioni della società civile, in particolare, hanno espresso preoccupazione per la possibilità che la diplomazia *multi-stakeholder* basata sui SDG conferisca al settore privato un'influenza eccessiva sui processi negoziali che dovrebbero riguardare la salvaguardia dei beni pubblici globali. Il settore privato è invitato, così come le organizzazioni della società civile, a condividere le proprie opinioni e a fornire contributi durante le consultazioni regionali o globali su un determinato argomento, ma non durante il processo negoziale vero e proprio, al quale possono partecipare solo gli Stati membri. Ad esempio, in preparazione di una serie di incontri di alto livello delle parti interessate sulle malattie non trasmissibili nel 2011, l'OMS ha invitato le entità del settore privato interessate a un'audizione e a una consultazione via web, dove hanno potuto condividere le loro opinioni con l'Organizzazione. Tali opinioni sono servite come input per la preparazione dei negoziati con gli Stati membri.

Le organizzazioni della società civile continuano a temere che, se il settore privato avrà accesso alla prestigiosa piattaforma della diplomazia *multi-stakeholder*, il suo potere di lobbying che da tempo si fa sentire nella diplomazia economica e commerciale, aumenterà ulteriormente e porterà a una minore attenzione nei confronti dello sviluppo, dell'equità e dei diritti umani. Inoltre, diventerebbe anche più difficile contestare alle imprese i loro comportamenti in materia di salute, ambiente e diritti umani.

A questo proposito, è importante notare che il sistema delle Nazioni Unite non solo vive della propria legittimità, ma può anche conferire un alto grado di legittimità ai vari attori coinvolti nel suo lavoro. Attualmente si osserva una forte tendenza da parte delle entità del settore privato a cercare di concludere protocolli d'intesa con le organizzazioni del sistema ONU. Questo vale per entità diverse come la Federazione internazionale del calcio (FIFA), il *World Economic Forum* e le nuove aziende "big tech". Insieme al numero crescente di partenariati pubblico-privato, questa tendenza significa che la diplomazia *multi-stakeholder* deve affrontare la sfida di mantenere un delicato equilibrio, in modo da non minare la fiducia nel sistema multilaterale. Ciò include anche la preoccupazione costante che alcune organizzazioni della società civile possano avere legami commerciali non dichiarati. Per quanto riguarda l'OMS, il quadro FENSA e le misure di trasparenza mirano a dissipare tali preoccupazioni, ma è comunque necessaria una costante vigilanza. Altre organizzazioni che non dispongono di un sistema così solido sono più vulnerabili.

Per gestire questa complessità, è necessario navigare nell'interazione tra diplomazia e scienza, condurre negoziati a più livelli, a più fattori e a più attori e tenere conto

dei rapporti di forza esistenti. La base valoriale della salute globale, ossia equità e diritti umani è stata ripetutamente messa in discussione da alcuni Stati e difesa dagli attori della società civile. In linea di principio, tuttavia, il campo della salute offre ai diplomatici una serie di opportunità per promuovere gli interessi nazionali e rafforzare le istituzioni multilaterali.

Mappa dell'ecosistema della salute globale di Ginevra

Il ruolo delle organizzazioni regionali

7.1 L'interazione tra organismi regionali, diplomazia e salute globale

La diplomazia regionale è un fattore sempre più importante nella diplomazia multilivello della salute globale. Oltre a integrare i processi in corso a livello globale, la diplomazia regionale rafforza i contributi nazionali alla salute globale. Tuttavia, questo suo ruolo non è stato ancora sufficientemente analizzato.

Gli organismi e gli uffici regionali dell'OMS forniscono una piattaforma essenziale per la diplomazia sanitaria regionale, spesso sostenuta da organizzazioni regionali della società civile e da reti professionali impegnate nella promozione della cooperazione internazionale in materia di salute. Negli ultimi anni, invece, le organizzazioni e i processi di integrazione regionale hanno acquisito maggiore importanza.

Sebbene i processi di integrazione regionale perseguano principalmente obiettivi commerciali, economici e di sicurezza, la salute entra in gioco a causa della sua interazione con ciascuno di questi ambiti. Così, il commercio può sia migliorare che minare la salute: mentre un basso livello di salute della popolazione generale impedisce i benefici economici, la diffusione transfrontaliera di malattie infettive, invece, minaccia la sicurezza. Inoltre, i diritti umani e la giustizia sociale – due elementi importanti dell'interazione tra salute e politica estera – sono trattati come questioni trasversali nella maggior parte dei processi di integrazione regionale. La salute e il benessere, quindi, sono inevitabilmente presenti nelle agende dell'integrazione regionale. Infatti, il livello di salute della popolazione di una regione può essere utilizzato come indicatore dei benefici sociali dell'integrazione.

Un altro aspetto della diplomazia regionale è la messa in comune di conoscenze e capacità per affrontare le sfide comuni, comprese quelle legate alla salute. In molti casi, soprattutto quando si tratta di questioni specifiche di una regione, i negoziati regionali sono i primi a essere condotti, potendo così dare origine a negoziati globali e alimentarli.

La salute è spesso vista come un'area di intervento per esercitare il *soft power*, grazie al quale le organizzazioni regionali sono in grado di rafforzare i legami, la cooperazione e la fiducia tra i Paesi membri e di promuovere la stabilità regionale in generale. Poiché

la salute riceve oggi maggiore attenzione nella *governance* globale, la diplomazia della salute spesso aiuta le organizzazioni regionali e i loro membri, in particolare gli Stati più piccoli, a far sentire la propria voce sulla scena mondiale. Essi possono inoltre attingere alla loro esperienza condivisa quando conducono negoziati su questioni sanitarie nei forum globali.

7.2 Una panoramica sull'integrazione regionale

I processi di integrazione regionale variano in base alle forme specifiche che assumono e al livello di integrazione perseguito o raggiunto. Si va dalle aree di libero scambio, come forma più elementare di integrazione, alle unioni doganali, ai mercati comuni e alle vere e proprie unioni politiche ed economiche. Le organizzazioni regionali operano principalmente sulla base di un processo decisionale intergovernativo, sostenuto in alcuni casi da istituzioni sovranazionali. Diverse organizzazioni hanno anche i loro corrispondenti parlamenti, assemblee parlamentari o unioni con un'autorità legale distinta.

In termini economici, l'Unione europea (UE) è il più grande blocco regionale e rappresenta la forma più avanzata di integrazione regionale. Inoltre, il mercato unico dell'UE si estende all'area della *European Free Trade Association* (EFTA, Associazione europea di libero scambio), un blocco più piccolo di quattro Paesi*.

La *Eurasian Economic Union* (UEEA, Unione economica eurasiatica), che si estende su alcune zone dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, è la più recente organizzazione economica regionale del mondo. Altre tre organizzazioni regionali si estendono su parti dell'Europa e dell'Asia[1].

Esistono anche diverse organizzazioni regionali in Asia e nel Pacifico.[2] Inoltre,

[1] Organizzazione della Cooperazione Economica del Mar Nero (Black Sea Economic Cooperation – BSEC), Organizzazione di Cooperazione di Shanghai (Shanghai Cooperation Organisation – SCO), Organizzazione di Cooperazione Economica (Economic Cooperation Organization – ECO).

[2] Associazione dell'Asia meridionale per la cooperazione regionale (South Asian Association for Regional Cooperation – SAARC), Associazione delle Nazioni del Sud-Est Asiatico (Association of Southeast Asian Nations – ASEAN), Consiglio di Cooperazione del Golfo (Gulf Cooperation Council – GCC), Forum delle Isole del Pacifico (Pacific Islands Forum – PIF), Comunità del Pacifico.

* Nota dei curatori: La European Free Trade Association (EFTA) è un'organizzazione intergovernativa di libero scambio che attualmente conta quattro paesi membri: Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera (https://www.efta.int).

un'organizzazione si estende su parti dell'Asia e dell'Africa e un forum intergovernativo collega le economie dell'area del Pacifico[3].

L'architettura dell'integrazione è più complessa in Africa e nelle Americhe, dove in alcuni casi presenta più livelli (subregionale, interregionale, continentale) e sovrapposizioni di membri. Inoltre, alcune organizzazioni contengono sottogruppi più piccoli che hanno un grado di integrazione maggiore (ad esempio, le unioni doganali o monetarie).

In Africa, ci sono otto organizzazioni regionali che coprono diverse sottoregioni:[4] queste comunità economiche regionali sono i pilastri della *African Economic Community* (Comunità economica africana), che è in fase di creazione da parte dell'Unione africana (UA).

Nelle Americhe, esistono sei organizzazioni che coprono diverse sottoregioni.[5] Questa architettura di integrazione è stata recentemente completata da organizzazioni con una copertura regionale più ampia: l'*Unión de Naciones Suramericanas* (UNASUR, Unione

[3] La Lega degli Stati Arabi (League of Arab States – LAS) e la Cooperazione economica Asia-Pacifico (Asia–Pacific Economic Cooperation – APEC), rispettivamente.

[4] Unione del Maghreb arabo (Arab Maghreb Union – AMU), Mercato comune dell'Africa orientale e meridionale (Common Market for Eastern and Southern Africa – COMESA), Comunità degli Stati del Sahel-Sahara (Community of Sahel-Saharan States – CEN-SAD), Comunità dell'Africa orientale (East African Community – EAC), Comunità economica degli Stati dell'Africa centrale (Economic Community of Central African States – ECCAS), Comunità economica degli Stati dell'Africa occidentale (Economic Community of West African States – ECOWAS), Autorità intergovernativa per lo sviluppo (Intergovernmental Authority on Development – IGAD), Comunità per lo sviluppo dell'Africa meridionale (Southern African Development Community – SADC).

[5] Organizzazione del Trattato di Cooperazione Amazzonica (Amazon Cooperation Treaty Organization – ACTO), Comunità Andina (CAN), Comunità dei Caraibi (Caribbean Community – CARICOM), Sistema di Integrazione Centroamericano (SICA), Alleanza del Pacifico, Mercato Comune del Sud (MERCOSUR).

→ La diplomazia della salute spesso aiuta le organizzazioni regionali e i loro membri, in particolare gli Stati più piccoli, a far sentire la propria voce sulla scena mondiale.

delle Nazioni Sudamericane) e la *Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños* (CELAC, Comunità degli Stati dell'America Latina e dei Caraibi).

7.3 Integrazione regionale e salute

L'integrazione delle agende sanitarie nel lavoro delle organizzazioni regionali avviene generalmente a quattro diversi livelli, come illustrato nel grafico.

A **livello di trattati**: i trattati costitutivi della maggior parte delle organizzazioni regionali affrontano il tema della salute indirettamente, attraverso obiettivi generali (ad esempio, sviluppo sociale e umano, mercato interno, diritti umani e del lavoro, libera circolazione di beni e servizi, regolamenti tecnici) e politiche settoriali (ad esempio sulla sicurezza alimentare, protezione dei consumatori, agricoltura, prodotti medici, migrazione e ambiente).

In alcuni casi, tuttavia, la salute è esplicitamente menzionata nei trattati istitutivi (o complementari) delle organizzazioni regionali, di solito con un'enfasi su aree o aspetti specifici, come nel caso della salute pubblica e la salute nelle altre politiche (UE); l'azione sulle malattie prevenibili e la promozione della buona salute (UA); l'accesso universale ai servizi sanitari (UNASUR), i sistemi sanitari e l'armonizzazione delle politiche (EAC); le misure sanitarie e veterinarie (EAEU); la salute come prerequisito per lo sviluppo (SADC); la salute come ingrediente essenziale dell'integrazione sociale (SICA).

A **livello politico**: dichiarazioni, strategie e piani d'azione di alto livello sulla salute sono stati adottati in occasione di vertici e dai più alti organi di governo di diverse organizzazioni regionali. Esempi di tali documenti sono la *Africa Health Strategy 2016-2030* (Strategia sanitaria dell'Africa 2016-2030) (UA), l'*ASEAN Post-2015 Health Development Agenda* (Agenda per lo sviluppo della salute post-2015 dell'ASEAN) e lo *Strategic Plan on Health* (Piano strategico sulla salute) (Comunità andina). Nell'UE, alcuni atti normativi (direttive e regolamenti) hanno uno status giuridico più elevato di altri (raccomandazioni).

Diverse organizzazioni regionali hanno avviato riunioni regolari dei ministri della Salute dei loro Paesi membri, tra cui la Comunità andina, il MERCOSUR e la SAARC. Altre hanno istituito consigli, comitati o assemblee in qualità di organi politici con responsabilità per il settore sanitario, come ECOWAS, SICA e UNASUR. Nell'UE, i ministri della Salute dei Paesi membri si riuniscono regolarmente nell'ambito del Consiglio "Occupazione, Politica Sociale, Salute e Consumatori" (EPSCO), una delle 10 formazioni del Consiglio dell'UE, che è il principale organo legislativo dell'Unione insieme al Parlamento europeo. Inoltre, nelle grandi organizzazioni con una commissione esecutiva, come l'UA e l'UE, c'è un commissario designato che è responsabile della salute ed è supportato da un dipartimento specializzato della Commissione.

Gli obiettivi sanitari sono spesso sostenuti da altri organismi e istituzioni regionali, quali: i parlamenti e le assemblee legislative regionali (che approvano la legislazione in materia); le banche regionali di sviluppo e investimento (che possono finanziare progetti sanitari, medici e biotecnologici); le corti di giustizia regionali (che possono essere chiamate a interpretare la legislazione regionale in materia o a dirimere controversie legali riguardanti, ad esempio, i diritti dei cittadini alle cure transfrontaliere).

A **livello tecnico**: alcune organizzazioni regionali hanno istituito agenzie sanitarie specializzate, che rappresentano probabilmente il meccanismo più avanzato di cooperazione tecnica. Esempi di tali agenzie sanitarie, con l'organizzazione madre indicata tra parentesi quadre, sono:

- *Africa Centres for Disease Control and Prevention* (Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie) [UA];
- Organizzazione andina della sanità [Comunità andina];
- Agenzia per la salute pubblica dei Caraibi [CARICOM];
- Commissione di ricerca sanitaria dell'Africa orientale [EAC];

- Organizzazione sanitaria dell'Africa occidentale [ECOWAS];
- *European Centre for Disease Prevention and Control* (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), *European Medicines Agency* (Agenzia europea per i medicinali), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) [UE];
- Istituto sudamericano di governance della salute [UNASUR].

Altri meccanismi utilizzati da varie organizzazioni sono le reti regionali di riferimento e di regolamentazione, i registri, le banche dati, le iniziative e i partenariati. In alcuni casi, questi meccanismi hanno prodotto beni per la salute pubblica di particolare importanza per l'intera regione, come il database di avvertenze illustrate sui pericoli del tabacco di MERCOSUR, la rete di telemedicina della SAARC, l'infrastruttura di servizi digitali eHealth dell'UE e la banca dei prezzi dei farmaci dell'UNASUR.

A **livello intersettoriale**: oltre ai tradizionali approcci multisettoriali alla salute, sono stati utilizzati alcuni meccanismi specifici sia a livello tecnico che politico. Ne sono un esempio la riunione annuale congiunta dei ministri della Salute e dell'economia dell'APEC; le riunioni congiunte degli organi della SICA responsabili della salute e dell'integrazione economica; il dialogo di alto livello della Comunità del Pacifico sull'acqua e i servizi igienici; la politica trasversale della SADC sull'HIV/AIDS e le malattie sessualmente trasmissibili. Inoltre, le emergenze sanitarie internazionali spesso innescano un'urgente attività diplomatica e di coordinamento regionale in settori strettamente correlati, come ad esempio nel caso dell'ASEAN, dove i ministri dell'economia, dell'agricoltura, del lavoro, del benessere sociale e dei trasporti dei Paesi membri hanno tenuto le rispettive riunioni di coordinamento durante la fase iniziale della risposta alla pandemia COVID-19.

7.4 Integrazione regionale e diplomazia della salute globale

È necessario un notevole lavoro di negoziazione e di costruzione del consenso, sia a livello intergovernativo che intersettoriale, per garantire che la salute non venga messa da parte dalle varie agende politiche, commerciali, economiche e di sicurezza che guidano i processi di integrazione regionale. Oltre a rafforzare la dimensione sanitaria dell'integrazione regionale, tali negoziati aiutano a gettare le basi per l'impegno di una regione nella diplomazia della salute globale.

Esistono tre diversi tipi di meccanismi per l'interazione tra integrazione regionale e diplomazia della salute globale: interno, orizzontale e verticale.

Interno: alcune organizzazioni hanno formalmente definito il ruolo della loro regione nella salute globale (UE) o hanno promosso trattati globali di particolare rilevanza per la loro regione (come nel caso dell'Organizzazione del Trattato di Cooperazione Amazzonica con il suo forte sostegno alla Convenzione di Minamata sul Mercurio).

Orizzontale: Le organizzazioni regionali cooperano tra loro per ottenere migliori risultati collettivi, compresi quelli sanitari. Tale cooperazione può avvenire sia all'interno di un continente (ad esempio, il tripartito COMESA-EAC-SADC, che cerca di accelerare l'integrazione economica nell'Africa orientale e meridionale), sia a livello intercontinentale (ad esempio, la cooperazione dell'UE sulle malattie trasmissibili con l'UA e l'ASEAN, o il recente accordo di libero scambio UE-MERCOSUR, che può avere un impatto sulla salute). Un meccanismo orizzontale correlato è il modo in cui i principali club politici interregionali (G7, G20, BRICS) prestano sempre più attenzione alle questioni sanitarie globali.

Verticale: nel corso degli anni sono emersi diversi meccanismi di questo tipo. In primo luogo, i membri di alcune organizzazioni regionali adottano una posizione coordinata presso l'OMS – un meccanismo che integra il coordinamento ben consolidato tra gli Stati membri all'interno delle regioni dell'OMS. In questo caso, un'organizzazione/gruppo regionale agisce come un blocco di voto. Questo è stato a lungo il caso dell'UE, ma ci sono esempi più recenti, come l'appello dell'UNASUR ad agire contro i farmaci contraffatti. In secondo luogo, la posizione politica di alcune organizzazioni regionali si è rivelata determinante per spingere alcuni temi in primo piano nell'agenda globale. Due esempi sono il ruolo catalizzatore del CARICOM nel rendere più visibili le malattie non trasmissibili alle Nazioni Unite e le forti dichiarazioni degli Stati insulari del Pacifico sul cambiamento climatico presso l'OMS e altri forum globali. In terzo luogo, le organizzazioni di integrazione regionale possono sostenere direttamente i trattati sanitari globali, come dimostra il sostegno dell'UE ai negoziati sulla FCTC e sul Protocollo per l'eliminazione del commercio illecito di prodotti del tabacco, seguito dall'adesione a entrambi gli strumenti. Data la predominanza delle agende trasversali nella maggior parte dei processi di integrazione, la diplomazia multisettoriale regionale è importante per garantire il raggiungimento degli obiettivi sanitari durante i negoziati dei futuri trattati sulla salute globale (o dei trattati con un impatto sulla salute) e durante l'attuazione dei trattati esistenti.

Le crisi sanitarie globali spesso innescano la richiesta che i meccanismi di cui sopra, interni, orizzontali e verticali, vengano messi in atto in maniera congiunta o simultanea. Lo si è visto, ad esempio, durante la crisi globale causata dalla pandemia COVID-19. L'Unione Europea, nonostante la sua lentezza iniziale, in seguito ha comunque intrapreso notevoli sforzi di coordinamento. Ha inoltre guidato i difficili negoziati per un *recovery fund* (fondo di rilancio) per un totale senza precedenti di 750 miliardi di euro, che è stato infine approvato nel luglio 2020. Parallelamente, a livello globale, l'UE ha proposto e facilitato l'adozione della fondamentale risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità sulla risposta al COVID-19; ha fornito risorse sostanziali all'Alleanza Gavi e ha sostenuto l'iniziativa *Coronavirus Global Response*, per la quale sono stati raccolti impegni per un valore di quasi 16 miliardi di dollari in pochi mesi.

Allo stesso modo, l'UA ha istituito la Strategia continentale congiunta dell'Africa per il COVID-19, il Fondo di risposta al COVID-19 dell'Unione africana e una piattaforma comune per le forniture mediche. A livello globale, l'UA ha nominato un inviato speciale per mobilitare il sostegno economico internazionale alla lotta contro la pandemia del continente e ha sostenuto attivamente la risposta globale dell'OMS alla pandemia. Per quanto riguarda i meccanismi interregionali (orizzontali), tra gli esempi degni di nota figurano il dialogo di risposta al COVID-19 prontamente attivato dall'UE con l'ASEAN e l'UA e le varie misure di risposta nell'ambito del Programma tripartito di facilitazione dei trasporti e dei transiti nell'Africa orientale e meridionale. Tuttavia, la pandemia ha anche dimostrato che le divisioni esistenti tra i Paesi membri possono ostacolare seriamente una risposta coordinata a livello di organizzazione, come ad esempio nel caso del MERCOSUR.

In sintesi, la diplomazia regionale della salute funge da complemento e da intermediario tra la diplomazia a livello nazionale (in alcuni casi anche subregionale) e globale. L'integrazione regionale aiuta a sfruttare la volontà collettiva e le conoscenze degli Stati, in particolare di quelli più piccoli, quando si tratta di affrontare sfide sanitarie condivise nei forum globali. Una conclusione importante è che i tre livelli della diplomazia sanitaria sono interrelati e complementari.

RIQUADRO 13 Diplomazia della salute globale in Africa

La diffusione delle malattie minaccia sempre più la sicurezza nazionale, il commercio, l'economia e lo sviluppo in Africa. Queste agende sono gli elementi costitutivi dell'Agenda 2063 dell'Unione Africana (UA). Riconoscendo l'importanza del nesso tra le minacce alla salute globale e gli obiettivi più ampi negli sforzi diplomatici per la realizzazione dell'Agenda 2063, l'UA ha deciso di istituire i Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie (*Africa Centres for Disease Control and Prevention* – Africa CDC), il cui mandato è quello di sostenere le iniziative di salute pubblica di ogni Stato membro dell'UA e di rafforzare la capacità delle istituzioni sanitarie pubbliche di individuare, prevenire, controllare e rispondere in modo rapido ed efficace alle minacce delle malattie. Il fatto che l'Africa CDC abbia sede presso l'UA riflette le implicazioni diplomatiche del suo lavoro, soprattutto in un contesto di salute globale. La diplomazia sanitaria è una dimensione importante del più ampio impegno diplomatico dell'Africa. L'elevato carico di malattia dell'Africa, le sue difficoltà di finanziamento della sanità e la conseguente dipendenza da finanziamenti esterni richiedono un'efficace diplomazia della salute e passi concertati da parte degli *stakeholder* africani e internazionali per sollecitare politiche e azioni sanitarie globali che siano pertinenti alle esigenze del continente nel miglioramento della salute di tutti i suoi cittadini.

La salute è diventata un'importante merce di scambio nei negoziati diplomatici, come recentemente dimostrato dagli sforzi globali sulla pandemia COVID-19. Prima della pandemia, gli interessi politici ed economici dei donatori (organizzazioni bilaterali e multilaterali, settore privato e così via) erano spesso agevolati da

PEXELS – LARA JAMESON

"pacchetti sanitari" dei donatori. Questi pacchetti erano orientati a far leva sul *soft power* e ad acquisire rilevanza nei negoziati sulla sicurezza, sugli accordi commerciali e sulle politiche di sviluppo. I Paesi africani, nel complesso, hanno beneficiato dei pacchetti dei donatori e i Paesi donatori si sono basati su questi per consolidare la loro influenza e promuovere i propri interessi. Al contrario, la diplomazia sanitaria è stata relativamente poco utilizzata per promuovere

gli interessi dei Paesi africani. Tuttavia, durante la pandemia, i governi hanno adottato politiche drastiche e intrapreso azioni coraggiose per mitigare il tributo umano e socio-economico causato dal COVID-19, in particolare sul settore informale, che impiega oltre l'85% degli africani. Le misure di salute pubblica hanno informato le politiche e le decisioni per mitigare la diffusione della pandemia, per esempio, coprifuoco e lockdown, iniziative per la sicurezza delle frontiere e negoziati per salvaguardare il commercio tra i Paesi. Nel tentativo di mitigare l'impatto della pandemia, l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea dei capi di Stato e di governo dell'UA ha emesso una dichiarazione congiunta all'inizio del suo mandato, chiedendo la cancellazione del debito. Ciò evidenzia la fondamentale necessità di un'azione politica e diplomatica basata su obiettivi sanitari.
Tuttavia, esiste un potenziale non sfruttato affinché la diplomazia sanitaria in Africa diventi più sistematica rispetto al passato. Nonostante lo sviluppo della Strategia sanitaria per l'Africa 2016-2030 e l'istituzione dell'Africa CDC, la salute pubblica non è trattata come una priorità centrale nei documenti principali che definiscono l'Agenda 2063. Inoltre, prima dell'istituzione dell'Africa CDC, non era possibile individuare una voce africana univoca sulle questioni sanitarie, lasciando i Paesi esposti a posizioni e influenze diverse. Di seguito due esempi paradigmatici:

- La regione africana, come blocco regionale, non ha sostenuto collettivamente la Dichiarazione politica della riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale nel 2019. Poiché i Paesi hanno firmato separatamente, il potere negoziale collettivo dell'Africa è risultato indebolito. Ciò ha portato alcuni Paesi a firmare una dichiarazione alternativa sulla copertura sanitaria universale promossa dagli Stati Uniti d'America, che escludeva i diritti alla salute sessuale e riproduttiva.
- All'Assemblea mondiale della sanità del 2019, venti Paesi (cinque dei quali africani) hanno sponsorizzato una risoluzione per migliorare la trasparenza dei mercati di farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari. La risoluzione fornisce ai governi informazioni utili per negoziare in modo equo. Tuttavia, sono stati omessi alcuni importanti elementi di trasparenza. Questo è stato il risultato delle obiezioni sollevate da Germania, Giappone, Regno Unito e Stati Uniti sulla pubblicazione dei dati relativi alla produzione e ad altri costi rilevanti, nonché ai sussidi dei governi e di altri gruppi. Nonostante il fatto che la mancanza di accesso e disponibilità di vaccini, farmaci e prodotti di consumo sia una vera e propria crisi di salute pubblica nei Paesi africani, non ci sono state obiezioni da parte di tutta la regione a queste omissioni nel testo finale della risoluzione WHA72.8 dell'Assemblea mondiale della sanità.

La pandemia COVID-19 offre un'eccezionale possibilità di far emergere la diplomazia sanitaria in Africa. La risposta congiunta dell'Africa alla pandemia ha creato lo spazio politico per i processi sanitari globali. I governi, attraverso il CDC Africa o le comunità economiche regionali, come la Comunità dell'Africa Orientale (EAC), la Comunità per lo Sviluppo dell'Africa Meridionale (SADC) e la Comunità Economica degli Stati dell'Africa Occidentale (ECOWAS), hanno coordinato le loro risposte alla pandemia, le politiche e le linee guida. Il presidente del Sudafrica, nel suo ruolo di presidente dell'UA, ha nominato quattro inviati speciali dell'UA per mobilitare il sostegno alla risposta africana al COVID-19. Oltre alle implicazioni sanitarie, il sostegno richiesto intende anche contribuire ad affrontare le sfide economiche che i Paesi africani si trovano di fronte a causa della crisi del COVID-19. Grazie a un impegno costante, alcune comunità economiche regionali e alcuni inviati designati sono divenuti i negoziatori per la

risposta dell'Africa alla pandemia. Questo consenso sul quadro di risposta ha promosso l'adozione di obiettivi condivisi nella risposta alla pandemia e ha reso possibile raccogliere più fondi sia dai donatori tradizionali che dai filantropi africani. Una diplomazia sanitaria così coordinata e strategica avrà probabilmente un impatto positivo sulla salute e su altri fattori socio-economici.
Per sviluppare ulteriormente la diplomazia sanitaria strategica in Africa, i responsabili politici africani potrebbero prendere in considerazione le seguenti azioni:

- **Istituzionalizzare l'integrazione della salute nelle politiche estere.** I diversi governi dovrebbero collaborare per sviluppare posizioni comuni che consentano loro di influenzare le risoluzioni adottate a livello globale. Un impegno più ampio all'interno della regione rafforzerà la capacità di raggiungere posizioni e risposte coordinate su questioni sanitarie, ad esempio l'emanazione di linee guida congiunte, la messa in comune di risorse (per il finanziamento e l'impiego dei primi soccorritori, per gli appalti e così via) e lo scambio di buone pratiche.
- **Negoziare come blocco regionale unico** per gestire partenariati complessi e tutelare gli interessi dell'Africa. Promuovendo la propria agenda sanitaria, l'Africa può aumentare il proprio potere d'acquisto e la capacità di accedere a tecnologie innovative, farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari. Il rafforzamento del dialogo tra diplomatici ed esperti di salute garantirà che le ricadute sulla salute vengano contemplate in tutti i negoziati. Ciò richiede processi decisionali inclusivi e trasparenti non solo durante l'attuazione dei programmi, ma anche nella ricerca e nello sviluppo.
- **Costruire la capacità di sviluppare e impegnarsi in modo proattivo nella diplomazia sanitaria**, ossia nell'interazione tra salute e politica estera. La pandemia sta dimostrando il crescente legame tra politica interna ed estera ed i governi africani riconoscono sempre più che la sicurezza sanitaria non è solo una preoccupazione nazionale. I responsabili politici devono essere consapevoli degli accordi internazionali in materia di salute e anticipare i rischi o le minacce che ne derivano. Sono inoltre necessarie competenze tecniche specifiche per negoziare i programmi sanitari nell'ambito della politica estera e degli accordi di sviluppo (compresi il commercio e gli scambi). A tal fine, una coorte di funzionari di primo piano dovrebbe essere formata a raggiungere queste competenze. Il rafforzamento delle capacità può essere potenziato offrendo a questi funzionari tirocini presso i centri di diplomazia di Addis Abeba, Ginevra e New York e presso i ministeri degli Affari esteri. I governi dovrebbero anche collaborare con le istituzioni accademiche per costruire capacità nella diplomazia sanitaria e, in particolare, per consentire ai funzionari di familiarizzare con i più recenti andamenti in ambito di sanità pubblica. I governi potrebbero anche spingersi oltre, istituendo unità di diplomazia sanitaria globale all'interno dei loro ministeri degli Esteri, che interagirebbero con gli *health attachés* (addetti alla salute) delle missioni diplomatiche, con gli enti competenti dell'UA (Dipartimento degli Affari Sociali, CDC Africa, Area Continentale di Libero Scambio Africana), con i parlamentari e con gli uffici nazionali e regionali dell'OMS.

In conclusione, in considerazione del ruolo fondamentale della diplomazia della salute globale nel miglioramento degli indicatori sanitari in Africa, è imperativo ristrutturare e sistematizzare il modo in cui tale diplomazia viene condotta nella regione. Ciò è necessario sia per aumentare il potere negoziale dell'Africa sia per costruire istituzioni migliori in grado di promuovere una diplomazia sanitaria positiva e risultati nella salute pubblica.

Coerenza delle politiche per la salute globale

8.1 Creare sinergie

Nell'era dei SDG, le strategie per l'equità sanitaria e lo sviluppo sostenibile dovrebbero essere integrate, tenendo conto dei legami tra politiche sociali, ambientali ed economiche. Tuttavia, i diversi settori hanno i propri obiettivi e tendono a operare in "silos" e l'introduzione di questioni sanitarie nello spazio politico di settori non sanitari è spesso percepita come un'interferenza, a meno che non vengano chiaramente evidenziati i potenziali co-benefici.

I settori diversi da quello sanitario hanno sempre dato un contributo fondamentale alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, come dimostrano i movimenti di medicina sociale della prima metà del XX secolo e le pietre miliari della seconda metà, come la Dichiarazione di Alma-Ata sull'assistenza sanitaria di base (1978), la *Health for All Strategy* (Strategia per la Salute per tutti) (1981) e la Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986). Più di recente, l'approccio intersettoriale alla salute è stato rafforzato dal *Health in All Policies Framework* (Quadro di riferimento per la salute in tutte le politiche (2006)), dal rapporto finale della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute (2008) e dall'enfasi sulla salute come dimensione trasversale nei SDG (2015).

Strumenti giuridici internazionali come il Regolamento sanitario internazionale revisionato (2005) e la Convenzione quadro dell'OMS per il controllo del tabacco (FCTC), anch'essa entrata in vigore nel 2005, hanno inoltre comportato obblighi vincolanti per i diversi settori (e per i governi nel loro complesso) in materia di protezione e promozione della salute pubblica.

A causa dell'influenza dei diversi settori sulla salute – influenza che può essere sia positiva che negativa – è necessario raggiungere un impegno e un coordinamento intersettoriale efficace. Sia a livello nazionale che internazionale, questa **diplomazia integrativa** è diventata sempre più importante per la promozione della salute. L'adozione dei SDG ha accelerato questo spostamento verso la coerenza delle politiche e la diplomazia integrativa. Tuttavia, i governi hanno spesso difficoltà ad allineare, ad esempio, le loro politiche commerciali ed economiche con gli obiettivi sanitari nazionali e globali.

La coerenza delle politiche è particolarmente importante e difficile da raggiungere, quando l'interazione intersettoriale è strettamente incorporata nei processi e nei negoziati multilaterali. Esempi notevoli che illustrano la necessità di coerenza politica attraverso la diplomazia integrativa sono i negoziati e i processi nell'ambito di regimi giuridici internazionali come la FCTC e la revisione del RSI; i negoziati multidisciplinari su come affrontare le crescenti sfide globali della sicurezza sanitaria e della resistenza antimicrobica; gli sforzi per porre maggiore enfasi sulla salute nel dialogo globale sul cambiamento climatico.

I negoziati su questioni di alta priorità a livello globale sono condotti non solo in occasione di regolari forum e vertici multilaterali, ma sempre più spesso anche in conferenze *ad hoc* di alto livello. Quanto più tali negoziati sono rilevanti per alcuni Stati, tanto più questi si impegneranno a far interagire in modo sinergico gli sforzi diplomatici a vari livelli e nell'ambito di diverse organizzazioni, processi, incontri e riunioni. Una strategia talvolta definita **"forum shopping"**.

8.2 Utilizzare più efficacemente i meccanismi esistenti per la coerenza delle politiche

La coerenza politica consiste nel sostenere valori condivisi e nel raggiungere obiettivi comuni. Utilizzando in modo più efficace le **piattaforme riconosciute a livello universale**, come l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, è possibile raggiungere una co-

La coerenza delle politiche è particolarmente importante e difficile da raggiungere, quando l'interazione intersettoriale è strettamente incorporata nei processi e nei negoziati multilaterali.

erenza intersettoriale a sostegno della salute e dei valori condivisi, come i diritti umani, attraverso la diplomazia integrativa.

In virtù della loro forza vincolante, gli **strumenti giuridici internazionali** nel campo della salute possono contribuire notevolmente alla coerenza intersettoriale. Ad esempio, la FCTC impone ai Paesi di istituire un meccanismo di coordinamento nazionale per il controllo del tabacco. Allo stesso modo, il Regolamento sanitario internazionale revisionato (2005) stabilisce che la risposta della sanità pubblica alla diffusione internazionale delle malattie deve "evitare inutili interferenze con il traffico e il commercio internazionale". Inoltre, diversi trattati in materia di ambiente, lavoro, commercio e altri settori contengono disposizioni vincolanti a sostegno degli obiettivi sanitari. Tutti questi regimi giuridici possono contribuire a promuovere sinergie intersettoriali.

Mentre il contributo alla salute di settori quali l'istruzione, la protezione sociale, l'agricoltura, il commercio e i trasporti è riconosciuto da tempo, negli ultimi anni si è assistito a un crescente coinvolgimento di **altri settori che in precedenza non erano considerati partner** del lavoro quotidiano del settore sanitario. Esempi di tali settori sono le dogane (in relazione al Protocollo per l'eliminazione del commercio illecito di prodotti del tabacco, entrato in vigore nel 2018), la migrazione (in relazione al crescente interesse per la migrazione e la salute) e le telecomunicazioni (a seguito della rapida espansione della salute digitale). Mantenere gli esperti e le autorità al corrente delle questioni nuove ed emergenti all'interfaccia tra salute e altri settori è importante per garantire un dialogo politico efficace e coerente. Le **reti politiche** svolgono un ruolo sempre più importante in questo senso.

In alcuni casi, le opportunità si presentano quando **tutti i settori interessati sono riuniti da una grave crisi sanitaria**, come un'epidemia o un'ondata di calore. Le intense interazioni che ne derivano migliorano la comprensione e la fiducia reciproca di questi settori, il che può contribuire a sostenere un dialogo regolare anche in seguito.

8.3 Le basi nazionali per la coerenza delle politiche globali

La salute e le questioni relative alla salute sono spesso sul tavolo dei negoziati multilaterali, sia all'interno che all'esterno dell'OMS. A causa della natura intersettoriale delle questioni sanitarie, i negoziatori in prima linea sono spesso sottoposti a pressioni per conciliare i punti di vista, spesso contrastanti, di diversi settori. Il raggiungimento di una posizione coerente del governo sulle varie questioni, già prima o tra una sessio-

ne negoziale e l'altra, è un fattore importante per determinare il successo dei negoziati. Per questo motivo, i governi spesso istituiscono meccanismi nazionali di coordinamento *multi-stakeholder* per sostenere i negoziati multilaterali. Alcuni Paesi hanno sviluppato strategie nazionali per la salute globale per sostenere la coerenza e chiarire gli obiettivi di tali sforzi (per saperne di più, si veda la **Sezione 8.4**).

I meccanismi di coordinamento nazionali variano a seconda delle questioni e degli attori coinvolti. Esistono tuttavia alcune caratteristiche comuni:

- è essenziale un approccio proattivo da parte del ministero della Salute. Questo soprattutto perché altri settori potrebbero non essere consapevoli delle implicazioni sanitarie (spesso nascoste o in gran parte tecniche) di questioni discusse in forum non sanitari. Inoltre, è il settore sanitario a dover affrontare le conseguenze, se la tutela della salute pubblica dovesse fallire.
- Il coordinamento intersettoriale all'interno di un Paese comporta un dibattito sia tecnico che politico. Lo scambio tecnico di regole, norme ed evidenze tra i vari settori di solito non è sufficiente. Il consenso politico di livello superiore, che spesso implica compromessi e negoziazioni, è normalmente richiesto quando si definisce e si elabora il mandato per i successivi negoziati.
- I ministeri degli Esteri devono essere coinvolti per garantire la coerenza con gli impegni multilaterali e le priorità del Paese. Questo ampio coinvolgimento può non essere così intenso come lo scambio tra ministeri settoriali, ma è comunque essenziale da un punto di vista politico e di politica estera. In molti negoziati, in particolare quelli che si svolgono nei principali forum e centri internazionali, i rappresentanti dei ministeri degli Esteri fanno parte della delegazione nazionale, o possono addirittura guidarla. Ciò rende ancora più importante il coordinamento preventivo.
- Il coordinamento intersettoriale nazionale può essere promosso dalla coerenza tra gli approcci delle organizzazioni internazionali competenti. Le argomentazioni intersettoriali presentate dall'OMS e armonizzate con quelle di altre organizzazioni, come la Banca Mondiale, la FAO, la ILO e l'UNEP, contribuiscono ad aumentare la comprensione e la fiducia reciproca dei vari settori.

Raggiungere una convergenza sulle questioni intersettoriali principali durante, piuttosto che prima, i negoziati multilaterali è solitamente difficile a causa dell'intensità e delle dinamiche mutevoli dei negoziati e della mancanza di tempo per consultare i

ministeri competenti nella capitale. A meno che non sia stato svolto un sufficiente lavoro preparatorio in patria, la ricerca di una convergenza all'interno di una delegazione intersettoriale nazionale può spesso essere altrettanto impegnativa che negoziare con altre delegazioni. Il **Capitolo 11** spiega più dettagliatamente come funziona il coordinamento con i diversi settori non sanitari, compreso il ruolo del settore sanitario in tale coordinamento.

Sebbene la preparazione di una piattaforma negoziale coerente sia di competenza dei governi, questi ultimi spesso coinvolgeranno nel processo gli attori non statali interessati, ad esempio attraverso un dialogo aperto con più interlocutori per fornire input per i preparativi formali. Inoltre, è particolarmente utile attingere alle conoscenze della società civile e delle organizzazioni professionali che sono membri di alleanze internazionali con status di osservatori ai negoziati multilaterali sulle questioni in gioco.

8.4 L'importanza di una strategia nazionale per la salute globale

La salute globale è una delle poche aree della diplomazia in cui i Paesi hanno elaborato strategie nazionali per affrontare una questione globale. La Svizzera è stata il primo Paese ad adottare una politica estera in materia di salute nel 2006. Da allora, diversi Paesi hanno adottato strategie nazionali sulla salute globale, che hanno consentito loro di allineare l'impegno per la salute globale con le politiche sanitarie ed estere nazionali. Tra questi, Francia, Germania, Giappone, Thailandia, Regno Unito e Stati Uniti. Molti altri Paesi – tra cui Brasile, Camerun, Canada, Cina, Norvegia, Sudafrica e Svezia – hanno identificato aree prioritarie specifiche per impegnarsi in modo più proattivo nella diplomazia della salute globale.

La maggior parte dei Paesi che finora hanno adottato strategie nazionali sulla salute globale sono Paesi donatori, Paesi ad alto reddito ed economie emergenti che spesso perseguono interessi geopolitici specifici e lottano per avere maggiore influenza. Tuttavia, tutti i Paesi dovrebbero prendere in considerazione tali strategie, poiché le questioni sanitarie nazionali sono strettamente interconnesse con quelle globali. Inoltre, nel caso dei Paesi a basso e medio reddito, garantire che la strategia sanitaria nazionale soddisfi le aspettative dei donatori e impegnarsi come Paese (o gruppo regionale) nei forum internazionali è essenziale per ottimizzare l'impatto dei finanziamenti dei donatori sulla salute a livello nazionale.

Il ministero della Salute è di norma il ministero responsabile del collegamento con

l'OMS e di solito dispone di un dipartimento che si occupa di salute internazionale. Tuttavia, sulle questioni politiche, le posizioni adottate dal ministero degli Esteri prevalgono su quelle del ministero della Salute. In alcuni casi, esiste un punto focale per la salute globale all'interno del ministero degli Esteri, mentre alcuni Paesi hanno persino nominato degli ambasciatori della salute globale. Nei Paesi ad alto reddito, i ministeri della cooperazione internazionale allo sviluppo e le agenzie di cooperazione allo sviluppo sono spesso i punti focali per le organizzazioni sanitarie, come il Global Fund, che ricevono contributi finanziari significativi dai donatori. Questi diversi attori interagiscono con la rete di rappresentanze diplomatiche a Ginevra o New York per dare istruzioni o sviluppare posizioni. Il primo punto di contatto sarà di solito l'*health attaché* della missione diplomatica (un diplomatico a cui è stato assegnato il portfolio della salute, spesso insieme a qualche altro portfolio), anche se a volte si tratta di un professionista sanitario distaccato dal ministero della Salute.

Può essere molto difficile raggiungere la coerenza a livello nazionale tra gli sforzi per la salute globale, poiché ciò richiede la collaborazione con diverse agenzie e attori a vari livelli di *governance* sia all'interno che all'estero. C'è inevitabilmente una competizione, a volte persino un conflitto, tra i ministeri e le agenzie. Ciò significa che le rappresentanze diplomatiche devono spesso affrontare e conciliare le posizioni divergenti dei diversi ministeri. Nei Paesi donatori, è il Parlamento nazionale che decide in ultima istanza il livello di finanziamento della salute globale. I parlamenti decidono anche gli importi da spendere a livello bilaterale e multilaterale e quali ministeri devono avere il controllo del bilancio.

In molti Paesi, i dipartimenti di salute internazionale dei ministeri della Salute sono deboli e con poco personale. Tuttavia, ci si aspetta che siano in grado di fornire una solida consulenza tecnica sulle numerose proposte che emergono dai diversi processi multilaterali. In alcuni casi, ci si aspetta inoltre che prendano l'iniziativa ed elaborino risoluzioni per conto del loro Paese.

Le agende del Consiglio esecutivo dell'OMS e dell'Assemblea mondiale della sanità si sono notevolmente ampliate e le loro implicazioni sono più complesse e politiche rispetto al passato. Per essere pienamente coinvolti in queste agende è necessario conoscere altri processi multilaterali in corso: ad esempio, per comprendere le posizioni assunte da ogni Stato membro sulla resistenza agli antimicrobici è necessario essere a conoscenza dei negoziati in corso presso la FAO. Allo stesso modo, la decisione di un Paese donatore di essere coinvolto nel finanziamento dei sistemi sanitari richiede il coordinamento tra

il ministero (della Salute o degli Esteri) che supervisiona gli investimenti del Global Fund e il ministero delle Finanze, che rappresenta il Paese presso la Banca Mondiale.

I Paesi a basso e medio reddito spesso non dispongono di capacità sufficienti nei vari ministeri e nel servizio diplomatico per potersi impegnare adeguatamente in negoziati complessi. Inoltre, nei negoziati sulla salute globale, le delegazioni più piccole hanno difficoltà a partecipare pienamente e a influenzarne l'esito. A tal riguardo, la condivisione degli oneri tra le rappresentanze di diversi Paesi della stessa regione o tra Paesi con interessi comuni a Ginevra e New York sta diventando una parte essenziale del successo della diplomazia della salute globale. Le entità regionali, come l'UA e l'UE, stanno prendendo sempre più spesso accordi di questo tipo.

Per quanto riguarda le loro strategie di salute globale, una priorità per i Paesi a basso e medio reddito è quella di essere ben preparati a impegnarsi con i vari attori della salute globale, comprese le organizzazioni internazionali. Molti di questi Paesi, ad esempio, hanno una strategia di cooperazione con l'OMS. Diversi ministeri e organismi governativi diversi dal ministero della Salute svolgono un ruolo chiave in questo senso, soprattutto quando l'attenzione è rivolta al coordinamento dei donatori e alla garanzia di investimenti esteri per la costruzione del sistema sanitario. I Paesi africani chiedono da tempo un maggiore coordinamento e responsabilità dei donatori. Nonostante gli accordi negoziati in occasione di importanti conferenze – come la Conferenza internazionale sul finanziamento dello sviluppo tenutasi a Monterrey, in Messico, nel 2002, che ha riunito più di 50 capi di Stato e di governo e oltre 200 ministri degli Affari esteri, del Commercio,

→ Una priorità per i Paesi a basso e medio reddito è quella di essere ben preparati a impegnarsi con i vari attori della salute globale, comprese le organizzazioni internazionali.

dello Sviluppo e delle Finanze – la realtà sul campo lascia molto a desiderare. Un obiettivo chiave dei negoziati sulla salute globale a livello nazionale è quello di rendere più efficiente l'erogazione degli aiuti, allineando i programmi dei donatori ai piani nazionali. Un buon esempio è il modo in cui l'Etiopia ha allineato gli investimenti del Global Fund e del PEPFAR con le priorità nazionali per creare un sistema di assistenza sanitaria primaria in grado non solo di combattere l'HIV, ma anche di occuparsi della vaccinazione infantile, dell'assistenza sanitaria materna, del trattamento della tubercolosi e dell'ipertensione e della promozione dell'igiene.

I Paesi a medio reddito e le economie emergenti si trovano spesso a metà strada tra il tentativo di dare coerenza agli sforzi nazionali sostenuti dai finanziamenti dei donatori internazionali, da un lato, e l'essere un attore attivo nei forum globali sulla salute, dall'altro. Ad esempio, il Brasile sostiene da tempo l'accesso universale ai farmaci, l'India è stata una forza trainante nel mobilitare gli sforzi globali per combattere la tubercolosi e la Federazione Russa è stata determinante nell'inserire le malattie non trasmissibili nell'agenda globale.

Il **Riquadro 14** fornisce una breve guida su come negoziare una strategia nazionale sulla salute globale.

RIQUADRO 14 Preparazione di una strategia nazionale sulla salute globale

La preparazione di una strategia nazionale sulla salute globale inizia con la condivisione delle informazioni, lo sviluppo delle capacità e i negoziati interni tra diplomatici e funzionari pubblici a livello nazionale per promuovere il concetto di strategia sulla salute globale e aumentare la consapevolezza degli impatti positivi previsti. La motivazione per lo sviluppo di tale strategia si basa sul concetto, sancito nei SDG, che i problemi di salute globale sono rilevanti per tutti i Paesi, indipendentemente dal loro status economico e dalla loro influenza politica, e possono essere affrontati solo con uno sforzo globale congiunto. Questo concetto, tuttavia, non è ancora universalmente accettato. Inoltre, garantire l'accettazione politica di tale strategia è diventato più difficile negli ultimi tempi, a causa del crescente nazionalismo e della messa in discussione del sistema multilaterale. L'adozione, nell'ottobre 2020, da parte del governo tedesco di una strategia sanitaria globale per il periodo 2020-2030 è quindi un segnale molto importante.

Il passaggio a un'agenda della salute globale a livello nazionale implica un forte impegno nazionale per il rafforzamento delle istituzioni multilaterali in materia di salute e per la *governance* multilaterale. Nei Paesi donatori, l'attenzione

all'impegno multilaterale può essere interpretata da alcuni come un indebolimento degli aiuti bilaterali allo sviluppo, che potrebbe ridurre la visibilità e l'influenza politica del Paese sulla scena globale. Una delle sfide principali nella progettazione di una strategia nazionale per la salute globale è quella di raggiungere la coerenza tra le politiche nazionali in diverse aree. La natura multisettoriale della salute globale dovrebbe essere un elemento chiave nella sua *governance* sia a livello nazionale che internazionale. È un aspetto che i diplomatici devono comprendere e tenere in considerazione. Le strategie di salute globale comprendono i beni comuni, lo sviluppo e la pace, i valori etici e il multilateralismo, e la loro responsabilità primaria spetta all'intero governo, piuttosto che al solo ministero della Salute.

La fase preparatoria fondamentale consiste nel condurre consultazioni con un ampio numero di *stakeholder*. Tali consultazioni possono essere supervisionate da un comitato direttivo con, idealmente, la leadership congiunta dei ministeri della Salute e degli Esteri (o del ministero dello Sviluppo). Nei Paesi con un ambasciatore per la salute globale formalmente designato, questi può essere la persona più adatta a presiedere il comitato direttivo. Oltre a un comitato direttivo, un comitato consultivo internazionale sulla salute globale può fornire un utile contributo, come recentemente sperimentato dalla Germania.
Le consultazioni dovrebbero iniziare con una revisione completa delle politiche sanitarie ed estere nazionali, nonché degli impegni internazionali e multilaterali del Paese. L'esperienza ha dimostrato che spesso è più efficace condividere una cosiddetta *bozza zero* e chiedere agli *stakeholder* commenti e integrazioni, piuttosto che tenere consultazioni aperte. Ovviamente, la selezione degli *stakeholder* per le consultazioni avrà inevitabilmente un impatto sul loro esito.

Il passo successivo è la definizione delle priorità. Le strategie sono nazionali, il che significa che le loro priorità specifiche variano da Paese a Paese. Una caratteristica comune a tutte le strategie, tuttavia, è che si occupano di tutte o alcune delle questioni generalmente considerate fondamentali per la salute globale, come la lotta alle epidemie o il contrasto alla resistenza antimicrobica. Le strategie nazionali avranno in comune anche diversi valori di fondo, come l'impegno a difendere i diritti umani, a ridurre le disuguaglianze di salute e a raggiungere la copertura sanitaria universale. Prendere decisioni sulle priorità di una strategia nazionale sulla salute globale può rivelarsi piuttosto impegnativo. Possono sorgere tensioni, ad esempio, tra un discorso politico a favore dell'accesso universale da un lato e la protezione degli interessi commerciali nazionali dall'altro.
Inoltre, una strategia nazionale di successo non solo stabilisce le priorità politiche, ma delinea anche il processo interministeriale per la definizione delle posizioni negoziali. Questo può avvenire attraverso regolari riunioni di coordinamento interministeriale o attraverso un processo specifico per la salute globale, e dovrebbe combinare incentivi per la collaborazione a livello ministeriale di alti funzionari e di *desk officers*.
In ultima analisi, le decisioni vengono prese dal ramo esecutivo del governo e di solito non vengono discusse dal ramo legislativo.

La strategia nazionale svizzera sulla salute globale, ad esempio, definisce sei aree prioritarie per le quali è stato concordato un approccio comune da parte di enti governativi diversi come l'Ufficio federale della sanità pubblica, il Dipartimento federale degli affari esteri, la Segreteria di Stato per gli affari economici e l'Istituto federale della proprietà intellettuale.
Le sei aree sono state identificate attraverso consultazioni con enti governativi centrali e locali, con la comunità dei ricercatori, la società civile,

il settore privato e le organizzazioni dei pazienti. Ufficialmente denominata “Politica estera in materia di salute 2019-2024”, la strategia intende consentire alla Svizzera di sviluppare una politica coordinata e coerente in ambito di salute pubblica a livello nazionale e internazionale. Data la rapida evoluzione del contesto internazionale, la strategia sarà rivista periodicamente. Si riportano inoltre le cinque priorità identificate nella strategia tedesca per il periodo 2020-2030.

Le sei aree prioritarie della Politica estera in materia di salute della Svizzera 2019-2024

1. Protezione della salute e crisi umanitarie
2. Accesso ai farmaci
3. Assistenza sanitaria sostenibile e digitalizzazione
4. Determinanti di salute
5. *Governance* del regime sanitario globale
6. Politica sulle dipendenze

Le cinque priorità della strategia tedesca per la salute globale per il periodo 2020-2030

1. Promozione della salute, prevenzione delle malattie e sviluppo di risposte adeguate.
2. Approcci multisettoriali all’ambiente, al cambiamento climatico e alla salute pubblica
3. Rafforzamento dei sistemi sanitari
4. Protezione della salute in caso di minacce sanitarie transfrontaliere
5. Promozione della ricerca e dell’innovazione per la salute globale

C. Gli elementi di un'efficace diplomazia della salute globale

PEXELS – RON LACH

I successi nella diplomazia della salute globale

9.1 Definire il successo nella diplomazia della salute globale

La valutazione del successo o del fallimento della diplomazia della salute globale dipende sempre dal contesto e dalle parti coinvolte. Il successo dovrebbe essere misurato in termini di opportunità create per cambiare la direzione degli eventi, in questo caso operando per i benefici per la salute e il benessere. Tuttavia, gli accordi raggiunti a livello globale devono essere attuati a livello nazionale, in alcuni casi anche subnazionale. Ciò significa che il successo dipende in larga misura dall'attuazione di accordi e risoluzioni globali da parte degli Stati, e non solo dunque dal raggiungimento di determinati risultati nelle sedi internazionali. Tale attuazione è in parte ulteriormente influenzata anche dal tipo di accordo raggiunto, ad esempio se si tratta di una normativa rigida (*hard law*) o flessibile (*soft law*).

È importante notare che il successo della diplomazia della salute globale è talvolta legato anche a persone e negoziatori di livello eccezionale. A causa della diversità e della complessità delle questioni in gioco, una forte personalità e un impegno appassionato possono fare la differenza in molti negoziati sulla salute globale.

Il successo dipende ovviamente da ciò che un Paese o un'altra parte interessata si era prefissato di ottenere in primo luogo. Ciò che un negoziatore considera un successo può rappresentare un fallimento per un altro, ed è per questo che l'OMS si adopera nel prendere decisioni per consenso, cercando di garantire che tutti i Paesi siano d'accordo. Tuttavia, questo può talvolta portare a risultati basati sul minimo comune denominatore.

Ogni Stato membro può occasionalmente cercare di inserire nell'agenda degli organi direttivi dell'OMS questioni specifiche che non meritano l'attenzione globale (come un Piano di controllo per una singola malattia) solo per compiacere il pubblico nazionale o, in alcuni casi, per promuovere interessi commerciali particolari. Inoltre, all'interno dell'OMS ricorrono continuamente alcuni punti all'ordine del giorno sui quali non sono ancora stati compiuti progressi, come la lotta ai prodotti medicali di bassa qualità e falsificati (un argomento che ha occupato un gruppo di lavoro dell'OMS per molti anni) o la distruzione delle scorte residue di virus del vaiolo. In questi casi, gli interessi della salute pubblica passano in secondo piano rispetto alle agende politiche.

La pandemia COVID-19 ha posto nuove sfide all'OMS, il cui lavoro è stato reso più difficile dalle tensioni politiche tra Cina e Stati Uniti e che ha dovuto coordinare una risposta disponendo di risorse limitate. La risposta multilaterale non ha funzionato bene nemmeno a livello di Nazioni Unite. Il Consiglio di Sicurezza non è stato in grado, a causa di disaccordi tra i membri permanenti, di adottare una risoluzione che appoggiasse l'appello del Segretario Generale per il cessate il fuoco durante la pandemia nelle zone di conflitto.

Ciononostante, la 73a Assemblea mondiale della sanità del maggio 2020 – la prima a essere condotta in modalità virtuale – ha ottenuto un relativo successo adottando una risoluzione equilibrata, anche se – per quanto riguarda la risposta al COVID-19 – formulata in modo prudente (WHA73.1). Questa risoluzione, promossa dall'UE, ha coperto molti aspetti della pandemia chiedendo inoltre una valutazione indipendente della risposta internazionale, compreso, ma non solo, il ruolo dell'OMS. Ha riconosciuto la vaccinazione massiva contro il COVID-19 come un bene pubblico globale. La risoluzione fa anche diversi riferimenti al diritto dei Paesi di "scavalcare" legalmente le regole internazionali sui brevetti durante un'emergenza sanitaria, facendo uso delle "flessibilità" previste dall'Accordo TRIPS (*Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*), una questione che è stata al centro degli sforzi di *advocacy* della società civile.

→ Il successo della diplomazia della salute globale è talvolta legato anche a negoziatori di livello eccezionale. A causa della diversità e della complessità delle questioni in gioco, una forte personalità e un impegno appassionato possono fare la differenza in molti negoziati.

Una diplomazia della salute globale ben condotta può portare ai seguenti fondamentali risultati:

- salute migliore: migliori risultati in termini di salute della popolazione per ciascuno dei Paesi coinvolti, oltre a un miglioramento della situazione sanitaria globale nel raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile;
- maggiore solidarietà globale: miglioramento delle relazioni tra gli Stati e impegno di un'ampia gamma di attori a lavorare insieme per far progredire la salute e sostenere il multilateralismo;
- maggiore equità: risultati ritenuti equi e che sostengono gli obiettivi di promozione dei diritti umani, riduzione della povertà e aumento della giustizia sociale.

9.2 Come valutare i successi

Di seguito presentiamo brevemente 10 esempi che possono servire come punto di partenza per un esame più approfondito e una disamina delle lezioni apprese dai negoziati che hanno avuto successo nella diplomazia della salute globale.

- I SDG, negoziati da ogni Stato membro dell'ONU con il contributo significativo di altri attori, comprendono quasi 50 obiettivi correlati alla salute, molti dei quali richiedono una costante vigilanza e negoziati in diverse sedi. La salute, di conseguenza, è ampiamente considerata come un beneficiario e un contributo a quasi tutti i SDG, non solo all'Obiettivo 3 specifico per la salute. Una misura chiave del successo della diplomazia della salute globale è il suo contributo al progresso verso i SDG. Diversi incontri di alto livello hanno contribuito a far avanzare questa agenda.
- Un importante successo della diplomazia della salute globale nell'ultimo decennio è stato il modo in cui le questioni sanitarie sono state affrontate nei forum non sanitari delle Nazioni Unite, quali l'Assemblea Generale (malattie non trasmissibili, tubercolosi, resistenza antimicrobica, copertura sanitaria universale) e il Consiglio di sicurezza (HIV/AIDS, salute nelle aree di conflitto, Ebola). Questo successo è stato in gran parte facilitato dalle dichiarazioni a favore della salute da parte del G7 e del G20.
- In occasione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del settembre 2019, 12 agenzie multilaterali per la salute, lo sviluppo e gli aiuti umanitari hanno lanciato

un piano congiunto per sostenere i Paesi a compiere progressi più rapidi verso gli obiettivi dei SDG relativi alla salute: il Piano d'azione globale per vite sane e benessere per tutti (*Global Action Plan for Healthy Lives and Well being for All*). Come da titolo, il Piano è stato concepito per aiutare i Paesi a identificare le loro priorità e a pianificare e attuare il loro lavoro; sosterrà inoltre gli sforzi in aree chiave, come l'assistenza sanitaria di base.

- Il 23 settembre 2019, in occasione di una riunione di alto livello delle Nazioni Unite, è stata adottata una dichiarazione storica sulla copertura sanitaria universale, che riconosce che non è importante solo l'accesso ai servizi sanitari, ma anche l'accesso a uno stile di vita sano, alle informazioni che consentono di fare le scelte giuste, all'alfabetizzazione sanitaria, a un'alimentazione sana, ai trasporti, a un ambiente più sano e ad altri determinanti della salute.

Il **Caso studio 2** fornisce maggiori dettagli sui negoziati che hanno portato alla Dichiarazione politica dell'incontro di alto livello sulla copertura sanitaria universale (2019).

- Il primo vertice mondiale dei capi di Stato e di governo sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (MNT) è stato convocato dalla Comunità dei Caraibi (CARICOM) nel 2007 e ha portato alla Dichiarazione di Port of Spain intitolata "*Uniting to stop the epidemic of chronic non communicable diseases*" (Unirsi per fermare l'epidemia di malattie croniche non trasmissibili). In passato, i Caraibi anglofoni avevano il più alto carico pro capite di malattie croniche non trasmissibili nella regione delle Americhe. Basandosi su una lunga storia di cooperazione sanitaria tra i suoi Paesi membri e sui successi ottenuti in passato nell'eliminazione o nella riduzione delle malattie trasmissibili attraverso un'azione collettiva, il CARICOM ha quindi deciso di puntare sulle MNT e successivamente ha trasformato questo approccio in un approccio globale, promuovendo con successo una prima riunione di alto livello delle Nazioni Unite su questo tema.

Dopo quasi un decennio di diplomazia della salute globale, le ONG e le organizzazioni professionali, sostenute da un gruppo di Stati membri, sono riuscite a far sì che la terza riunione di alto livello delle Nazioni Unite sulle MNT (2018) ampliasse l'attenzione delle precedenti riunioni focalizzata su quattro principali MNT (malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie) e quattro fattori di rischio (uso di tabacco, inattività fisica, uso dannoso di alcol e diete malsane). Il risultato è stato l'adozione del cosiddetto approccio "cinque per cinque", con le condizioni di salute mentale ora incluse tra le MNT e l'inquinamento atmosferico incluso tra i fattori di rischio.

Tuttavia, i successi in questo ambito (impegni politici) sono oscurati dall'impatto dei determinanti commerciali. La Dichiarazione politica dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulla prevenzione e il controllo delle MNT del 2011 prevedeva l'impegno da parte dei governi di esplorare la fornitura di risorse adeguate attraverso, tra l'altro, canali nazionali e bilaterali. Tuttavia, questo obiettivo non è stato raggiunto. Le MNT rimangono il problema di salute pubblica più grande e più sottofinanziato a livello globale, dove la maggior parte delle vite potrebbe essere salvata o migliorata, perché lo slancio politico è stato annullato dall'interferenza nella definizione delle politiche sanitarie internazionali di gruppi di interesse economici, di mercato e commerciali nei Paesi donatori. Purtroppo, la maggior parte dei Paesi sviluppati mostra un interesse limitato nel perseguire la coerenza delle politiche e nel riconoscere l'interconnessione tra la promozione di un sistema commerciale multilaterale nell'ambito dell'OMC e la promozione della salute nelle loro politiche internazionali di sviluppo, come due facce della stessa medaglia in termini di raggiungimento dei SDG.

- L'epidemia di Ebola del 2014 nell'Africa occidentale ha rappresentato una grave minaccia per la vita umana in un mondo globalizzato in cui gli agenti patogeni sono in grado di diffondersi rapidamente. Nei Paesi più colpiti, tuttavia, le capacità nazionali erano inadeguate ad affrontare l'epidemia e i leader erano riluttanti a riconoscerne tutte le implicazioni. Nell'agosto 2014 l'OMS ha dichiarato un'emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale (*Public Health Emergency of International Concern*) per allertare i Paesi e stimolare una reazione. L'epidemia è stata successivamente dichiarata dal Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite una minaccia globale, il che ha permesso alla comunità internazionale di rafforzare ulteriormente il sostegno diretto ai Paesi interessati.
- La 72a Assemblea mondiale della sanità, nel maggio 2019, ha adottato una risoluzione storica che esorta ogni Stato membro a introdurre politiche di trasparenza nel settore farmaceutico e il Consiglio dei diritti umani ha adottato una risoluzione sul miglioramento dell'accesso ai farmaci nel luglio 2019.
  Si veda il **Caso studio 1** sulla risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità sopra citata.

- L'adozione del Codice globale di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'OMS ("*WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*") del maggio 2010 ha creato un quadro globale, comprendente norme etiche e disposizioni istituzionali e legali, per guidare la cooperazione internazionale sul problema cruciale della migrazione degli operatori sanitari. Il Codice di condotta, il cui mandato risale al 2004, ha richiesto in tutto sei anni di lavoro. L'arte del compromesso si è rivelata essenziale durante i lunghi e tortuosi negoziati per raggiungere un accordo soddisfacente ma non vincolante sia per i Paesi di origine di migrazione degli operatori sanitari che per quelli di destinazione (Taylor & Dhillon, 2011). Per maggiori informazioni sugli strumenti sanitari globali si rimanda al **Capitolo 5**.
- Dall'entrata in vigore della FCTC nel 2005, i rapporti biennali sullo stato di avanzamento mondiale preparati dal Segretariato della Convenzione hanno fornito una buona panoramica della sua implementazione ad opera delle Parti. Sebbene il tasso di avanzamento differisca notevolmente da Paese a Paese, è un risultato straordinario che, nonostante la resistenza dell'industria del tabacco, siano già state adottate così tante misure efficaci per ridurne l'uso. La loro implementazione ha avuto successo soprattutto nelle tre aree seguenti: la creazione di ambienti liberi dal fumo, il divieto di confezioni ed etichette ingannevoli e i programmi di educazione, comunicazione e sensibilizzazione del pubblico. In generale, tuttavia, l'attuazione delle disposizioni della Convenzione è stata piuttosto disomogenea in molti Paesi.
- Il Regolamento sanitario internazionale (RSI), nella sua versione revisionata nel 2005, è il principale strumento giuridico internazionale che regola la *preparedness and response* (preparazione e risposta) dei Paesi alla diffusione internazionale delle malattie, da un punto di vista di salute pubblica. Tuttavia, sia l'epidemia di Ebola che la pandemia COVID-19 hanno evidenziato una mancanza di preparazione. Molti Stati membri non sono riusciti, per motivi finanziari o politici, a sviluppare capacità adeguate e a onorare i loro obblighi nell'attuazione di tutte le misure previste dal RSI.

Analisi degli interessi nazionali e geopolitici

10.1 Comprendere la complessità delle questioni di salute globale

La diplomazia della salute globale deve affrontare contemporaneamente diverse complessità: la nuova complessità del sistema internazionale, la complessità delle organizzazioni e degli attori che operano nel campo della salute globale e la complessità delle questioni di salute globale, che hanno determinanti sociali, politici ed economici fortemente interconnessi. Queste complessità richiedono risposte politiche a livello nazionale e sovranazionale. Tuttavia, l'esperienza dimostra che i negoziati a Ginevra tendono a seguire un approccio tecnico e segmentato. Un approccio che dovrebbe essere contrastato perché la diplomazia della salute globale non può essere dissociata dalla geopolitica.

Un diplomatico della salute globale deve essere in grado di comprendere gli interessi nazionali e geopolitici che possono essere alla base dei negoziati su una risoluzione o una decisione e ci sono diversi aspetti da considerare.

Il mondo sta attraversando un periodo di transizione e instabilità e la globalizzazione continua a progredire, questo significa che le condizioni interne di un Paese sono sempre più influenzate da eventi e processi che avvengono altrove. Allo stesso tempo, e un po' paradossalmente, la fiducia e l'impegno nel multilateralismo stanno diminuendo, il che porta alla crescita di regionalismi, nazionalismi e protezionismi. In alcune parti del mondo, l'ordine internazionale basato sullo stato di diritto è stato apertamente messo in discussione. In questo clima di tensione, fino a poco tempo fa la salute era uno dei pochi settori in cui la *governance* multilaterale continuava a essere pienamente accettata e attiva, ma la situazione è cambiata durante la pandemia COVID-19, quando la contrapposizione geopolitica tra Cina e Stati Uniti ha lasciato il segno sulla salute globale. Inoltre, in diversi Paesi è emerso un nuovo "nazionalismo dei vaccini".

In quanto membri di una rete diplomatica più ampia, i diplomatici della salute possono trarre vantaggio dalle analisi periodiche dello stato del mondo e di specifiche regioni, Paesi e tematiche condotte dai dipartimenti specializzati dei loro ministeri degli Esteri. Un diplomatico deve fare ogni sforzo per comprendere i cambiamenti geopolitici. Allo stesso modo, è importante comprendere le diverse mentalità. Nella diplomazia della salute globale – come in altre aree della diplomazia – gran parte dell'analisi accademica è

stata condotta da una prospettiva occidentale delle relazioni internazionali ma è necessario prendere in considerazione anche altre prospettive e culture diplomatiche.

10.2 Creare relazioni a Ginevra e in altri centri di negoziazione

Poiché le questioni relative alla salute globale sono altamente interconnesse, possono essere discusse contemporaneamente o separatamente in diversi forum a Ginevra, il principale centro di negoziazione per la diplomazia della salute globale. L'accesso ai farmaci, ad esempio, è stato e viene discusso a livello di WTO, WIPO, Consiglio per i diritti umani, ICRC, Consiglio di coordinamento del programma UNAIDS e Consiglio del *Global Fund*, oltre che all'OMS.

È essenziale che i diplomatici si interfaccino regolarmente con altri diplomatici e con gli esperti tecnici della missione incaricati di seguire il lavoro delle varie organizzazioni con sede a Ginevra. Questo può essere più facile in una missione piccola. In una missione più grande, sarà necessario un coordinamento – cosa che viene fatta molto bene in alcune delle missioni più grandi a Ginevra – e, soprattutto, iniziativa, talento ed energia.

Comunicare con i settori non sanitari e con i colleghi della missione che sono responsabili di questi settori consentirà di conoscere questioni importanti che potrebbero emergere per la prima volta al di fuori del contesto sanitario. Contribuirà inoltre alla coerenza delle posizioni e del linguaggio adottati dalla delegazione di un Paese in diversi forum.

La comunicazione con i colleghi diplomatici di altre missioni a Ginevra dovrebbe avvenire sia su base personale che nell'ambito di gruppi formali e informali, come l'Unione africana (UA), l'UE, i membri dei gruppi regionali dell'OMS, le sottoregioni (ad esempio, l'Africa occidentale) e i raggruppamenti di Paesi che condividono gli stessi interessi o i raggruppamenti di Paesi donatori.

10.3 Raccogliere le informazioni disponibili

Lo studio di documenti e di altro materiale informativo relativo a precedenti negoziati in seno all'OMS o ad altre organizzazioni aiuta a comprendere meglio l'argomento e le complessità nazionali e geopolitiche che "stanno dietro" a una questione da discutere.

Inoltre, questa raccolta di informazioni farà luce sulle posizioni precedentemente

assunte dai Paesi partecipanti ai negoziati e permette anche di raccogliere esempi sul linguaggio precedentemente concordato sulla questione in discussione o su altre questioni o processi rilevanti per il negoziato in corso. Le risoluzioni e le dichiarazioni adottate per consenso alle Nazioni Unite sono le più promettenti a questo proposito. Nei negoziati su una questione controversa di salute globale, il riferimento al linguaggio adottato dall'Assemblea Generale durante i negoziati sui SDG nel 2015 può essere un buon punto di partenza per costruire il consenso.

Al contrario, attingere al linguaggio utilizzato nelle conclusioni e nei rapporti che non sono stati approvati per consenso è meno utile. Per esempio, il rapporto finale del gruppo di esperti di alto livello del Segretario generale delle Nazioni Unite sull'accesso ai farmaci, pubblicato nel 2016, ha anticipato in larga misura la risoluzione sulla trasparenza dei prezzi dei farmaci adottata dall'OMS nel 2019. Tuttavia, l'impatto di quel rapporto delle Nazioni Unite è stato compromesso dal disaccordo tra i membri del panel su una serie di altre questioni contenute nel documento.

L'importanza di un linguaggio concordato non deve essere sottovalutata. Un particolare forum delle Nazioni Unite può essere più adatto di un altro ad approvare un linguaggio o una terminologia su una questione delicata. Il linguaggio sui diritti sessuali e riproduttivi e sulle popolazioni vulnerabili ad alto rischio di infezione da HIV è stato adottato, ad esempio, nelle risoluzioni dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS e può essere usato come precedente in altre risoluzioni di altre organizzazioni.

10.4 Comprendere le diverse posizioni

La comprensione di come gli Stati membri sviluppino le loro posizioni per i negoziati si acquisisce con l'esperienza. Una diplomatica di alto livello a Ginevra ha osservato di aver trascorso la maggior parte del suo primo anno all'OMS ascoltando i dibattiti e osservando i negoziati per capire meglio come la geopolitica e gli interessi nazionali determinino le questioni affrontate dagli Stati membri e si riflettano nelle posizioni che cercano di difendere e promuovere. I Paesi assumono normalmente posizioni dettate da esigenze specifiche. Tuttavia queste posizioni sono spesso più radicali degli interessi che cercano di difendere, il che crea un certo margine di negoziazione.

Ci sono alcuni temi che alcuni Paesi sollevano costantemente o su cui prendono una posizione forte in un dibattito o durante i negoziati, ad esempio le Malattie Non

Trasmissibili (Federazione Russa), l'assistenza sanitaria di base (Kazakistan), la politica sui farmaci (Svizzera), i farmaci di qualità inferiore (India), la tubercolosi (Sudafrica) e i diritti sessuali e riproduttivi (Stati Uniti e Paesi nordici). Le posizioni di alcuni Paesi su questi temi sono spesso prevedibili su periodi di tempo lunghi, come ad esempio il sostegno dei Paesi nordici alla salute sessuale e riproduttiva. Nel caso degli Stati Uniti, può dipendere, invece, dall'amministrazione in carica.

Mentre ci si aspetta una linea comune da parte degli Stati membri dell'UE, può comparire un certo dissenso su questioni come i diritti sessuali e riproduttivi o la prevenzione delle MNT. Analogamente, i Paesi BRICS costituiscono oggi un blocco meno coeso rispetto a qualche anno fa.

La Cina mostra una relativa moderazione all'interno dell'OMS, ma rimane molto influente. Pertanto, la Cina può allearsi con Paesi diversi su questioni diverse, ad esempio con la Federazione Russa sulle questioni di sicurezza e con l'India e il Sudafrica sulla politica dei farmaci e sulla trasparenza dei prezzi dei medicinali. Una svolta a livello globale è stata la storica sfida legale del Sudafrica per l'accesso a trattamenti terapeutici più economici per l'HIV/AIDS.

Di solito in ogni regione ci sono Paesi che hanno più voce in capitolo rispetto ad altri nei forum sulla salute globale. Nell'ambito dell'analisi degli *stakeholder*, i diplomatici della salute globale devono essere in grado di riconoscere le situazioni in cui interessi nascosti, siano essi politici o economici, determinano la posizione di un Paese o in cui un Paese più piccolo funge da veicolo per l'agenda di un Paese o di un'entità più grande.

10.5 Esaminare i blocchi e le alleanze di negoziazione

I negoziati sulla salute vedono spesso riunirsi i blocchi di lunga data, anche se il panorama geopolitico è cambiato notevolmente dal primo decennio del XXI secolo. Gli Stati Uniti guidano ancora spesso la situazione, stringendo alleanze mutevoli e talvolta sorprendenti, anche se la loro posizione un tempo egemonica si sta indebolendo. L'UE è un blocco che adotta una posizione comune nei negoziati, anche se Paesi come l'Ungheria e la Polonia tendono a dissociarsi dal consenso dell'UE su questioni delicate come i diritti LGBT+ i diritti sessuali e riproduttivi, o le questioni sanitarie legate all'immigrazione. L'Unione Africana (UA) è un altro blocco, spesso fortemente unito quando l'argomento in discussione è più politico che tecnico, per esempio, un'elezione all'interno di un'organiz-

zazione internazionale. Esistono naturalmente numerosi altri blocchi regionali, descritti più dettagliatamente nel **capitolo 7**.

Quando si prepara un negoziato, può essere utile analizzare i blocchi negoziali, i loro membri e le altre parti interessate con riferimento al seguente diagramma:

Fonte: Partenariati *multi-stakeholder*
(https://mspguide.org/2022/03/18/stakeholder-analysis/)

Sebbene un blocco possa adottare una posizione comune sul testo da negoziare, i Paesi che ne fanno parte possono comunque esprimere le proprie opinioni specifiche una volta avviati i negoziati. Le linee guida decise dal blocco saranno comunque rispettate dai Paesi che ne fanno parte.

La rappresentanza diplomatica di un Paese studierà regolarmente i gruppi politici e i blocchi di voto nel contesto delle Nazioni Unite e il loro modo di operare. Alcuni Paesi, come gli Stati Uniti, utilizzano i registri delle Nazioni Unite pubblicamente disponibili per tracciare la "coincidenza di voto" con le loro posizioni, mentre alcuni ricercatori e *think tank* hanno condotto analisi dei modelli di voto, che possono essere utili per i diplomatici.

Un vantaggio dell'essere membro di un blocco, come l'UA o l'UE, è che il lavoro preparatorio dettagliato per i negoziati può essere intrapreso da un membro che ha un par-

ticolare interesse nella questione in gioco (definito "*penholder*", ossia colui che detiene la penna). Gli altri membri possono beneficiare di questo lavoro grazie al rapporto di fiducia reciproca che esiste all'interno del blocco. Anche i gruppi speciali – come il Gruppo di Ginevra, un gruppo informale (istituito nel 1964) di Stati membri dell'ONU, ciascuno dei quali partecipa per oltre l'1% al bilancio regolare dell'ONU – svolgono un ruolo importante. I blocchi e i singoli Paesi che esercitano una grande influenza sulla salute globale, come l'UE, l'UA, gli Stati Uniti, il Regno Unito, la Francia, la Germania, il Giappone o il Brasile, tendono a prendere posizione su tutti gli argomenti che possono emergere durante i negoziati. Molte altre delegazioni nazionali ascolteranno con attenzione i dibattiti ma interverranno solo su argomenti specifici. La Federazione Russa, ad esempio, partecipa sempre con vigore a qualsiasi discussione sulle MNT e sulla sicurezza sanitaria. I Paesi più piccoli con piccole missioni a Ginevra – i cui diplomatici devono occuparsi contemporaneamente di salute, diritti umani e questioni legate al lavoro, e che hanno meno competenze in materia di salute globale a cui attingere – spesso parteciperanno meno attivamente ai negoziati, a meno che l'argomento non sia essenziale per loro. Alcuni di questi Paesi possono far parte di gruppi geografici (ad esempio, il Medio Oriente e il Nord Africa) o di alleanze *ad hoc* con Paesi o blocchi più grandi che difenderanno le loro posizioni da soli e in collaborazione con i loro alleati.

Un esempio di alleanza permanente è la Rete sanitaria dell'Europa sudorientale (*South-Eastern Europe Health Network* – SEEHN), che riunisce nove Paesi, per lo più balcanici. Istituita nel 2001, la SEEHN mira a rafforzare i sistemi sanitari nazionali, a promuovere la stabilità e a preparare la regione all'integrazione nell'UE. Questa cooperazione tra Paesi sta assumendo la forma di una vera e propria diplomazia della salute, che riflette il peso delle azioni concertate, in primo luogo, negli organi di governo dell'OMS. Gli insegnamenti tratti dall'impegno nei negoziati di politica sanitaria a livello europeo fanno sì che i Paesi membri della SEEHN abbiano il potenziale per parlare con voce autorevole anche nei negoziati globali dell'OMS.

Coordinamento con i settori non sanitari

11.1 L'interazione tra salute e altri settori a livello nazionale

Il ruolo dei diversi settori nel promuovere la salute globale non è sempre stato adeguatamente riconosciuto. Esiste una lunga storia di cooperazione con alcuni settori, mentre la cooperazione con altri è aumentata o iniziata solo di recente. Molto spesso si perdono le opportunità di promuovere la salute affrontando i determinanti di salute in altri negoziati. Di seguito sono illustrati i settori che possono svolgere un ruolo importante quando si tratta di promuovere ed implementare un'agenda per la salute globale.

La **politica estera** ha un'interfaccia in rapida crescita con la salute. Questo è il risultato di molteplici fattori: la crescente importanza della salute nelle principali agende globali (economica, di sicurezza e di giustizia sociale); la crescente pressione delle sfide sanitarie globali che richiedono soluzioni globali; la proliferazione di attori e negoziati internazionali nel campo della salute; l'aumento dell'importanza delle questioni sanitarie globali nell'ambito delle Nazioni Unite e dei blocchi politici influenti; la complessa combinazione di sinergie e asimmetrie (spesso conflittuali) tra gli impegni dei Paesi in materia di salute e gli altri impegni internazionali. L'interazione tra politica estera e salute è multiforme: la salute può essere parte integrante della politica estera; la politica estera e la diplomazia possono essere usate per promuovere – e spesso proteggere – la salute nei forum multilaterali; e la salute, a sua volta, può essere usata come strumento di politica estera per raggiungere altri obiettivi. A causa della sua ampia portata, l'interfaccia tra salute e politica estera si manifesta nella maggior parte delle relazioni intersettoriali relative alla salute nell'arena multilaterale.

Le **questioni fiscali e di bilancio** sono da tempo fattori importanti per la politica sanitaria in generale e per i progressi verso la copertura sanitaria universale in particolare. Tra le questioni rilevanti della diplomazia intersettoriale per la salute vi sono: la creazione di un ponte tra gli approcci dei governi alla salute e alla finanza; la valutazione dei rischi politici e istituzionali per la sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari; la creazione di meccanismi di cooperazione tra i ministeri della salute e delle finanze (anche se questo

è difficile e non sempre efficace nella pratica); le analisi di costo-efficacia e le strategie di contenimento dei prezzi per i farmaci e le tecnologie sanitarie; e l'esplorazione di approcci innovativi al finanziamento della salute (anche se con cautela a causa della distorsione economica spesso apportata da tasse più alte o nuove).

Il **commercio internazionale** può sia promuovere che ostacolare la salute. Tra le questioni chiave legate all'interfaccia tra commercio e salute vi sono la diffusione transfrontaliera delle malattie trasmissibili e la sicurezza alimentare, legate alle restrizioni commerciali introdotte per motivi sanitari; l'accesso ai farmaci e alle tecnologie mediche, legato ai dazi all'importazione e ai diritti di proprietà intellettuale; il commercio dei servizi sanitari, che riguarda l'assicurazione e l'assistenza sanitaria tra i Paesi, la telemedicina e il turismo medico; e le preoccupazioni per il commercio di prodotti non salutari come le bibite e il tabacco. Diversi accordi commerciali globali dell'OMC – l'Accordo TRIPS, l'Accordo sulle barriere tecniche al commercio (*Agreement on Technical Barriers to Trade*), l'Accordo sull'applicazione delle misure sanitarie e fitosanitarie (*Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures*) e l'Accordo generale sugli scambi di servizi (*General Agreement on Trade in Services*) – hanno legami sostanziali con la salute. Inoltre, esistono numerosi accordi commerciali a livello regionale (spesso anche bilaterale).

La salute, quindi, è spesso al centro dei negoziati commerciali internazionali, in particolare la sfida di proteggere gli interessi della salute pubblica rispetto agli interessi commerciali ed economici. Negli ultimi anni è emerso chiaramente anche il potenziale impatto degli accordi internazionali di investimento sulla salute. Tali accordi possono, ad esempio, essere utilizzati per mettere in discussione le forti misure nazionali di controllo del tabacco. Vigilanza e diplomazia sono essenziali per proteggere gli interessi della salute pubblica nei negoziati commerciali e di investimento.

L'**ambiente** ha un profondo impatto sulla salute. L'OMS stima che il 23% di tutti i decessi nel mondo potrebbe essere evitato attraverso una migliore gestione dell'ambiente. I fattori ambientali che determinano la salute sono molteplici: comprendono, in particolare, l'inquinamento atmosferico (sia ambientale che domestico), l'acqua e i servizi igienici, la sicurezza chimica e le radiazioni. Il cambiamento climatico è un'altra preoccupazione globale a causa dei rischi per la salute associati a eventi estremi di calore e di precipitazioni, all'aumento dell'inquinamento atmosferico, all'insicurezza alimentare e idrica e alle malattie trasmesse da vettori e dall'acqua. Di conseguenza, è importante coordinare gli sforzi con un'ampia gamma di settori non sanitari, tra cui i trasporti,

gli alloggi, l'energia, l'agricoltura, la pianificazione territoriale, la gestione delle acque e l'industria. I meccanismi e i processi globali possono facilitare il dialogo multisettoriale a livello nazionale. Ne sono un esempio la "*International Decade for Action on Water for Sustainable Development, 2018-2028*" ("Decennio internazionale per l'azione Acqua per lo sviluppo sostenibile, 2018-2028"), i processi previsti da diversi trattati ambientali e il dialogo globale in corso sul cambiamento climatico.

L'**istruzione** ha un effetto positivo sulla salute in quanto migliora le prospettive occupazionali, il reddito, le condizioni di vita, l'alfabetizzazione, l'accesso alle informazioni e le competenze generali. Investire nell'istruzione significa investire nella salute. Una salute migliore, a sua volta, promuove ambienti di apprendimento, opportunità e risultati. Dal punto di vista della diplomazia sanitaria, ci si aspetta che il dialogo tra i due settori avvenga in contesti sia intersettoriali che multisettoriali, poiché le sfide della salute e dell'istruzione spesso coesistono con altre sfide sociali, come le condizioni abitative e la disoccupazione. È opportuno anche considerare il potenziale dei forum multilaterali importanti – ossia i processi nell'ambito dei trattati delle Nazioni Unite sui diritti umani e dei trattati e delle raccomandazioni dell'UNESCO – per promuovere la salute e l'istruzione allo stesso tempo.

La **protezione sociale e del lavoro** svolge un ruolo fondamentale per la salute. Le politiche per l'occupazione contribuiscono alla salute aiutando a generare un reddito sufficiente per le famiglie, promuovendo stili di vita attivi e l'accesso ai servizi sanitari, fornendo prestazioni sociali, sostenendo condizioni di lavoro favorevoli alla salute e alla sicurezza sul lavoro e prevenendo l'insicurezza occupazionale. Una buona salute, a sua volta, consente ai lavoratori di lavorare più a lungo e di essere più produttivi. Le politiche abitative sono fondamentali per migliorare le condizioni sociali e di vita e prevenire infortuni e malattie. Le sinergie tra mercato del lavoro e politica sociale da un lato, e il settore sanitario dall'altro, possono contribuire a ridurre l'esclusione sociale e le disuguaglianze. La diplomazia intersettoriale può sfruttare queste sinergie, sia all'interno di un Paese che in forum multilaterali come l'ILO (*International Labour Organization*).

L'**alimentazione** e l'**agricoltura** sono tradizionalmente legate alla salute della popolazione. Politiche agricole efficaci possono aumentare l'offerta e l'accessibilità di alimenti più sani e sicuri, il che è fondamentale per affrontare le sfide poste da malnutrizione, diete non salutari, obesità, malattie non trasmissibili e malattie di origine alimentare.

La collaborazione tra i settori della salute umana e animale è determinante nella lotta contro la resistenza agli antimicrobici. È necessario un coordinamento per garantire la produzione di alimenti più sani e sicuri lungo l'intera filiera alimentare, da modelli di produzione e lavorazione migliori e più sostenibili a sistemi di etichettatura nutrizionale accurati e informati. Esistono inoltre importanti collegamenti con altri settori, come il commercio, l'ambiente, la protezione dei consumatori e l'istruzione.

Dal punto di vista della diplomazia della salute globale, diversi meccanismi multilaterali esistenti offrono opportunità di dialogo e cooperazione intersettoriale, tra cui la Commissione del *Codex Alimentarius* di FAO/OMS, le Conferenze Internazionali sulla Nutrizione di FAO/OMS, i meccanismi previsti dai trattati dell'OMC, come l'Accordo sull'applicazione delle misure sanitarie e fitosanitarie e l'Accordo sulle barriere tecniche al commercio, e la collaborazione tripartita FAO-OIE-OMS sulla resistenza antimicrobica.

L'**acqua** è un altro elemento di importanza cruciale per la salute. L'accesso all'acqua potabile e alle strutture igienico-sanitarie è un diritto umano fondamentale e il miglioramento di tale accesso è un obiettivo importante dei SDG. Le questioni centrali relative all'acqua comprendono gli standard di qualità, l'approvvigionamento idrico, la sicurezza, l'accesso, lo stoccaggio e il trattamento delle acque reflue. La cooperazione tra i settori della salute e della gestione dell'acqua a livello nazionale e locale è fondamentale per la salute pubblica.

→ A livello internazionale, la salute è spesso promossa attraverso la cosiddetta diplomazia dell'acqua.

PEXELS – TARIK MAHAMAT

A livello internazionale, la salute è spesso promossa attraverso la cosiddetta diplomazia dell'acqua, che consiste nel risolvere i disaccordi e i conflitti sulle risorse idriche condivise – e spesso scarse – nell'interesse della cooperazione, della stabilità e della pace. Diversi meccanismi regionali sostengono la diplomazia dell'acqua, compresa la sua interfaccia con la salute. Il Protocollo su acqua e salute (della Convenzione sull'acqua[1]) è un buon esempio di risposta multilaterale mirata in ambito paneuropeo. Altri meccanismi regionali hanno un impatto sulla salute consentendo una cooperazione più ampia sulla gestione dell'acqua. Ne sono un esempio la Commissione del fiume Mekong in Asia, la Carta dell'acqua del bacino del lago Ciad in Africa, la Direttiva quadro dell'UE sull'acqua e l'Accordo dell'acquifero Guarani in Sud America. Il dialogo intersettoriale nazionale contribuisce in modo significativo a tale cooperazione.

Anche i **trasporti** sono legati alla salute in molti modi. Le principali preoccupazioni legate ai trasporti includono la sicurezza stradale, l'inquinamento atmosferico, il rumore, il traffico, le emissioni di gas serra, le limitazioni alla mobilità e gli stili di vita sedentari. La promozione di trasporti pubblici sicuri, accessibili e a prezzi contenuti, insieme agli spostamenti a piedi e in bicicletta, può migliorare significativamente la salute della popolazione. L'interfaccia tra trasporti e salute è legata anche alle politiche ambientali e di pianificazione urbana e, più in generale, allo sviluppo sostenibile. Il dialogo intersettoriale e multisettoriale all'interno dei Paesi è essenziale per migliorare i risultati sanitari legati ai trasporti. Tale dialogo avviene spesso anche in forum multilaterali, come ad esempio le Conferenze ministeriali globali sulla sicurezza stradale (*Global Ministerial Conferences on Road Safety*), il Decennio d'azione delle Nazioni Unite per la sicurezza stradale 2021-2030 (*UN Decade of Action for Road Safety 2021–2030*), il Programma paneuropeo Trasporti, Salute e Ambiente (*Transport, Health and Environment Pan-European Programme*) condotto congiuntamente dall'OMS e dalla Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (*United Nations Economic Commission for Europe* – UNECE) e vari forum multilaterali che si occupano di inquinamento atmosferico, attività fisica e malattie non trasmissibili.

[1] *Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes* (Convenzione sulla protezione e l'uso dei corsi d'acqua transfrontalieri e dei laghi internazionali – adottata nel 1992).

11.2 Collegamenti emergenti con altri settori

Gli impatti sulla salute dei settori discussi nella sezione precedente sono stati riconosciuti da tempo. Tuttavia, la globalizzazione e la maggiore influenza dei fattori transnazionali sulla salute hanno portato anche altri settori a diventare importanti in questo contesto.

Le **forze dell'ordine**, ad esempio, svolgono un ruolo crescente nella salute pubblica. Le aree di interazione tra i due settori includono la prevenzione della violenza, l'abuso di alcol e droghe, la sicurezza stradale, le catastrofi, il lavoro sessuale, la gestione della salute mentale, il traffico di esseri umani e, più recentemente, il commercio illecito di prodotti del tabacco (insieme alle **dogane**, un altro settore con un'interfaccia emergente con la salute). Più in generale, l'interfaccia si estende anche alla sicurezza della comunità, alla protezione pubblica, alla migrazione, alla gestione delle epidemie e alla salute nelle carceri. La cooperazione tra i settori della salute e delle forze dell'ordine può portare a un miglioramento dei risultati sanitari nei Paesi. Tale cooperazione contribuisce anche a rafforzare la diplomazia intersettoriale nei forum internazionali pertinenti, come nel caso dei processi e i meccanismi sotto l'egida dell'UNODC (Ufficio delle Nazioni Unite Contro la Droga e il Crimine), dei negoziati per rendere operativo il Protocollo per l'eliminazione del commercio illecito di prodotti del tabacco e dei dibattiti globali sulla sicurezza stradale e la violenza.

La relazione tra **migrazione** e salute non è nuova, ma ha attirato particolare attenzione nel XXI secolo. È un'area in cui la diplomazia multisettoriale e multilaterale dovrebbero rafforzarsi a vicenda. È necessario agire sia all'interno che all'esterno del settore sanitario per soddisfare le esigenze sanitarie di rifugiati e migranti e per alleviare la pressione che essi esercitano sui sistemi sanitari dei Paesi di transito e di destinazione. Diversi settori non sanitari sono strettamente coinvolti in questa interazione, tra cui l'istruzione, l'occupazione, la sicurezza sociale, gli alloggi, la legislazione nazionale e la politica estera. In termini più ampi, la relazione tra salute e migrazione è direttamente correlata ai valori fondamentali di equità, solidarietà e diritti umani. Il Patto globale per una migrazione sicura, ordinata e regolare (*Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration)* e il Patto globale sui rifugiati *(Global Compact on Refugees*) – entrambi adottati sotto l'egida delle Nazioni Unite – insieme ai forum pertinenti dell'OMS, dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM) e dell'Alto Commissariato delle Nazioni

Unite per i rifugiati (UNHCR), hanno creato maggiori opportunità di dialogo multisettoriale e multilaterale.

Un'altra interazione emergente è quella tra la salute e il settore delle **tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni**, come testimonia il crescente interesse per la salute digitale in tutto il mondo. L'OMS ha avviato una collaborazione con l'Unione internazionale delle telecomunicazioni, ha istituito una piattaforma multidisciplinare e ha pubblicato la prima serie di linee guida sugli interventi di salute digitale (2019). Tutti questi sviluppi hanno creato nuove opportunità per rafforzare il dialogo intersettoriale.

11.3 Il ruolo del settore sanitario nella cooperazione intersettoriale

Il settore sanitario svolge un ruolo centrale nel dialogo e nel coordinamento intersettoriale. Ci si aspetta che i ministeri della Salute avviino tale coordinamento, sostengano soluzioni comuni, forniscano dati ed evidenze, negozino gli interventi e diano l'esempio. Tuttavia, nella maggior parte dei Paesi i ministeri della Salute non sono sufficientemente abili nel promuovere gli interessi della salute nei confronti di altri settori e ciò si rivela spesso un elemento di debolezza nella diplomazia della salute globale.

Dal punto di vista della diplomazia sanitaria, è importante che i ministeri della Salute perseverino nel porre le questioni sanitarie in primo piano nelle agende politiche e di politica estera dei loro Paesi. Questo permette di rafforzare l'influenza e il potere di aggregazione del settore sanitario nel dialogo multisettoriale sia a livello nazionale che internazionale.

Ci sono anche altri approcci che il settore sanitario dovrebbe prendere in considerazione per affrontare questioni intersettoriali. Ad esempio, su questioni che hanno un impatto multisettoriale significativo, è consigliabile cercare di prendere decisioni che coinvolgano l'intero governo, piuttosto che portare avanti una decisione presa esclusivamente dai ministeri della Salute. Allo stesso modo, il dialogo con i parlamenti e il loro feedback sulle principali questioni multisettoriali può rafforzare il sostegno politico e spesso legislativo, da essi fornito.

Altro strumento che i ministeri della Salute possono utilizzare efficacemente, e spesso lo fanno, è la valutazione già in fase iniziale dell'impatto sulla salute delle principali leggi e iniziative economiche in studio. Infine, il settore sanitario dovrebbe sfruttare il potenziale degli strumenti legali internazionali per ottenere risposte intersettoriali mi-

gliori. Ad esempio, la Convenzione quadro per il controllo del tabacco (FCTC) contiene obblighi vincolanti che si ripercuotono su diversi settori non sanitari. Allo stesso modo, l'attuazione completa di vari trattati non sanitari (che coprono aree come i diritti umani, il lavoro e l'ambiente) di cui la maggior parte dei Paesi è parte, può contribuire a migliorare i risultati sanitari nazionali.

La conduzione dei negoziati sulla salute globale

Dodici consigli per il successo dei negoziati sulla salute globale

1. Essere preparati a tutti gli scenari.
2. Iniziare offrendo una chiara *road map*, un programma e delle scadenze.
3. Creare fiducia con il Segretariato (staff dell'OMS).
4. Comprendere l'argomento: documentarsi e consultare gli esperti.
5. Conoscere i propri partner e i loro punti di forza e di debolezza; individuare fino a che punto sono disposti a scendere a compromessi (le loro linee rosse: *red lines*); considerare quanto possono essere flessibili nelle loro posizioni.
6. Identificare eventuali interessi di parte: ambizioni personali, agende geopolitiche e così via.
7. Creare alleanze con gli Stati membri più importanti, con i gruppi che condividono gli stessi orientamenti nei luoghi di negoziazione, con i colleghi diplomatici e così via.
8. Conoscere e applicare correttamente il sistema procedurale.
9. Adattarsi al contesto culturale.
10. Essere consapevoli delle tattiche: chiedere tempo, introdurre compromessi costruttivi, pacchetti, soluzioni per salvare la propria reputazione e così via.
11. Considerare le opzioni al di fuori della sala conferenze: riunioni collaterali informali, pause caffè.
12. Ricordare che nulla è concordato finché non è tutto concordato.

12.1 Competenze per la diplomazia della salute globale

La competenza può essere definita come un insieme di abilità, conoscenze e attitudini che consentono alle persone di ottenere buone prestazioni sul lavoro. Un recente studio qualitativo ha esplorato lo stato della gestione delle competenze nel servizio diplomatico finlandese, cercando di identificare le principali caratteristiche di un diplomatico competente (Kallinen, 2016). L'OCSE ha sviluppato un quadro di competenze per i dipendenti ai vari livelli dell'Organizzazione (OCSE, 2014) e molti degli elementi di que-

sto quadro, simile a una checklist, si applicano anche alla diplomazia della salute globale (cfr. **Riquadro 15**). Anche l'OMS ha un proprio modello di competenze.[1]

Un'efficace diplomazia della salute globale richiede il lavoro coordinato di esperti di varie discipline con competenze diverse, in particolare esperti di politica estera e di salute pubblica. I diplomatici che si occupano di salute globale possono avere diversi background e, di conseguenza, la loro conoscenza della salute pubblica globale e delle politiche sanitarie varia notevolmente. L'esperienza suggerisce che le istituzioni degli Affari esteri incaricate di formare i diplomatici devono dotarli di ulteriori conoscenze, competenze e abilità nella comunicazione sulla salute e nell'analisi e nell'etica della salute pubblica, in modo che essi siano in grado di promuovere la salute globale in modo più efficace. Allo stesso modo, le istituzioni di salute pubblica che formano gli operatori sanitari devono garantire che questi acquisiscano competenze diplomatiche e una buona conoscenza delle lingue straniere e delle questioni di politica estera.

I negoziati in seno all'Assemblea mondiale della sanità richiedono che i diplomatici e gli esperti degli Stati membri indossino, per così dire, diversi "cappelli": oltre a partecipare alla struttura formale dell'Assemblea mondiale della sanità (con le riunioni plenarie e le riunioni dei due comitati), essi prendono parte anche alle riunioni dei gruppi di lavoro, e sono coinvolti in consultazioni regionali e incontri informali con le controparti di Paesi con interessi simili e con attori non statali. Ulteriori interazioni informali hanno luogo in occasione di riunioni di coordinamento, eventi collaterali e *briefing* tecnici. Non vanno sottovalutati nemmeno gli incontri informali durante le pause caffè e i ricevimenti. La maggior parte dei negoziati sostanziali si svolge all'interno dei cosiddetti *drafting groups* (gruppi di redazione), al di fuori dei comitati. Le ONG non possono partecipare alle riunioni dei gruppi di redazione, riservate agli Stati membri e al personale principale dell'OMS.

Garantire che i diplomatici abbiano una combinazione di competenze diverse aumenta la professionalità dei negoziati della diplomazia della salute globale e la probabilità di ottenere risultati positivi. La Thailandia ha costruito sistematicamente meccanismi e capacità nazionali per preparare i giovani professionisti alla diplomazia della salute globale; le autorità hanno riconosciuto l'importanza della formazione, dello sviluppo delle competenze e della loro messa in pratica in situazioni reali come l'Assemblea mondiale della sanità.

---

[1] Enhanced WHO global competency model: https://www.who.int/publications/m/item/enhanced-who-global-competency-model

12.2 Comprendere i valori

La salute globale consiste nel fornire beni pubblici a livello globale. I valori sono pilastri fondamentali nei negoziati sulla salute globale. La dignità e i diritti umani, l'equità e l'accesso universale sono princìpi chiave che devono essere presi in considerazione quando si cerca di raggiungere questi obiettivi. Poiché alcuni Paesi possono esprimere i propri valori e preferenze o insistere sul proprio modo di interpretare i valori universali, ciò può generare attriti durante i negoziati. I Paesi possono persino tracciare "*red lines*" (linee rosse), rendendo più difficile il raggiungimento di un compromesso accettabile e questo accade sempre più spesso, anche nei negoziati sulla salute globale.

Ad esempio, a New York, nel 2016, i negoziati sul documento finale della *UN General Assembly Special Session on the World Drug Problem* non sono riusciti a superare la linea rossa tracciata dai Paesi contrari all'abolizione della pena di morte per i reati legati alla droga. I Paesi che considerano la pena capitale per tali reati una violazione dei diritti umani hanno infine accettato di rinunciare alla loro posizione e di firmare una Dichiarazione che non menziona l'abolizione della pena di morte. Tuttavia, pochi minuti dopo l'adozione della stessa, questi Paesi hanno presentato le loro opinioni opposte all'Assemblea Generale e hanno espresso le loro riserve sul testo della Dichiarazione. È evidente che la mancata approvazione della Dichiarazione come risultato della Sessione speciale avrebbe comportato un rischio maggiore per la salute globale e per i diritti umani rispetto al fatto di aver accettato a malincuore di non includere tale questione nel testo.

Nei negoziati sulla salute globale vi sono diversi argomenti sui quali i Paesi percepiscono i valori universali in contrasto con i propri valori o interessi. Tra questi vi sono l'accesso equo ai farmaci (che pone una sfida ai quadri di riferimento sulla proprietà intellettuale e agli interessi delle industrie farmaceutiche nazionali), i diritti sessuali e riproduttivi, i diritti delle minoranze sessuali, il finanziamento *out-of-pocket* della salute da parte dei cittadini (un concetto inaccettabile per alcuni Paesi) e la riduzione del danno (nonostante sia stata raccomandato dall'OMS questo tipo di intervento rimane inaccettabile per alcuni Stati membri).

A volte i Paesi possono tracciare le loro *red lines* sulla base di considerazioni empiriche, piuttosto che di argomentazioni basate sui valori. Per esempio, l'opposizione della Finlandia alla vaccinazione di ogni individuo contro l'epatite B si basa su studi epidemiologici nazionali e su considerazioni di costo-efficacia. Tuttavia, questa posizione è in contrasto con la nozione di copertura vaccinale universale volta a raggiungere l'eradicazione definitiva della malattia.

12.3 Tattiche di negoziazione e risoluzione dei conflitti

Quali sono le principali tattiche di negoziazione e perché l'OMS preferisce il processo decisionale per consenso?

Nella negoziazione, le "tattiche" si riferiscono all'uso sapiente dei mezzi a disposizione per raggiungere il risultato desiderato. Nella diplomazia della salute globale si possono distinguere due diversi tipi di tattiche negoziali: **tattiche di tipo politico** (contrattazione integrativa) e **tattiche di tipo transazionale** (contrattazione distributiva).

Nelle tattiche di tipo politico, le parti condividono i loro punti di vista e valori e si sforzano di raggiungere un compromesso ragionevole (o una situazione vantaggiosa per tutti), come avviene di solito durante i negoziati degli organi direttivi dell'OMS. Nelle tattiche di tipo transazionale prevalgono gli aspetti di potere: una parte di solito vince a scapito di un'altra, ad esempio quando si negozia un contratto commerciale per la fornitura di farmaci. Il sistema delle Nazioni Unite preferisce il processo decisionale per consenso, in quanto conferisce legittimità ai risultati dei negoziati: essi hanno quindi maggiori probabilità di essere attuati e sono meno costosi in termini politici. Tuttavia, questo approccio spesso richiede molto tempo, nasconde divisioni politiche e ideologiche e può ostacolare un'azione rapida in caso di emergenza.

La contrattazione integrativa o win-win **(vantaggiosa per tutti)** si riferisce a quella contrattazione in cui si cerca di trovare una soluzione che lasci tutti soddisfatti. Questo approccio richiede che le parti collaborino e arrivino a un compromesso facendo alcune concessioni. È la strategia negoziale preferita nella diplomazia della salute globale.

Gli elementi essenziali della contrattazione integrativa nei negoziati sono:

- *Identificazione degli interessi:* cercare di capire gli interessi di ciascuna parte e come questi possano essere soddisfatti attraverso una soluzione vantaggiosa per tutti.
- *Persone:* separare le persone dal problema. Quanto migliore è il rapporto tra i negoziatori, tanto più è probabile che si raggiunga la migliore soluzione per tutti.
- *Alternative:* è fondamentale pensare alle alternative anche prima dell'inizio dei negoziati. Se i negoziati non portano a un accordo, avere delle alternative significa che le discussioni possono essere riprese in un secondo momento.
- *Opzioni:* proporre opzioni realistiche insieme alle altre parti aiuta a raggiungere una

soluzione vantaggiosa per tutti. Questo può essere fatto attraverso un brainstorming collettivo.

- *Legittimità:* a volte può accadere che due (o più) parti propongano soluzioni incompatibili. In questi casi, optare per una soluzione, anche se sembra equa, potrebbe portare a risentimenti. Invece, un processo decisionale congiunto può aiutare a raggiungere un accordo.
- *Impegni:* i negoziati possono avere successo solo se tutte le parti rispettano gli esiti e mantengono le loro promesse.
- *Comunicazione:* una buona capacità di comunicazione è importante per raggiungere la soluzione migliore e può aiutare a superare lo scetticismo o l'ostilità delle altre parti.

La contrattazione distributiva (*win-lose*), è una strategia di contrattazione competitiva in cui una parte guadagna solo se l'altra perde qualcosa. L'obiettivo finale, in un approccio di contrattazione distributiva, non è quello di raggiungere una situazione di vantaggio per tutti (*win-win*), ma che una parte ottenga il massimo possibile. Entrambe le parti cercheranno di ottenere la quota massima dal bene o dalla risorsa che deve essere distribuita. I negoziati di salute globale cercano di evitare questa situazione.

Strategia di negoziazione distributiva	Strategia di negoziazione integrativa
La negoziazione distributiva indica una tecnica di negoziazione in cui le parti cercano di ottenere il massimo valore per se stesse, da risorse ben definite.	La negoziazione integrativa può essere descritta come una strategia negoziale che cerca di risolvere la controversia con una soluzione reciprocamente accettabile.
La negoziazione distributiva è una strategia competitiva.	La negoziazione integrativa utilizza un approccio collaborativo.
La negoziazione distributiva ha un orientamento *win-lose*.	La negoziazione integrativa si basa sull'orientamento *win-win*.
Quando le risorse sono limitate, la negoziazione distributiva è migliore.	La negoziazione integrativa viene utilizzata quando le risorse sono abbondanti.
Nella negoziazione distributiva, l'interesse personale e il profitto individuale motivano le parti.	Nella negoziazione integrativa l'interesse reciproco e il guadagno agiscono come motivazione per le parti coinvolte.
La negoziazione distributiva discute solo una questione alla volta.	In una negoziazione integrativa si tiene conto di più questioni.
La negoziazione distributiva prevede un ambiente controllato e selettivo.	Il clima di comunicazione è aperto e costruttivo in una negoziazione integrativa.

Fonte: Vskills (2019).

Come gestire i conflitti?

I conflitti possono sorgere in qualsiasi momento di una negoziazione. La causa più comune di conflitto sono gli interessi opposti. La risoluzione dei conflitti dipende in gran parte dall'utilizzo delle seguenti tattiche:

- È importante sviluppare buoni rapporti personali e di fiducia reciproca con le altre parti negoziali e comprendere la loro prospettiva, il loro background culturale, i loro interessi e i loro vincoli. Una cena informale all'inizio del negoziato può fare molto in questo senso. L'uso dell'umorismo può talvolta contribuire a diminuire le tensioni; anche una pausa può calmare l'atmosfera.
- È essenziale comprendere il contesto del negoziato stesso e delle varie parti, nonché individuare le questioni importanti. Se sembra probabile che una certa parte non faccia concessioni, rivolgersi ad altri attori chiave con opinioni simili a quelle della parte in questione può essere utile per individuare i modi per raggiungere un compromesso.
- Le dichiarazioni di apertura sono fondamentali nelle trattative perché stabiliscono un punto di riferimento per le aspettative di tutte le parti interessate. Una dichiarazione di apertura ottimistica crea grandi aspettative, ma il rischio è che se l'accordo raggiunto non è all'altezza dell'atteso, può essere percepito come un fallimento, anche se in realtà è un buon risultato.
- Riaffermare gli obiettivi comuni – compresi i princìpi fondamentali che stanno alla base della salute globale e dei diritti umani: aiuta a ricordare ai partecipanti i loro valori comuni.
- Può essere molto utile concordare misure oggettive dei risultati da raggiungere, perché in questo modo si ha un modo pratico di valutare le varie soluzioni proposte.
- La soluzione creativa dei problemi per giungere a nuovi risultati è possibile nel corso dei negoziati formali, ma richiede che il Presidente (*chairperson*) dimostri di essere un leader e che le parti si fidino l'una dell'altra.
- In genere, i negoziatori partono da una posizione conservatrice che riflette i loro interessi; poi fanno concessioni, iniziando spesso con manovre più ampie e procedendo ad aggiustamenti su piccola scala in risposta alle concessioni fatte dalle altre parti.

- Sebbene possa sembrare importante raggiungere un risultato particolare, se questo può essere ottenuto solo attraverso la successiva ratifica o attuazione dell'accordo da parte di altre parti, la vittoria ottenuta durante i negoziati non avrebbe alcun significato. È quindi fondamentale che il maggior numero possibile di parti sia soddisfatto del risultato.
- Le parti negoziali devono ricordare che non si concorda nulla se non si concorda tutto, il che spesso significa passare da una parte all'altra del documento e concordare contemporaneamente diverse questioni.
- Ci sono spesso sessioni notturne, soprattutto l'ultimo giorno, quando la scadenza incombente per la conclusione dei negoziati crea ulteriore pressione sulle parti per raggiungere un accordo. Ciò significa che i diplomatici devono essere preparati ad affrontare lunghe ore di lavoro.

12.4 Comprendere le regole e le procedure

Una buona comprensione delle regole e delle procedure pertinenti è fondamentale nei negoziati multilaterali. Nell'OMS, il regolamento interno degli organi direttivi determina il corso dei lavori, stabilendo chi può parlare, quando e in quali circostanze. Le regole procedurali possono anche essere utilizzate dalle delegazioni per ottenere vantaggi tattici. Di seguito vengono definiti alcuni termini chiave:

- la **procedura** si riferisce al modo in cui si svolge la conferenza; è stabilita dal regolamento interno.
- Il **regolamento procedurale** è un documento che descrive in dettaglio il funzionamento di una conferenza. Definisce le responsabilità del Presidente e spiega, tra l'altro, come trattare una mozione procedurale o quali sono le conseguenze di una violazione del regolamento. Nel caso di conferenze già consolidate, le regole procedurali sono state in genere già concordate per le sessioni precedenti. Nel caso di una nuova conferenza, le regole procedurali devono essere concordate da tutte le parti prima dell'inizio della sessione.
- Per **processo** si intende il modo in cui viene gestita una proposta, in particolare la sequenza delle fasi coinvolte. Tutti i processi formali pertinenti sono descritti anche nel regolamento interno.

12.5 Comprendere gli attori e i partner della salute globale nel proprio Paese

Le competenze diplomatiche iniziano con lo sviluppo della capacità di ascoltare e comprendere i punti di vista degli altri. Gli attori nel campo della salute globale sono molto diversi tra loro, spaziando dal governo, dall'accademia e dal settore privato alle comunità locali e alla società civile. Per avere successo nella diplomazia della salute globale è necessario innanzitutto ottenere il sostegno delle autorità nazionali. Inoltre, è necessario costruire una solida base negoziale a Ginevra (e in altri centri internazionali) che conosca le questioni in gioco e si avvalga di analisi esaustive condotte da esperti, società civile e altre parti interessate. Una posizione accuratamente preparata deve essere approvata dal governo. Per svolgere questi compiti sono necessarie diverse competenze, non ultima la capacità di costruire un buon rapporto di lavoro con i funzionari delle capitali e con i colleghi diplomatici del forum in cui si svolgono i negoziati.

Il primo interlocutore del governo saranno i diplomatici dei ministeri degli Affari esteri e della Cooperazione allo Sviluppo, nonché i responsabili delle politiche sanitarie. Al ministero degli Affari esteri, si dovrebbero consultare i consiglieri politici del ministro, i diplomatici che gestiscono le relazioni con l'ONU e altre organizzazioni multilaterali e i diplomatici che si occupano delle entità continentali/regionali e delle agenzie che forniscono aiuti bilaterali nella cooperazione allo sviluppo internazionale.

È altrettanto essenziale comprendere il ruolo e gli obiettivi strategici del ministero della Salute e identificare gli attori chiave del processo decisionale all'interno del ministero. Il ministero della Salute si concentra spesso su salute pubblica e sicurezza pubblica all'interno dei confini nazionali e generalmente si interessa meno alle questioni globali, ad eccezione delle malattie trasmissibili, della preparazione alle emergenze e dell'attuazione del Regolamento sanitario internazionale.

All'interno del Paese, il dialogo con il governo dovrebbe estendersi ad altri ministeri – compresi quelli responsabili non solo delle finanze, del commercio e dell'agricoltura

(cioè delle questioni che rientrano nell'approccio "*One Health*"[2]), ma anche dell'istruzione, dell'uguaglianza di genere e della famiglia e a enti specializzati, come l'agenzia nazionale incaricata della valutazione e della supervisione dei prodotti medicinali. I collegamenti tra la sanità e gli altri settori sono descritti in dettaglio nel **Capitolo 11**.

12.6 Comprendere le posizioni di altri attori

I negoziati con gli altri governi saranno condotti in varie capitali, ma per lo più si svolgeranno come "**diplomazia di prima linea**" a Ginevra e New York, e anche in forum multilaterali *ad hoc*. A Ginevra, i negoziati coinvolgono principalmente i colleghi diplomatici delle missioni. In altri forum negoziali, come il G7 o il G20, i diplomatici in prima linea coinvolti nei negoziati sono chiamati "*sherpa*". In questo senso, stabilire e ampliare i **contatti personali** e **costruire reti** è una risorsa importante per i negoziati futuri. Le reti possono assumere la forma di strutture o alleanze formali. Tuttavia, le reti più efficaci sono informali e basate su relazioni interpersonali.

Stabilire un buon rapporto con le delegazioni che la pensano allo stesso modo e costruire alleanze è essenziale per garantire un risultato favorevole nei negoziati. Le alleanze possono essere create con i Paesi partner naturali – ad esempio, all'interno di un blocco regionale o politico – o su base *ad hoc*, a seconda della questione in discussione. Anche se un governo partner può avere opinioni diverse, ciò non deve escludere la ricerca di un rapporto personale con i suoi rappresentanti.

Il **rispetto delle opinioni altrui e la sensibilità alle differenze culturali** sono fondamentali. Oltre alle competenze, possono essere determinanti l'empatia (cioè la capa-

[2] La visione olistica *One Health* si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente. Le organizzazioni del cosiddetto Quadripartito – la FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura), il UNEP (Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente), la WOAH (Organizzazione Mondiale per la Salute Animale) e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) – collaborano per mitigare l'impatto delle sfide sanitarie attuali e future all'interfaccia umano-animale-pianta-ambiente a livello globale, regionale e nazionale. Rispondendo alle richieste internazionali per prevenire future pandemie e promuovere la salute in modo sostenibile attraverso l'approccio *One Health*, il Quadripartito ha sviluppato il *Piano di azione congiunto One Health* (2022–2026) (OH JPA) e la guida all'implementazione. L'OH JPA delinea l'impegno delle quattro organizzazioni nel sostenere collettivamente e supportare l'attuazione di *One Health*. Integra e aggiunge valore alle esistenti iniziative globali e regionali di *One Health* e coordinamento, mirate a rafforzare la capacità di affrontare rischi sanitari complessi e multidimensionali con sistemi sanitari più resilienti a livello globale, regionale e nazionale.

cità di vedere il mondo dalla prospettiva altrui) e l'intelligenza emotiva (cioè la capacità di comprendere le proprie emozioni e quelle degli altri). Rimanere sempre cortesi aiuta a mantenere viva la discussione, anche in un contesto teso e difficile.

Comprendere la posizione del partner richiede pazienza e la capacità di mettere da parte per un po' le proprie convinzioni e opinioni. Può essere più difficile, invece, comprendere le ragioni che stanno alla base della posizione delle altre parti. A volte le ragioni sono immediatamente evidenti, ad esempio se il negoziato riguarda un argomento su cui l'altra delegazione ha sempre preso una posizione pubblica forte (ad esempio, gli Stati Uniti sulla salute sessuale e riproduttiva o la Federazione Russa sulla riduzione del danno). A volte le ragioni sono meno ovvie, soprattutto se sono legate a un altro punto dell'agenda politica o commerciale del Paese interessato. Così, la salute può essere usata come mezzo per raggiungere altri obiettivi, come promuovere le esportazioni di medicinali e infrastrutture mediche. In altri casi, è possibile che la posizione adottata da un Paese negoziatore favorisca deliberatamente gli obiettivi politici di una terza parte. È essenziale non solo ascoltare ciò che viene detto, ma anche come viene detto, in modo da poter rispondere nella maniera più appropriata.

Infine, l'**assertività** è un prerequisito per essere in grado di influenzare gli altri e per muoversi verso una soluzione di compromesso nei negoziati. L'assertività non deve essere vista solo come un'abilità personale: è anche influenzata dalla preparazione accurata ai negoziati.

→ È essenziale che i rappresentanti della società civile siano coinvolti in modo significativo nei lavori preparatori dei negoziati sulle questioni di salute globale.

PEXELS – RDNE

Impegnarsi con le organizzazioni non governative

Le comunità di vario tipo e la società civile nel suo complesso sono attori chiave della salute globale. È essenziale che i rappresentanti della società civile siano coinvolti in modo significativo nei lavori preparatori dei negoziati sulle questioni di salute globale.

Le ONG che operano nel campo della salute sono in grado di portare le prospettive dei pazienti al tavolo dei negoziati. Spesso sono in grado di raggiungere comunità vulnerabili e stigmatizzate più facilmente dei governi e degli operatori sanitari e l'impegno della società civile e delle comunità locali garantisce una programmazione sanitaria più rispondente ai bisogni delle persone.

Inoltre, la società civile svolge un altro ruolo importante, raccogliendo e analizzando i dati a cui gli enti pubblici non possono accedere facilmente. Le reti di organizzazioni della società civile in Eurasia e in altre parti del mondo, ad esempio, hanno raccolto la maggior parte dei dati epidemiologici sull'HIV relativi ai lavoratori e lavoratrici del sesso (*sex workers*) e agli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini in Paesi in cui questi gruppi sono stigmatizzati e criminalizzati.

Impegnarsi con la società civile di solito significa entrare in contatto con organizzazioni "ombrello" e reti di coordinamento (piuttosto che con singole ONG) che possono offrire le prospettive delle varie organizzazioni che ne fanno parte e che spesso hanno acquisito una notevole esperienza in materia di salute globale e diplomazia della salute globale.

A tal riguardo, il Fondo Globale, l'Alleanza Gavi e UNAIDS sono tre organismi decisionali multilaterali nel campo della salute globale in cui le comunità e la società civile sono rappresentate come partner negoziali a pieno titolo, e non semplicemente come fornitori di input per altri negoziatori.

Coinvolgere il settore privato

Le opinioni del settore privato profit non sono raccolte così frequentemente dai diplomatici quando si preparano ai negoziati multilaterali. I diplomatici tendono a consultare l'industria farmaceutica, ad esempio, su questioni specifiche, come le misure di preparazione all'influenza.

Il punto di vista del settore privato è tuttavia chiaramente distinguibile nei forum in cui si svolgono i negoziati. Alcune organizzazioni ombrello – ad esempio la *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations* (Federazione internaziona-

le dei produttori e delle associazioni farmaceutiche) – sono presenti a Ginevra e in altri centri di diplomazia della salute globale e sono molto attive.

Coinvolgere le competenze accademiche

La preparazione dei negoziati richiede una comprensione completa della questione in corso e delle implicazioni della risoluzione o di altri documenti da negoziare. Questo è il tipo di informazioni che un diplomatico dovrebbe richiedere agli esperti, di solito quelli che hanno sede nel suo Paese, anche se è possibile consultare esperti nazionali che lavorano per un'organizzazione internazionale competente a Ginevra. All'interno di una circoscrizione o di un'alleanza – ad esempio, tra i Paesi dell'UE o dell'UA a Ginevra – i Paesi membri possono decidere di delegare il compito di raccogliere le prospettive degli esperti ("*burden-sharing*") a un Paese con esperienza nella materia in questione, in modo da evitare la duplicazione degli sforzi.

RIQUADRO 15 Competenze necessarie per condurre negoziati sulla salute globale

- Capacità di rappresentare e combinare due culture professionali (salute pubblica e diplomazia).
- Conoscenza delle relazioni diplomatiche e comprensione multidisciplinare di come questioni quali la sicurezza, il commercio, la giustizia sociale e lo sviluppo influiscano sulla salute globale.
- Consapevolezza degli attori nuovi ed emergenti nel campo della salute globale.
- Conoscenza dell'evoluzione della diplomazia della salute globale e comprensione dei suoi principali concetti e meccanismi, tra cui la governance della salute globale, i beni pubblici globali e i principali cambiamenti nell'ambiente politico globale.
- Consapevolezza dei fattori determinanti della salute globale e comprensione dei loro legami con altri aspetti della politica estera.
- Comprensione dei valori morali ed etici alla base della salute globale e di come tali valori siano interpretati da diverse prospettive culturali.
- Familiarità con i processi di negoziazione e abilità nella pratica della negoziazione.
- Apprezzamento della natura multinazionale e multilaterale della diplomazia della salute globale, compresi:
  - i ruoli delle sedi e degli attori principali, la comprensione delle loro prospettive e di come relazionarsi con loro;
  - gli strumenti della diplomazia della salute globale: diritto internazionale, trattati, accordi, convenzioni, protocolli, dichiarazioni, strategie e codici;
  - i meccanismi essenziali della diplomazia della salute globale: *advocacy*, consultazione, conciliazione e arbitrato.

In un mondo complesso e interconnesso, c'è un crescente bisogno di evidenze e di competenze per la definizione delle politiche. L'analisi esperta di scienziati e accademici può essere di grande aiuto. Gli scienziati dovrebbero condividere le migliori evidenze disponibili, ma allo stesso tempo riconoscere i limiti di ciò che la scienza può fare e i responsabili politici dovrebbero essere ricettivi ai pareri scientifici indipendenti, anche quando questi non sono quelli che si aspettavano o volevano sentire.

Tuttavia, le evidenze scientifiche sono solo uno dei tanti tipi di informazioni che confluiscono nel processo decisionale. Gli altri input includono i valori etici, la cultura, la politica e la considerazione dell'impatto che qualsiasi decisione o risoluzione negoziata potrebbe avere su altre aree politiche. Pertanto, le opinioni degli esperti non dovrebbero essere ottenute solo dal mondo accademico; è importante raccogliere anche i pareri degli enti governativi competenti, del settore privato e delle ONG.

12.7 Presiedere i negoziati

Qual è il ruolo del Presidente nei negoziati (sulla salute globale)?

Il ruolo del Presidente è quello di garantire che il processo negoziale si svolga in modo efficiente e ordinato, in conformità con le regole procedurali, e di guidare il processo fino alla conclusione. Prima dell'inizio dei negoziati, per presiedere i lavori, viene eletto un Presidente che sia gradito a tutte le parti, assistito da un segretariato. Il Presidente deve rimanere neutrale durante i negoziati. Questo è un principio fondamentale per il successo, che deve essere mantenuto con coerenza e non deve essere eroso in un contesto geopolitico difficile.

Il Presidente è determinante per il successo dei negoziati sulla salute globale. Oltre a garantire il rispetto delle regole e dei processi abituali, ha una notevole influenza sull'atmosfera che regna durante i negoziati. Se i negoziati non sono gestiti bene, è molto più difficile raggiungere i risultati desiderati.

Quali sono i compiti del Presidente?

Il ruolo del Presidente è essenziale in tutte le fasi del processo negoziale. Prima dell'inizio dei negoziati, questi deve prepararsi a fondo, pensare ai risultati possibili e desiderabili e valutare come raggiungerli al meglio. Durante i negoziati, se questi pro-

cedono secondo i piani e verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Presidente funge da facilitatore. Tuttavia, se i negoziati si muovono in una direzione che potrebbe portare a risultati non positivi, il Presidente deve assumere un ruolo più attivo e trovare soluzioni creative per raggiungere gli obiettivi perseguiti.

Che tipo di sfide può incontrare il Presidente durante i negoziati?

Il Presidente deve agire come mediatore o facilitatore, non come parte interessata. Nel presiedere le riunioni, i diplomatici sanitari possono trovarsi ad affrontare molte sfide, tra cui le seguenti:

- da un lato, la costruzione del consenso richiede tempo (questo aspetto è spesso sottolineato dai Paesi a basso reddito, preoccupati dell'influenza smodata che i Paesi ricchi possono esercitare); dall'altro, i principali Paesi donatori sono ansiosi di trovare soluzioni rapide. Dietro questo antagonismo si può scorgere il perenne dilemma dell'OMS tra l'essere strettamente tecnico e l'assumere un ruolo politico. Tuttavia, la comunità internazionale si aspetta entrambe le cose, ovvero soluzioni politiche basate su prove evidenti.
- Ai diplomatici di Ginevra può essere dato troppo peso nelle discussioni. Non sono molte le missioni che dispongono di un addetto alla salute ben preparato o talvolta anche solo di uno specialista in materia. Questo porta a lunghe consultazioni con le autorità nazionali nella capitale.

Quali sono le qualità essenziali per condurre con successo una negoziazione?

Il Presidente deve possedere alcune qualità per condurre con successo il processo negoziale:

- una visione complessiva dei valori della salute globale e la consapevolezza del contesto politico e della situazione vista da tutte le prospettive, in modo da poter inquadrare la questione in maniera accettabile per tutti i partecipanti;
- l'intelligenza emotiva per comprendere ed empatizzare con prospettive diverse e la capacità di influenzare il pensiero e l'azione al di là dei confini nazionali, culturali e istituzionali, promuovendo una comprensione condivisa e un senso di scopo comune;
- la capacità di incoraggiare e attingere alla leadership condivisa di altri individui,

istituzioni e organizzazioni con competenze e prospettive diverse, incoraggiandoli ad agire insieme per raggiungere obiettivi comuni;

- l'integrità personale, l'autoconsapevolezza, la pazienza e l'autocontrollo necessari per condurre i negoziati in modo imparziale e per dire la verità a chi di dovere, guadagnando così la fiducia di persone provenienti da Paesi e organizzazioni diverse;
- il coraggio di andare oltre il convenzionale, di prendere l'iniziativa e di essere leader.

Come può il Presidente influenzare il processo negoziale?

Ci sono alcune risorse attraverso le quali il Presidente è in grado di influenzare il processo negoziale:

- **le regole di procedura e i processi abituali:** definiscono i poteri del Presidente e le opzioni di processo che possono essere utilizzate con giudizio per orientare i negoziati in una direzione produttiva (ad esempio, le proposte del tipo "testo del Presidente");
- **atmosfera:** il Presidente svolge un ruolo importante nel garantire che l'atmosfera rimanga positiva e costruttiva;
- **tempo:** il tempo a disposizione dipende in larga misura dal Presidente, che può concedere più tempo per alcuni punti all'ordine del giorno o limitare il tempo a disposizione per interventi che non servono al risultato desiderato;
- **controllo sulle opportunità di parlare:** il Presidente stabilisce chi ha il diritto di parlare in un determinato momento del procedimento. Può quindi dare la parola ai gruppi sottorappresentati e incoraggiare gli interventi costruttivi e, al contrario, limitare le opportunità di parola per coloro i cui interventi non sono utili;
- **informazioni:** il Presidente monitora da vicino il processo di negoziazione e di solito dispone di un maggior numero di informazioni grazie ai suoi colloqui con le parti;
- **sostegno:** le parti comprendono che, per raggiungere un risultato soddisfacente per tutti, devono sostenere il Presidente durante tutto il processo;
- **prestigio:** il Presidente è stato accettato da tutte le parti ed è il leader riconosciuto dei negoziati.

Di seguito sono riportati due esempi di risultati memorabili nella presidenza dei negoziati dell'OMS:

- Le deliberazioni finali sul **Codice globale di condotta dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario (2010)**: l'Assemblea mondiale della sanità, nella sua 63a sessione, ha immediatamente inviato la bozza – tecnicamente ben elaborata – a un gruppo di redazione a porte chiuse con un Presidente esperto della Thailandia, per concentrarsi sul testo e non sull'ideologia. Il Presidente non ha permesso alcun dibattito politico e ha esaminato il testo della bozza di Codice, disposizione per disposizione, finché non è stato raggiunto il consenso. Tuttavia, sono stati necessari molti compromessi. Ad esempio, la natura prescrittiva è stata attenuata eliminando termini come "standard" o "conformarsi" e cambiando "dovrebbe" con "dovrebbe considerare": senza queste modifiche, i Paesi destinatari avrebbero rifiutato il Codice. In seguito è emerso chiaramente che il prezzo del così tanto agognato consenso era rappresentato da ulteriori carenze nell'attuazione a causa del testo ammorbidito.
- Negoziati sul **Quadro di riferimento per la preparazione all'influenza pandemica per la condivisione dei virus influenzali e l'accesso ai vaccini e ad altri benefici** (*Pandemic Influenza Preparedness Framework for the Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits* 2006-2011): dopo quattro anni di aspre acrimonie, l'accordo sul quadro di riferimento è stato raggiunto in un gruppo di lavoro aperto presieduto dagli ambasciatori messicano e norvegese dell'epoca, che sono riusciti a ottenere l'approvazione di ogni Stato membro dopo che un'intesa speciale con i direttori generali delle principali aziende era stata costruita al di fuori dei negoziati formali.

Esempi di diplomazia della salute globale

Questo capitolo presenta alcuni esempi recenti di diplomazia della salute globale. Tali esempi sono stati selezionati per riflettere l'ampio spettro e la complessità della negoziazione multilaterale delle questioni sanitarie nel XXI secolo e per illustrare le varie caratteristiche e i tipi di relazioni nella diplomazia della salute globale descritti nei capitoli precedenti.

13.1 Accesso ai farmaci

Una delle questioni più annose e controverse della diplomazia della salute globale è l'accesso ai farmaci. Questo tema deve essere considerato in relazione alle questioni più ampie su chi beneficerà del progresso scientifico e tecnologico e fino a che punto la conoscenza è un bene pubblico globale. I costi dei farmaci non sono più un onere esclusivo dei Paesi a basso o medio reddito: i progressi in aree come lo sviluppo di farmaci antitumorali hanno creato una sfida finanziaria anche per i Paesi ad alto reddito.

Il sistema globalizzato dei diritti di proprietà intellettuale dell'OMC ha portato a una nuova generazione di processi e accordi negoziali multilaterali, regionali e bilaterali nelle aree di intersezione tra commercio, proprietà intellettuale e salute. Gli accordi dell'OMC hanno valore di legge e sono sostenuti da un meccanismo vincolante di risoluzione delle controversie, che prevede l'imposizione di sanzioni in caso di mancato rispetto. Un pilastro centrale del regime internazionale dei brevetti è l'Accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio – Accordo TRIPS (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights – TRIPS Agreement*), un accordo legale internazionale tra tutti i Paesi membri dell'OMC che stabilisce gli standard minimi per la regolamentazione di molte forme di proprietà intellettuale da parte dei governi nazionali. L'Accordo TRIPS è stato negoziato tra il 1989 e il 1990 ed è gestito dall'OMC. I Paesi in via di sviluppo si sono opposti a molti elementi dell'accordo. Per quanto riguarda la salute, sono riusciti a ottenere una serie di "flessibilità", che sono state ribadite nel ciclo di negoziati commerciali di Doha avviato nel 2001, ma che lasciano ancora molto a desiderare. I negoziati sulla proprietà intellettuale, in particolare, illustrano sia il potere di lobbying delle aziende farmaceutiche che quello di advocacy della società civile. Sebbene

né le aziende farmaceutiche né le organizzazioni della società civile siano coinvolte direttamente nei negoziati, esse esercitano una notevole influenza sulle posizioni nazionali e sull'opinione pubblica dei Paesi membri dell'OMC.

La questione dell'accesso ai farmaci è anche un argomento di dibattito ricorrente all'interno dell'OMS. Dopo negoziati insolitamente controversi e accesi, nel maggio 2019 la 72a Assemblea mondiale della sanità ha adottato una risoluzione storica (WHA72.8) a favore di una maggiore trasparenza dei prezzi dei farmaci e di altri prodotti sanitari (cfr. **Caso studio 1**). Anche se le risoluzioni dell'OMS sono considerate *soft law*, in questa occasione gli Stati membri si sono discostati dal loro abituale approccio alla diplomazia sanitaria basato sul consenso: molti di loro hanno espresso apertamente il loro disaccordo sia con il contenuto della risoluzione proposta che con il processo di negoziazione. È stata anche la prima volta che una campagna concertata su Twitter (oggi X), in cui ministri e funzionari dei Paesi che si oppongono alla risoluzione sono stati oggetto di attacchi personali, è stata promossa dalla società civile.

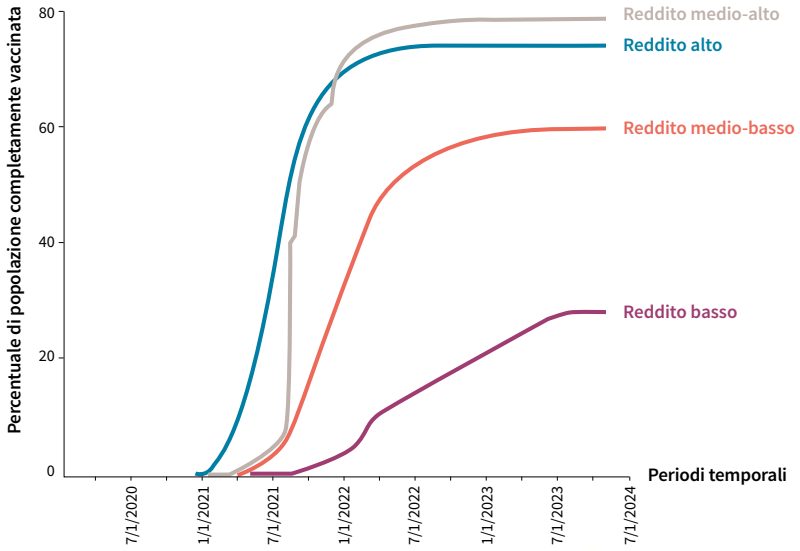
Il processo e i metodi utilizzati nei suddetti negoziati suggeriscono che l'approccio alla diplomazia della salute globale basato sul consenso potrebbe non essere più l'unico *modus operandi* dell'OMS.

13.2 La diplomazia dei vaccini

La crisi del COVID-19 ha rilanciato con forza il tema della diplomazia dei vaccini, riaprendo il dibattito su come garantire un accesso equo ed economicamente sostenibile ai vaccini di interesse pubblico globale.

Al momento della prima pubblicazione di questo libro (edizione inglese del 2021) e mentre i vaccini iniziavano a essere introdotti, esistevano divari significativi tra i Paesi per quanto riguardava il livello di accesso, alla diagnostica e alle forniture essenziali. Si prevedeva che la maggior parte dei Paesi ad alto reddito avrebbe avuto una ampia disponibilità di vaccini contro il coronavirus tra settembre 2021 e marzo 2022 – e così infatti è stato; i grandi Paesi a medio reddito e le economie emergenti tra settembre 2021 e l'estate del 2022, alcuni altri Paesi a medio reddito nel 2022 e i Paesi a basso reddito tra la primavera del 2022 e il 2023*.

La disuguaglianza nell'accesso ai vaccini contro il Covid-19
(https://data.undp.org/insights/vaccine-equity)



* *N.d.T.* Secondo la *Global Dashboard for Vaccine Equity di UNDP* (https://data.undp.org/insights/vaccine-equity) alla fine del 2023, mentre l'80% delle persone che vivono nei Paesi ad alto reddito erano state vaccinate con almeno una dose, nei Paesi a basso reddito questa percentuale era sotto il 33%. Questo significa che siamo ancora ben lontani dal principio di "equità vaccinale", secondo il quale i vaccini dovrebbero essere assegnati a tutti i paesi in base alle esigenze e indipendentemente dal loro status economico, mentre invece la distribuzione dei vaccini è prevalentemente determinata da questioni politiche, economiche, sociali, e diplomatiche.

La diplomazia dei vaccini si riferisce a tutti gli aspetti della diplomazia della salute globale relativi allo sviluppo, alla produzione e alla fornitura di vaccini come beni di salute pubblica. Tra le caratteristiche principali della diplomazia dei vaccini vi sono il suo possibile ruolo di intervento umanitario e la sua comprovata capacità di mediare la cessazione delle ostilità e i "cessate il fuoco" durante le campagne di vaccinazione.

La moderna diplomazia dei vaccini inizia con la creazione dell'Alleanza per i vaccini Gavi nel 2000, dopo che – alla fine degli anni '90 – era stato riconosciuto che la copertura dei sei vaccini di base nell'ambito del Programma di Immunizzazione dell'OMS (*WHO Expanded Programme on Immunization*) era in fase di stagnazione o di declino, e che altri vaccini, compresi i nuovi potenzialmente salvavita, erano troppo costosi per i Paesi a basso e medio reddito.

L'Alleanza Gavi è stata istituita per riunire le agenzie delle Nazioni Unite, i governi, l'industria dei vaccini e altre branche del settore privato, e la società civile, con l'obiettivo di migliorare la copertura vaccinale infantile nei Paesi poveri e fornire garanzie di acquisto futuro per i nuovi vaccini. Già nel 2018, i programmi finanziati da Gavi hanno raggiunto oltre 700 milioni di bambini. Molti Paesi hanno ottenuto l'accesso ai vaccini contro il rotavirus e l'*Haemophilus influenzae* di tipo B. L'Alleanza Gavi ha inoltre facilitato lo sviluppo di un nuovo vaccino contro lo *Streptococcus pneumoniae*.

Le epidemie di SARS, influenza H1N1, Ebola, MERS e Zika, insieme al crescente problema della resistenza antimicrobica, hanno reso la produzione, il finanziamento e la disponibilità di vaccini adeguati ed efficaci una questione politica ancora più delicata. Gli interessi geopolitici e nazionali hanno ostacolato i negoziati sulla vaccinazione. In questi negoziati, si è fatta sentire la "securizzazione" dell'agenda della salute pubblica, così come le lobby delle industrie mediche e farmaceutiche. La crescente insistenza sulla sovranità nazionale ha rallentato i negoziati globali. In particolare, durante il lungo processo della "Riunione intergovernativa sulla preparazione alle pandemie influenzali convocata dall'OMS: condividere i virus dell'influenza, l'accesso ai vaccini e altri benefici" (*WHO-convened Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits*, 2007-2010), per anni gli Stati membri non sono riusciti a trovare un'intesa perché non riuscivano a mettersi d'accordo sui beni da fornire ai Paesi a basso e medio reddito. L'Indonesia, ad esempio, era riluttante a condividere le sequenze virali. Alla fine si è giunti a un compromesso in base al quale i produttori farmaceutici non potevano più accedere ai dati e ai campioni dei ceppi virali circolanti per lo sviluppo di vaccini antinfluenzali, a meno che non si impegnassero ad

accettare accordi di condivisione dei benefici, tra cui la fornitura di una certa percentuale di vaccini antinfluenzali a prezzi fortemente scontati. Altri benefici includevano misure come il trasferimento di tecnologia e un migliore accesso ai reagenti diagnostici e ai kit di analisi dell'influenza, risorse che molti Paesi a basso reddito avevano in precedenza difficoltà a ottenere.

La pandemia COVID-19 ha riportato bruscamente alla ribalta la questione di come un vaccino possa raggiungere tutti coloro che ne hanno bisogno.

I leader politici e globali hanno chiesto che il vaccino anti-COVID-19 fosse trattato come un bene pubblico globale disponibile per tutti.[1] Il pieno potenziale dei vaccini non può essere realizzato se gli interessi nazionali e il potere economico determinano chi può accedervi, invece dei princìpi fondamentali di equità e di garanzia che la loro distribuzione possa avere un impatto ottimale sulla salute pubblica. Ciononostante, i Paesi ricchi si sono affrettati ad effettuare ordini anticipati per garantire l'accesso ai vaccini ai propri cittadini, prevedendo che l'offerta sarebbe stata limitata. Ciò solleva importanti questioni riguardanti l'accesso al vaccino per le popolazioni dei Paesi più poveri, in particolare per i Paesi a medio reddito che non possono beneficiare del sostegno dell'Alleanza Gavi o di altri meccanismi di aiuto internazionale.

L'attuale disordine nella governance multilaterale della salute e gli approcci nazionalistici, competitivi e orientati al libero mercato adottati da alcuni Paesi hanno messo in secondo piano il compito di rispondere alle domande fondamentali su come realizzare una cooperazione globale efficace e su chi dovrebbe avere accesso prioritario.

D'altra parte, diverse iniziative di diplomazia dei vaccini vanno nella giusta direzione. L'alleanza tra diversi Paesi dell'UE per l'acquisto congiunto anticipato di vaccini, ad esempio, ha imposto alle aziende farmaceutiche con cui l'UE stipula contratti di mettere a disposizione dei Paesi a basso reddito una parte delle forniture di vaccini. La COVAX Facility – che riunisce OMS, Alleanza Gavi, *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) e l'industria – consente ai Paesi partecipanti di mettere in comune le proprie risorse in modo da sostenere lo sviluppo di un numero maggiore di vaccini candidati rispetto a quanto un singolo Paese potrebbe fare da solo. Questa iniziativa utilizza inoltre investimenti "*push*" in strutture produttive e meccanismi "*pull*" (impegni di acquisto antici-

[1] UNAIDS. Uniting behind a people's vaccine against COVID-19. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 14 May 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200514_covid19-vaccine-open-letter, visitato il 16 novembre 2020).

pato) per incoraggiare i produttori a investire nell'aumento della produzione di vaccini e contribuire a condividere i rischi. Se un vaccino ha successo, le dosi che si rendono disponibili possono essere distribuite equamente attraverso la COVAX Facility tra i Paesi che si autofinanziano e che pagheranno le loro dosi, e i Paesi in via di sviluppo che altrimenti non sarebbero in grado di permettersi il vaccino.

Sono state destinate ingenti risorse alla ricerca e allo sviluppo di vaccini contro il virus responsabile del COVID-19. Garantire un accesso equo a tali vaccini richiede una forte governance globale e l'uso della diplomazia dei vaccini.

13.3 Inquinamento atmosferico

Le evidenze scientifiche possono svolgere un ruolo strategico nella negoziazione di importanti accordi e negli ultimi decenni, l'OMS è stata sempre più coinvolta nell'affrontare il problema dell'inquinamento atmosferico. Una pietra miliare è stata l'adozione, nel 2015, di una risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità e di una *road map* per affrontare questa grande sfida per la salute globale. In termini di diplomazia sanitaria, la risoluzione e la *road map* hanno aperto la strada a un'ampia collaborazione interistituzionale tra l'ONU e altre organizzazioni internazionali. La risoluzione e la *road map* hanno inoltre rafforzato la cooperazione tra l'OMS e le reti di salute urbana, uno sviluppo significativo dato che la diplomazia della salute delle città (cfr. **Riquadro 16**) sta diventando sempre più un elemento importante della diplomazia della salute globale nel XXI secolo.

L'inquinamento atmosferico è diventato ancora più importante nell'agenda della salute globale nel 2018, quando è stato dichiarato, in occasione del terzo incontro di alto livello delle Nazioni Unite sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, come il quinto fattore di rischio principale per le malattie non trasmissibili, assieme al "quartetto" consolidato costituito da tabacco, alcol, dieta non salutare e sedentarietà.

Molti dei fattori che determinano l'inquinamento atmosferico, come l'uso di combustibili fossili, portano all'emissione di anidride carbonica e di altri inquinanti climatici a emivita breve, tra cui l'ozono e il carbone nero, che contribuiscono notevolmente al cambiamento climatico e influiscono sulla salute umana. Di conseguenza, l'OMS ha intensificato le sue attività durante i principali negoziati sui cambiamenti climatici nell'ambito delle Nazioni Unite, in particolare in occasione del Vertice delle Nazioni Unite sull'azione per il clima tenutosi a New York il 23 settembre 2019 e durante la 25a sessione della Confe-

renza delle Parti dell'UNFCCC (Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici), svoltasi a Madrid dal 2 al 13 dicembre 2019. L'OMS è stata incaricata dal Segretario generale delle Nazioni Unite di contribuire allo sviluppo di due impegni relativi alla salute per il Vertice sull'azione per il clima, ovvero: (a) salvare vite umane riducendo le emissioni di carbonio e ripulendo l'aria e (b) incrementare gli investimenti nell'azione per il clima, nella salute pubblica e nello sviluppo sostenibile. A tal proposito, l'OMS fornisce ai negoziatori evidenze sull'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute, quantificando e monitorando gli effetti dell'esposizione all'inquinamento atmosferico.

A livello regionale, la cooperazione multilaterale sull'inquinamento atmosferico ha una storia ancora più lunga. Un risultato notevole è stata l'adozione nel 1979 della Convenzione sull'inquinamento atmosferico transfrontaliero a lunga distanza (*Convention on Long-range Transboundary Air Pollution*) sotto gli auspici dell'UNECE, la Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite. Come primo trattato internazionale in questo settore, ha fornito uno spazio giuridico e politico per misure volte a proteggere la salute umana e l'ambiente dall'inquinamento atmosferico transfrontaliero. In tal senso, la Convenzione è un esempio di ciò che la diplomazia multisettoriale e scientifica può ottenere a livello internazionale.

RIQUADRO 16 Diplomazia delle città per la salute globale

Una diplomazia della salute globale non può prescindere dal riconoscere il ruolo ormai consolidato che le entità subnazionali svolgono nella governance globale. Tra i molti attori a questo livello, le città sono state probabilmente tra le più proattive sulla scena mondiale per buona parte degli ultimi tre decenni. Questo riquadro offre una breve panoramica della recente ascesa della "diplomazia delle città" e delle sfide attuali nell'intersezione di tale diplomazia con la salute globale.

Le città sono state al centro dell'attenzione in molte agende globali, non solo come tema o luogo, ma sempre più formalmente chiamate in causa da iniziative e contesti multilaterali come *attori internazionali a pieno titolo*. A loro volta, molti governi locali non si rimettono più ai governi nazionali quando sviluppano strategie e termini per l'impegno internazionale su questioni centrali.

I sindaci, i consigli comunali, i responsabili delle metropoli e i rappresentanti delle autorità locali si rivolgono direttamente gli uni agli altri e, più in generale, agli attori internazionali, comprese le imprese, le agenzie del sistema delle Nazioni Unite e le organizzazioni non governative d'oltreoceano.

Esistono oggi centinaia di meccanismi formalizzati di cooperazione internazionale istituiti dalle città (*reti di città*), che danno voce alle città nella discussione di molte questioni globali, come l'agenda sul cambiamento climatico e l'Accordo di Parigi o gli Obiettivi di sviluppo sostenibile. ciò significa che alle

città è stato riconosciuto un ruolo fondamentale nel rispondere alle principali sfide transnazionali. La crisi causata dal COVID-19 ha ulteriormente accentuato il ruolo fondamentale delle città: a settembre 2020, circa il 95% dei casi di COVID-19 si è verificato in contesti urbani, con oltre 1500 città colpite in tutto il mondo. Di conseguenza, il Segretario generale delle Nazioni Unite ha sollecitato la necessità di comprendere meglio come la pandemia, così come altre sfide sanitarie, si sviluppi in ambito urbano. Da parte loro, numerose città e reti di città hanno rapidamente attivato le loro connessioni diplomatiche cittadine per formare delle task force sul COVID-19, depositarie di azioni politiche e meccanismi per lo scambio di buone pratiche. Tuttavia, la diplomazia delle città dovrebbe essere intesa nel contesto di una nascente *governance urbana globale*, non semplicemente come uno scambio tra città.

Una breve storia della diplomazia delle città è illuminante a questo proposito. L'evoluzione moderna dell'impegno internazionale delle città comprende almeno tre diverse "generazioni". La diplomazia delle città è passata dall'essere un semplice rapporto culturale tra città a un complesso meccanismo e circuito per la costruzione di coalizioni internazionali e lo scambio di politiche, anche sulla scia del considerevole impatto del COVID-19 sui viaggi e la cooperazione internazionali. Mentre la prima generazione moderna (inizio del XX secolo) della diplomazia delle città si basava su formali e bilaterali "*gemellaggi di città*", una seconda generazione (metà e fine del XX secolo) ha esteso queste reti di gemellaggio ad ancora più formali *coalizioni di reti di città per attività di advocacy e interscambio*, spesso con il supporto di agenzie specializzate delle Nazioni Unite.

La metà degli anni Novanta ha rappresentato il periodo di massimo splendore degli sforzi verso una diplomazia della salute delle città più formalizzata, grazie al lavoro della Rete europea delle città sane (*European Healthy Cities Network*) sotto l'egida dell'OMS e ad altri sforzi regionali come l'Alleanza per le città sane (*Alliance for Healthy Cities*) nel Pacifico occidentale. Oggi esistono altre reti simili, anche se più specializzate, come il progetto "Città amiche degli anziani" dell'OMS (*WHO Age-Friendly Cities*).

Il XXI secolo, tuttavia, ha visto l'emergere di un ambito più complesso della diplomazia urbana, non da ultimo nel campo della salute. Questo ha portato a reti ancora più specializzate e spesso costruite *ad hoc*, strettamente intrecciate con investimenti privati e filantropici di rilievo. La diplomazia delle città è coinvolta direttamente nella *localizzazione*

13.4 Commercio, proprietà intellettuale e salute

In seguito alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la salute pubblica del 2001, il rapporto tra commercio, proprietà intellettuale e salute è diventato uno dei temi principali della diplomazia della salute globale nel XXI secolo, rapporto in cui le dimensioni multilaterali e multisettoriali della diplomazia della salute hanno la massima interconnessione. Di conseguenza, la presente pubblicazione ne tratta in vari punti, in particolare nel **Capitolo 11** (che copre gli aspetti intersettoriali), nel **Capitolo 8** (coerenza delle politiche), nel **Capitolo 7** (diplomazia della salute regionale), nella **Sezione 13.1** (accesso ai farmaci) e nel **Caso studio 1** (sulla trasparenza dei prezzi). Il dialogo su salute e com-

delle principali agende globali, come l'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile. Nel campo della salute, ciò include il lancio di iniziative come la *Partnership for Healthy Cities*, promossa da *Bloomberg Philanthropies*, in seno all'OMS, o la localizzazione dei SDG relativi alla salute attraverso il Consenso di Shanghai dell'OMS sulle città sane. Comprendere la diplomazia delle città da questo punto di vista consente un maggiore spazio di manovra al di là dei gemellaggi e della cooperazione tra città, e dà un'idea più chiara delle intersezioni tra città e governance globale.
Anche se potenzialmente in grado di cambiare i paradigmi, la crisi causata dal COVID-19 non ha intaccato le motivazioni della diplomazia delle città. I governi delle città riconoscono ancora l'importanza di impegnarsi a livello internazionale, ma non dispongono della formazione diplomatica formale e delle risorse necessarie per farlo al meglio. Ciononostante, l'impegno delle città nei confronti di agende globali come gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (e non da ultimo le loro premesse relative alla salute) rimane forte, e i contesti internazionali sono sempre più rilevanti negli affari municipali. Le città restano fiduciose nella loro capacità di affrontare le sfide globali. La crisi ha anche attirato l'*attenzione delle città sulla salute globale anche al di là del settore sanitario*: così, la salute e il benessere sono ora coperti dagli sforzi della diplomazia delle città originariamente focalizzati su altri settori (ad esempio, l'ambiente nel caso del *C40 Cities Climate Leadership Group*, o la migrazione nel caso del *Mayors Migration Council*). Tuttavia, il ruolo della diplomazia delle città in materia di salute globale rimane relativamente limitato rispetto a quello svolto in altri settori come la migrazione, il clima o la resilienza. Le città e le questioni urbane continuano a occupare posizioni molto modeste nell'agenda della salute globale.
A parte le iniziative auto-organizzate delle reti di città, le città sono ancora molto ai margini del multilateralismo ufficiale. L'OMS, ad esempio, non ha ancora un'unità importante per le città e ha relegato il tema della salute urbana a discussioni relativamente rare, spesso regionali.
Più in generale, come in molte altre aree politiche globali, *lo sviluppo delle capacità e gli investimenti rimangono determinanti* a livello locale, dove esistono vincoli significativi sui bilanci e sulle opportunità di formazione per i "diplomatici delle città". Il riconoscimento e l'istituzionalizzazione di una voce urbana sono ancora una sfida fondamentale.

mercio (e sulla proprietà intellettuale nella maggior parte dei casi) si sta svolgendo in contesti nazionali, multilaterali e interistituzionali.

Il dialogo in ambito nazionale avviene tipicamente in comitati multisettoriali che coprono un'ampia gamma di questioni influenzate dal commercio. In alcuni casi, tuttavia, quando gli argomenti relativi alla salute sono fortemente articolati dalle parti interessate, i governi hanno istituito un meccanismo dedicato (*ad hoc* o permanente) per valutare l'impatto del commercio internazionale sulla salute.

Poiché i settori del commercio e della salute sono raramente coinvolti nelle rispet-

tive sfere, questa intensa interazione aumenta la comprensione reciproca delle questioni in gioco.

Le controversie commerciali internazionali in materia di salute favoriscono anch'esse una più stretta cooperazione intersettoriale. Australia, Norvegia e Uruguay, ad esempio, hanno difeso con successo, rispettivamente presso l'OMC, la Corte EFTA e il Centro internazionale per la risoluzione delle controversie sugli investimenti (*International Centre for Settlement of Investment Disputes*) le misure di controllo del tabacco introdotte nell'ambito dell'attuazione della FCTC.

Questi casi hanno evidenziato un fenomeno emergente, ovvero come un nuovo regime giuridico internazionale in materia di salute (la FCTC) possa contribuire a bilanciare le argomentazioni giuridiche su entrambi i lati della relazione tra commercio e salute, che in passato era dominata in modo preponderante dal potere giuridico degli accordi commerciali e di investimento. In una tendenza opposta, gli accordi commerciali e di investimento regionali e bilaterali forniscono generalmente una protezione inferiore per la salute rispetto alle flessibilità contenute nei regimi globali dell'OMC. È quindi importante che il settore sanitario sia coinvolto in modo proattivo nella negoziazione di tali accordi.

Nell'arena interistituzionale, un recente esempio di dialogo e cooperazione è la seconda edizione (2020) dello studio trilaterale OMS-WIPO-OMC sulla promozione dell'accesso alle tecnologie mediche e all'innovazione. Basandosi sulla prima edizione del 2013, la nuova pubblicazione intende supportare il dialogo e il processo decisionale in questa complessissima interazione politica, fungendo così da preziosa risorsa in un momento cruciale per la salute globale.

13.5 Resistenza antimicrobica

Il problema della resistenza antimicrobica (AMR) sta suscitando una crescente attenzione negli ultimi anni ed è necessario un coordinamento più efficace degli sforzi intersettoriali nazionali per affrontarlo. In termini di diplomazia della salute, sono diversi i fattori e i processi alla base del forte intensificarsi del dialogo multisettoriale e multilaterale sulla resistenza antimicrobica

In primo luogo, l'azione multisettoriale che coinvolge i settori della salute, dell'agricoltura e della veterinaria – cosa non facile a causa dei loro approcci spesso divergenti – è diventata davvero una questione urgente vista l'entità del problema.

In secondo luogo, in breve tempo sono state lanciate diverse iniziative e piattaforme internazionali, tra cui il Piano d'azione globale dell'OMS sulla resistenza antimicrobica (*Global Action Plan on Antimicrobial Resistance, 2015*), la Dichiarazione politica della riunione di alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulla resistenza antimicrobica (2016), la Dichiarazione dei leader del G20 di Osaka (2019), la collaborazione tripartita FAO-OIE-OMS, il Gruppo di coordinamento *ad hoc* delle agenzie ONU sulla resistenza antimicrobica, diverse piattaforme regionali e bilaterali e il Partenariato globale sulla resistenza agli antibiotici (che si concentra sui Paesi a basso e medio reddito). Un ulteriore meccanismo, il Fondo fiduciario multipartner AMR, è stato istituito sotto gli auspici del partenariato tripartito FAO-OIE-OMS. Questa proliferazione di meccanismi internazionali ha richiesto un contributo multisettoriale concertato da parte dei governi, incoraggiando così lo sviluppo di strategie nazionali multisettoriali in un periodo relativamente breve.

In terzo luogo, la cooperazione internazionale e inter-agenzia sulla resistenza antimicrobica è nata sulla scia di accordi di collaborazione già esistenti in alcuni settori strettamente correlati, come la Commissione del *Codex Alimentarius* e la Rete internazionale delle autorità per la sicurezza alimentare, entrambe sotto la duplice egida dell'OMS e della FAO. Si tratta di importanti basi istituzionali da cui apprendere.

In quarto luogo, le soluzioni nella lotta alla resistenza antimicrobica sono collegate a concetti e processi più ampi ("*One Health*") e paralleli (innovazione farmaceutica e Ricerca e Sviluppo, R&S). Ciò si riflette in alcuni meccanismi globali[2] e anche nel Gruppo di leader globali di *One Health* sulla resistenza antimicrobica (*One Health Global Leaders Group on Antimicrobial Resistance*) che sarà convocato dal partenariato quadripartito FAO-UNEP-WOAH-OMS per conto del Segretario generale delle Nazioni Unite. Altri settori rilevanti per questi sforzi sono l'ambiente, l'industria, l'economia, il commercio e i diritti di proprietà intellettuale.

In generale, la resistenza antimicrobica è uno dei punti principali dell'agenda sanitaria globale del XXI secolo. È strettamente legata ad altre aree complesse dal punto

[2] Ad esempio, il Partenariato globale per la ricerca e lo sviluppo degli antibiotici (*Global Antibiotic Research and Development Partnership*), lanciato congiuntamente dall'OMS e dall'Iniziativa sui farmaci per le malattie trascurate e il Quadro operativo della Banca Mondiale per il rafforzamento dei sistemi di salute pubblica umana, animale e ambientale (*One Health Operational Framework for Strengthening Human, Animal and Environmental Public Health Systems*).

di vista politico e tecnico, come l'approccio *One Health*, la R&S e l'innovazione, e richiede quindi una sempre maggiore diplomazia internazionale (e intersettoriale) e negoziati per trovare soluzioni globali.

13.6 Migrazione e salute

Un'importante lezione appresa dal dialogo globale su migrazione e salute è che un lavoro coerente tra agenzie e una convergenza intersettoriale a livello nazionale possono essere di reciproco sostegno quando vengono applicate a una sfida sanitaria globale relativamente nuova e acuta. Questo è esemplificato dal processo che ha portato all'adozione da parte dell'Assemblea mondiale della sanità, nel maggio 2017, della storica risoluzione WHA70.15 sulla promozione della salute dei rifugiati e dei migranti e del relativo Quadro di riferimento[3], che è stato successivamente citato nel Patto globale delle Nazioni Unite per una migrazione sicura, ordinata e regolare (*Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*, di seguito "*Global Compact*"). Il lavoro sinergico dell'OMS, dell'OIM e dell'UNHCR durante i lavori preparatori e i negoziati sulla risoluzione WHA70.15 è andato di pari passo con la leadership politica di un gruppo di Paesi principali. Questo lavoro tra diverse agenzie e istituzioni ha anche apportato evidenze e impulso al perseguimento di una convergenza intersettoriale nazionale a sostegno del processo multilaterale, in particolare nei Paesi con minori risorse tecniche e diplomatiche. Ciò è importante a causa della limitata conoscenza di questo settore della salute pubblica e delle numerose idee sbagliate e opinioni divergenti che sono emerse.

L'inserimento della salute nel *Global Compact* – di per sé un documento politico complesso e di natura altamente intersettoriale – ha posto una serie di sfide alla diplomazia della salute. In primo luogo, bisogna tenere presente che i negoziati presso la sede centrale delle Nazioni Unite a New York sono guidati dai ministeri e dai diplomatici stranieri e sono altamente politici, offrendo meno opportunità per un contributo specialistico quotidiano rispetto ai negoziati a Ginevra, dove hanno sede l'OMS, altre agenzie specializzate rilevanti e i punti focali per la salute delle missioni permanenti dei Paesi (si veda anche il **Capitolo 6**). È significativo che il settore sanitario sia stato scarsamente rappresentato alla decisiva Conferenza intergovernativa per l'adozione del *Global Com-*

[3] *WHO Framework of Priorities and Guiding Principles to Promote the Health of Refugees and Migrants* (2017).

pact tenutasi a Marrakesh, in Marocco, nel dicembre 2018, a differenza dei ministeri degli Interni, del Lavoro, delle Politiche sociali e degli Affari esteri. Questo dimostra che quando i negoziati su un importante strumento internazionale con implicazioni per la salute si svolgono in contesti altamente politici al di fuori di Ginevra, è essenziale, da un lato, che l'OMS collabori con gli Stati membri e le agenzie internazionali che condividono la stessa idea e, dall'altro, che i ministeri della Salute si impegnino attivamente con le loro delegazioni nazionali, in modo da garantire che gli aspetti sanitari siano adeguatamente riflessi nei risultati dei negoziati.

In secondo luogo, la salute non era stata identificata come argomento specifico per le sessioni tematiche all'inizio del processo di negoziazione del *Global Compact*. Si è quindi rivelato necessario utilizzare altre piattaforme pertinenti, come eventi collaterali ad eventi di alto profilo e le consultazioni globali OMS-IOM sulla salute dei migranti, oltre a promuovere le priorità e i princìpi già adottati dall'OMS e i collegamenti con i principali strumenti internazionali, come la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, i relativi Patti internazionali[4] e i SDG. Un'altra lezione fondamentale tratta dal processo di inclu-

[4] Il Patto internazionale sui diritti civili e politici e il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (entrambi adottati nel 1966).

PEXELS – AHMED AKACHA

sione della salute nel Global Compact è, quindi, che l'utilizzo di piattaforme parallele e lo sfruttamento del potere degli strumenti esistenti universalmente riconosciuti possono svolgere un ruolo cruciale nel promuovere gli interessi della salute durante i negoziati all'ONU su un documento di portata più ampia.

13.7 Osservazioni conclusive

Tutti gli esempi presentati in questo capitolo dimostrano che affrontare le complesse sfide della diplomazia della salute globale richiede una *diplomazia multilivello* (cioè il coinvolgimento in negoziati in diversi forum) combinata con una *diplomazia multi-stakeholder*, di solito per un periodo di tempo significativo. La diplomazia della salute globale su questioni complesse è diventata più difficile a causa del gran numero di attori e della diversità di culture e stili diplomatici. Insieme all'indebolimento dell'impegno verso il multilateralismo, ciò rende *più difficile raggiungere un accordo* (come dimostra il fallimento della 25a sessione della Conferenza delle Parti dell'UNFCCC nel trovare un accordo sui mercati globali del carbonio) e porta a *risultati sempre più imprevedibili*.

Questi esempi illustrano anche un altro nuovo sviluppo significativo nelle relazioni internazionali: il modo in cui le *organizzazioni internazionali stanno diventando attori importanti* nella diplomazia *multi-stakeholder*, come dimostra il coinvolgimento dell'OMS nei vertici del G7 e del G20 e i vari accordi tra agenzie nei settori sopra citati. Si ritiene sempre più che i funzionari internazionali *difendano interessi sovranazionali*, ovvero la produzione e la fornitura di beni pubblici globali: è questo il caso degli sforzi diplomatici, ad esempio, per la protezione dell'ambiente e della salute.

Questi esempi servono anche a illustrare la *dimensione sinergica della diplomazia della salute* – che è un'altra caratteristica della diplomazia della salute globale contemporanea – ovvero quando gli Stati si adoperano per un'interazione sinergica degli sforzi diplomatici a vari livelli e nell'ambito di diverse organizzazioni, processi e riunioni.

Infine, alcuni degli esempi di diplomazia della salute globale discussi nelle sezioni precedenti – in particolare quelli relativi al commercio, alla migrazione e alla resistenza antimicrobica – evidenziano, da diverse angolazioni, l'importanza (e la complessità) di raggiungere un coordinamento intersettoriale nazionale e la coerenza delle politiche nei processi e nei negoziati multilaterali.

RIQUADRO 17 Preparazione ai negoziati a Ginevra

Prepararsi in modo completo ai negoziati comporta diverse azioni di primaria importanza e il coinvolgimento oculato di *stakeholder* e partner rilevanti a livello nazionale e a Ginevra (o ovunque si svolgano i negoziati). Tutte le azioni sono utili (a livelli diversi a seconda del negoziato in questione), ma non sono necessariamente sequenziali: spesso vengono svolte tutte contemporaneamente, o in ordine diverso a seconda della questione e del livello del negoziato.

Azione 1

Il primo passo è studiare la storia della questione in discussione. Dovete consultare i documenti che vi aiuteranno a capire il contesto della risoluzione o di altri testi da negoziare.
È inoltre importante conoscere: (a) le posizioni adottate dal proprio Paese sulla questione nei negoziati precedenti e (b) le posizioni adottate sia dai Paesi che condividono le stesse posizioni sia dai Paesi che hanno opinioni diverse.

Azione 2

Il secondo passo consiste nell'individuare le questioni o il linguaggio del testo in discussione che potrebbero suscitare controversie durante il processo negoziale.
Anche in questo caso, è essenziale guardare ai negoziati precedenti sull'argomento. Ad esempio, il riferimento ai diritti sessuali e riproduttivi ha sempre suscitato preoccupazioni in un gruppo specifico di Paesi in tutto il mondo, mentre ha ricevuto un forte sostegno da un altro gruppo.

Azione 3

Il terzo passo consiste nel mobilitare gli esperti in modo da ottenere una comprensione completa dell'argomento in discussione.
Gli esperti possono risiedere nella capitale di un paese, sia internamente, che esternamente al ministero della Salute o degli Esteri o di un altro ministero competente. Ulteriori considerazioni sul ruolo dei diversi settori si trovano nel **Capitolo 11**.
La missione di un Paese a Ginevra può anche ricevere la richiesta di fornire alle autorità nazionali della capitale ulteriori competenze. Questo perché su alcune questioni – come nel caso dell'insorgenza in Asia all'inizio del 2020 di una malattia simil-influenzale poco conosciuta (poi denominata COVID-19) – le informazioni più rilevanti possono risiedere a Ginevra presso l'OMS, piuttosto che nella capitale del Paese.
Le competenze possono essere nazionali – comprese quelle dei funzionari nazionali che lavorano per le organizzazioni internazionali a Ginevra – o internazionali. Esiste un ampio bacino di esperti in salute globale a Ginevra, ma anche a New York, in altri centri internazionali e nelle università di tutto il mondo. Si dovrebbe prestare molta attenzione a coinvolgere anche esperti del Sud globale.
Un punto importante che vale la pena sottolineare è che spesso è meglio cercare competenze contattando persone che fanno parte di una rete personale già esistente. Per riprendere l'esempio citato in precedenza sul Covid-19, il parere di esperti è probabilmente più facile da ottenere tramite conoscenze e contatti diretti, piuttosto che contattando formalmente un istituto di ricerca.
La raccomandazione di cui sopra potrebbe non essere pertinente quando i Paesi dispongono di un forte team di esperti con sede presso i ministeri interessati o ad essi associati. È il caso, ad esempio, dell'ex *Department for International Development* (Dipartimento per lo Sviluppo Internazionale) del Regno Unito – ora parte del nuovo *Foreign, Commonwealth and Development Office*. La

raccomandazione non è pertinente nemmeno quando i Paesi dispongono di istituti di ricerca di alto livello in grado di fornire informazioni. Per i Paesi a basso e medio reddito, invece, può essere molto più difficile accedere a tali informazioni.

Azione 4

Il quarto passo consiste nel mobilitare gli *stakeholder* e i partner nel vostro Paese e a Ginevra, in modo da prepararvi efficacemente ai prossimi negoziati.

In *primo luogo*, dovreste mettervi in contatto con i diplomatici e i funzionari pubblici che sono le vostre persone di riferimento (*focal point*) presso il ministero degli Esteri e il ministero della Salute. Questi devono essere informati dell'imminente negoziato e avere il tempo necessario per raccogliere informazioni, consultare altre persone, ricevere l'approvazione del loro superiore diretto o del ministro e, infine, inviarvi istruzioni sulla posizione che dovete difendere.
In genere, le istruzioni della capitale vengono elaborate attraverso il coordinamento dei rappresentanti dei ministeri competenti, previa consultazione di esperti, se necessario, e, come accade sempre più spesso nel campo della salute globale, anche della società civile. Le istruzioni saranno infine applicate a livello senior nel ministero principale prima di essere inviate alla missione a Ginevra. Spesso il coordinamento avviene tramite scambio di lettere. Il livello di approvazione necessario dipende dal negoziato.
Nel corso del dialogo con le autorità nazionali della vostra capitale, potreste trovarle più o meno disponibili, a seconda di una serie di fattori: la misura in cui la questione in discussione è di interesse per i ministeri e il governo; la capacità dei *focal point* dei ministeri di mobilitare competenze e opinioni nella capitale; e, altrettanto importante, il vostro rapporto personale e il tipo di rapporto con i *focal point* e i ministeri.

In secondo luogo, dovreste coinvolgere i vostri contatti presso l'OMS e altre organizzazioni sanitarie globali per capire, dal loro punto di vista, qual è la posta in gioco nei prossimi negoziati. Anche in questo caso, le relazioni personali e le reti di contatti daranno risultati migliori rispetto a rivolgere le richieste a un'istituzione in generale.

In terzo luogo, dovreste contattare le vostre controparti nelle missioni diplomatiche a Ginevra per raccogliere informazioni sulle posizioni che i loro Paesi adotteranno nei negoziati e, in alcuni casi, raccogliere sostegno e costruire alleanze. Anche in questo caso, le relazioni personali, la legittimità e le capacità di comunicazione sono essenziali. Il coinvolgimento delle controparti è fondamentale per scoprire come gli altri si stanno preparando ai negoziati. È anche un passo necessario per sviluppare una posizione comune con i Paesi partner all'interno di un'entità politica, come l'Unione europea o l'Unione africana, o all'interno di gruppi più informali, come i Paesi nordici.
A Ginevra esiste un importante sistema di coordinamento regionale degli addetti alla salute (*health attachés*). Ognuna delle sei regioni dell'OMS ha un coordinatore informale che di solito ruota su base annuale. Le attività di questi coordinatori vanno dalla comunicazione di routine tra gli organi direttivi dell'OMS, il Segretariato dell'OMS e le missioni degli Stati membri alla sfida straordinaria di selezionare i presidenti e i vicepresidenti dei negoziati intergovernativi.

Azione 5

Al termine del processo riceverete una serie di istruzioni dalla vostra capitale. Il forte coinvolgimento di parti interessate e partner specifici in ogni fase del processo sopra descritto è la migliore garanzia che le istruzioni siano chiare e vi consentano di difendere una posizione nazionale coerente durante i negoziati.

ALLEGATO 1 Glossario

La diplomazia della salute globale è un campo in espansione che combina le priorità della salute globale con quelle degli affari esteri. Le sfide sanitarie hanno acquisito un'urgenza che non ha precedenti nella lunga storia delle attività di salute internazionale e gli sviluppi nel campo della salute stanno influenzando il modo in cui i concetti normativi e le regole legali internazionali vengono applicati nei negoziati diplomatici. La diplomazia della salute globale coinvolge diverse discipline, che vanno dalla salute pubblica, al diritto, agli affari internazionali, al management e all'economia. È quindi essenziale comprendere e utilizzare in modo coerente i concetti delle diverse discipline.

L'ABC della diplomazia è un glossario di parole chiave ordinate alfabeticamente prodotto dal Dipartimento Federale degli Affari Esteri svizzero. Spiega i termini più usati e fornisce informazioni sulle leggi e le consuetudini che regolano le relazioni internazionali: **www.eda.admin.ch/dam/eda/en/documents/publications/GlossarezurAussenpolitik/ABC-Diplomatie_en.pdf**

L'archivio istituzionale del *Global Health Centre del Graduate Institute of International and Development Studies* contiene due risorse che spiegano alcuni concetti di uso comune:

- *A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool* (2013), di Martin Jacques, Ilona Kickbusch e Michaela Told **https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en**
- *Discussing a definition of global health* (2013) di Samantha Battams e Stephen A. Matlin **https://repository.graduateinstitute.ch/record/288069?ln=en**

Qualche anno fa, il portale online *Middle East Medical* ha pubblicato un articolo che illustrava il punto di vista di un ex ambasciatore americano sulla diplomazia della salute globale, di cui vale la pena riportare i seguenti estratti:

> Scienziati e diplomatici affrontano i problemi in modo diverso. Gli scienziati vedono un problema, uno schema o un'anomalia, fanno ricerca per raccogliere dati ed evidenze e, se le evidenze sono abbastanza solide, pubblicano i risultati, la soluzione al problema, in una rivista specializzata.
>
> Per i diplomatici, che non leggono le riviste mediche o scientifiche, persino una dimostrazione eccellente è solo l'inizio di una soluzione. I diplomatici, se sono bravi nel loro lavoro, mettono le nostre priorità nelle agende degli altri. Ciò significa giudicare se il problema che la ricerca dello scienziato si propone di risolvere sia davvero una priorità per il nostro programma o per il politico che stiamo cercando di influenzare. Ciò implica anche comprendere il contesto in cui opera il decisore politico e come presentare o spiegare la nostra priorità sanitaria in modo che si inserisca nella sua agenda più ampia[1].

Di seguito presentiamo una raccolta di termini chiave, basata sul glossario preparato per i partecipanti a un corso online sulla diplomazia della salute globale organizzato dal *Global Health Centre del Graduate Institute of International and Development Studies*.

[1] Kolker J, Abdelghany A (2018). *The role of diplomacy in global health. In: Middle East Medical* [website] (https://www. middleeastmedicalportal.com/the-role-of-diplomacy-in-global-health/, visitato l'11 febbraio 2020).

Approcci "whole-of-government" / "whole-of-society": Questi approcci richiedono collaborazione, pianificazione e dialogo all'interno del governo nel suo complesso e della società. Si tratta di lavorare insieme su questioni di salute pubblica con partner non tradizionali, tra cui ONG, settore privato e società civile.

Beni pubblici globali per la salute: In un mondo sempre più interconnesso, molti beni pubblici (cioè beni che generano benefici condivisi da tutti e da cui nessuno può essere escluso) non possono più essere definiti in termini esclusivamente nazionali. I beni pubblici globali generano benefici – come un mondo più sicuro, la protezione dagli impatti del cambiamento climatico e il miglioramento della salute – che sono fondamentali per il benessere di chi vive oggi e per la sopravvivenza delle generazioni future. Esempi di beni pubblici globali per la salute sono le conoscenze scientifiche condivise (come il sequenziamento del genoma umano), l'eradicazione del vaiolo, i sistemi di sorveglianza globale dell'influenza e di altre malattie, il Regolamento sanitario internazionale dell'OMS e il sostegno allo sviluppo di nuovi vaccini.

Determinanti di salute: I determinanti di salute si riferiscono all'ambiente sociale, economico, fisico e alle caratteristiche e ai comportamenti individuali, tutti fattori che possono influenzare il benessere e la salute delle persone. La salute delle persone è determinata in larga misura dalle circostanze e dall'ambiente in cui vivono. Anche l'accesso all'assistenza sanitaria e la qualità dei servizi offerti sono considerati determinanti di salute. Le tendenze degli ultimi anni giustificano una distinzione tra determinanti commerciali e politici. I determinanti commerciali comprendono "le strategie e gli approcci utilizzati dal settore privato per promuovere prodotti e scelte che sono dannosi per la salute" (Kickbusch, Allen & Franz, 2016). Guardare alla salute attraverso la lente dei determinanti politici significa analizzare come le diverse costellazioni di potere, le istituzioni, i processi, gli interessi e le posizioni ideologiche influenzino la salute all'interno di diversi sistemi e culture politiche e a diversi livelli di governance. Inoltre, altri determinanti di salute dipendono dall'azione politica (Kickbusch, 2015).

Diplomazia del COVID-19 / diplomazia della pandemia: Negoziati tra più parti interessate e a più livelli per porre fine più rapidamente alla pandemia COVID-19 modellando e gestendo l'ambiente politico globale in molte sedi.

Diplomazia delle crisi: Interazioni tra Stati (e altri attori) in presenza di un'accentuata minaccia di cambiamento sistemico.

Diplomazia della salute globale: I processi di negoziazione a più livelli e con più parti interessate che modellano e gestiscono l'ambiente politico globale per la salute in forum sia sanitari che non sanitari. Questa diplomazia si occupa in particolare di questioni e determinanti di salute che attraversano i confini nazionali e devono essere affrontate attraverso accordi globali. Per questo, la diplomazia della salute globale riunisce le discipline della salute pubblica, degli affari internazionali, del management, del diritto e dell'economia (Kickbusch et al., 2007).

Diplomazia della salute digitale / Diplomazia della salute via social: L'uso di Internet e delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione per contribuire al raggiungimento di obiettivi diplomatici (tuttavia,

sono state proposte anche altre definizioni). La definizione di cui sopra si concentra sull'interazione tra Internet e la diplomazia, che va dai cambiamenti indotti da Internet nei contesti in cui si svolge la diplomazia all'emergere di nuovi temi nelle agende diplomatiche, come la cybersicurezza e la privacy, insieme all'uso di nuovi strumenti digitali per fare diplomazia. La diplomazia digitale è parte della diplomazia pubblica; è ancora per lo più incentrata sull'uso di social media quali Twitter (ora X), Facebook, Instagram e Snapchat, ma si tratta anche di creare contenuti online coinvolgenti che stimolino le persone a partecipare a conversazioni complesse sulla politica estera, il ruolo dei governi e il bene comune.

Diplomazia sanitaria *club-type*: Si riferisce alle relazioni diplomatiche e ai negoziati tra un gruppo di leader che si conoscono bene e possono usare fascino e persuasione personali.

Diplomazia scientifica: L'uso della collaborazione scientifica tra le nazioni per affrontare i problemi comuni dell'umanità e per costruire partnership internazionali costruttive. È sia una componente della diplomazia sanitaria e ambientale sia un campo a sé stante.

Diplomazia umanitaria: La Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa definisce la diplomazia umanitaria come "capacità di persuadere i responsabili delle decisioni e gli opinionisti ad agire, in ogni momento, nell'interesse delle persone vulnerabili e nel pieno rispetto dei princìpi umanitari fondamentali".

Diplomazia dei vaccini: Tutti gli aspetti della diplomazia della salute globale che riguardano lo sviluppo, la produzione e la distribuzione dei vaccini come beni di salute pubblica. Tra le caratteristiche principali della diplomazia dei vaccini vi sono il suo potenziale come intervento umanitario e il suo ruolo comprovato nell'aiutare a mediare la cessazione delle ostilità e i cessate il fuoco durante le campagne di vaccinazione.

Governance della salute globale: Le istituzioni e i meccanismi stabiliti a livello nazionale e regionale per contribuire alla governance della salute globale e/o alla governance per la salute globale, come le strategie nazionali o regionali sulla salute globale. Può anche riguardare la governance a livello di comunità locali.

Governance globale della salute: La definizione, il modellamento, la conduzione, il rafforzamento e l'uso consapevole di istituzioni e regimi internazionali e transnazionali (di principi, norme, regole e procedure decisionali) per organizzare la promozione e la protezione della salute su scala globale. Tale governance riguarda le istituzioni che si occupano di salute globale, comprese le strutture convenzionali coinvolte in questo compito a livello multilaterale e bilaterale, ma anche organismi innovativi, come i partenariati pubblico-privati con rappresentanti di diverse parti interessate.

Governance globale per la salute: Istituzioni e processi globali di governance che hanno un impatto diretto e indiretto sulla salute globale. Include anche altre istituzioni associate alla salute globale che non necessariamente hanno la salute come parte dei loro programmi espliciti: per esempio, le organizzazioni che lavorano nelle aree del cambiamento climatico, dei diritti di proprietà intellettuale, del commercio e dell'istruzione.

Multilateralismo nella diplomazia della salute globale: Approccio basato sulla pre-

messa che, lavorando insieme, i Paesi possono trovare soluzioni ai problemi di salute globale senza rinunciare alla propria sovranità.

Salute globale: Questioni di salute che trascendono i confini nazionali e richiedono un'azione sui fattori globali che determinano la salute delle persone (Kickbusch, 2006).

Settore privato: Il settore privato è la parte dell'economia che è di proprietà di gruppi privati, di solito come mezzo di impresa a scopo di lucro, piuttosto che essere di proprietà dello Stato.

Sicurezza sanitaria globale: Ridurre la vulnerabilità collettiva alle minacce globali alla salute pubblica, sia immediate che graduali. Tali minacce trascendono i confini e possono essere causate da agenti infettivi che emergono naturalmente attraverso le interazioni uomo-animale, ma possono anche essere causate da sostanze chimiche, tossine e radiazioni, o essere provocate deliberatamente da atti di terrorismo. A livello individuale, la sicurezza sanitaria deve includere misure di protezione e fornitura, come l'accesso a farmaci sicuri ed efficaci, vaccini e assistenza medica. Aumentare la sicurezza sanitaria personale significa quindi fornire agli individui un accesso più duraturo – e quindi sicuro – a beni e servizi medici di qualità.

Società civile: Si riferisce al processo attraverso il quale gli individui negoziano, discutono, lottano o si accordano tra loro e con i centri di autorità politica ed economica, e attraverso il quale associazioni di volontariato, movimenti, partiti, sindacati e individui sono in grado di agire pubblicamente. L'ambito preciso del termine varia, ma l'uso più comune esclude le imprese del settore privato e le organizzazioni formali del governo locale. (Kickbusch et al., 2013).

Strumenti di salute globale: Diritto internazionale, trattati, accordi, convenzioni, protocolli, decisioni, strategie, piani d'azione e norme che riguardano la salute globale.

Pubblicazioni sulla salute globale pubblicate da o in collaborazione con il Graduate Institute

Abbott FM (2011). Intellectual property and public health: meeting the challenge of sustainability. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/12336, consultato il 14 settembre 2020).

Alcázar S (2008a). The Copernican shift in global health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4070, consultato il 14 settembre 2020).

Alcázar S (2008b). The WHO Framework Convention on Tobacco Control: a case study in foreign policy and health: a view from Brazil. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4068, consultato il 14 settembre 2020).

Battams S, Matlin SA (2013). Discussing a definition of global health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288069, consultato il 14 settembre 2020).

Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/292197, consultato il 14 settembre 2020).

Claxton A, Rusagara V, Oloo B (2010). Negotiating health in a fragile state: a civil society perspective: a case study of the Global Fund TB project in Somalia. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4074, consultato il 14 settembre 2020).

Global Health Centre (2016). Getting the most out of polio eradication: 10 actions for Europe. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296845, consultato il 14 settembre 2020).

Global Health Programme (2012). Good global health begins at home: policy coherence at national level. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/16587, consultato il 14 settembre 2020).

Global Health Programme (2013). Health diplomacy meets science diplomacy: symposium report November 2013. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/293813, consultato il 14 settembre 2020).

Global Health Programme (2014a). Formation francophone diplomatie et santé. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/292212, consultato il 14 settembre 2020).

Global Health Programme (2014b). Global health instruments: The case of the WHO FCTC. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288070, consultato il 14 settembre 2020).

Global Health Programme (2015). 300 women leaders in global health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296815, consultato il 14 settembre 2020).

Jacques M, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I (2010). Case studies: the role of Switzerland in global health governance part I: a development

perspective. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/290689, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I (2016). Governing the global health security domain. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/293810, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Brindley C (2013). Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN led thematic consultations, high level panel report and sustainable development debate in the context of health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288001, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Franz C (2020). Towards a synergistic global health strategy in the EU. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/298287, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Liu A (2017). Global health leadership: electing the WHO Director-General. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296008, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Cassels A, Liu A (2016). New directions in governing the global health domain: leadership challenges for WHO. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/294882, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Matlin SA, Richard E, Told M. (2017). Getting the most out of polio eradication: the political dimension: final research report 2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296836, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Sturchio JL, Galambos L, Told M, Flores T, Hoppy R, Lindenmayer I, Cassar Szabo MM, Canham L (2016). Universal health coverage: an annotated bibliography 3.0: the new health economy. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/298053, consultato il 14 settembre 2020).

Kirton J, Kickbusch I, editors (2019). Health: a political choice: delivering universal health coverage 2030. London: Global Governance Project (http://repository.graduateinstitute.ch/record/297186, consultato il 14 settembre 2020).

Martin J, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296833, consultato il 14 settembre 2020).

Matlin SA, Moon S, Røttingen J-A (2013). Event working paper 1: priority setting for health R&D. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/293812, consultato il 14 settembre 2020).

Matlin SA, Haselgrave M, Told M, Piper JE (2017). The Global Polio Eradication Initiative: achievements, challenges, and lessons learned from 1988–2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615, consultato il 14 settembre 2020).

Miller J, Velayati AA, Hashemian SM (2014). Global health diplomacy in practice: bi-lateral cooperation to improve rural health systems in the Mississippi Delta, USA and the Islamic Republic of Iran. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288066, consultato il 14 settembre 2020).

Mwagiru M (2009). Negotiating health in foreign policy: an East African perspective. Geneva: Graduate Institute (**http://repository.graduateinstitute.ch/record/12242**, consultato il 14 settembre 2020).

Silberschmidt G (2011). How to set priorities for the World Health Organization. Geneva: Graduate Institute (**http://repository.graduateinstitute.ch/record/4076**, consultato il 14 settembre 2020).

Told M, Kickbusch I, Matlin SA, Piper JE, Richard E (2016). Polio legacy and transition: what can we learn for SDGs, global health governance and health diplomacy?: meeting report. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (**http://repository.graduateinstitute.ch/record/296841**, consultato il 14 settembre 2020).

Vigier L (2014). Le contexte géopolitique mondial et ses évolutions: mondialisation, multilatéral- isme et santé publique. Geneva: Graduate Institute (**http://repository.graduateinstitute.ch/record/292196**, consultato il 14 settembre 2020).

Whelan M (2008). Negotiating the International Health Regulations. Geneva: Graduate Institute (**http://repository.graduateinstitute.ch/record/4066**, consultato il 14 settembre 2020).

Pubblicazioni sulla diplomazia in generale

Berridge GR (2010). Diplomacy: theory and practice, 4th edition. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

Berridge GR (2015). Economic and commercial diplomacy. In: Berridge GR, editor. Diplomacy: theory and practice, 5th edition. London: Palgrave Macmillan; 2015:210-24. (**https://doi.org/10.1057/9781137445520_15**, consultato il 14 settembre 2020).

Blavoukos S, Bourantonis D (2011). Chairing multilateral negotiations: the case of the United Nations. London: Routledge.

Gaudiosi RW, Roesch JL, Ye-Min W (2019). Negotiating at the United Nations: a practitioner's guide. Abingdon/New York: Routledge.

Hamilton K, Langhorne R (2010). The practice of diplomacy: its evolution, theory and administration, 2nd edition. London: Routledge.

Hocking B, Melissen J, Riordan S, Sharp P (2012). Futures for diplomacy: integrative diplomacy in the 21st century. The Hague: Netherlands Institute of International Relations Clingendael (**https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/20121030_research_melissen.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Meerts P (2015). Diplomatic Negotiation: Essence and Evolution. The Hague, Clingendael Institute (**https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/Diplomatic_Negotiation_Web_2015.pdf**, consultato il 12 ottobre 2020).

Sandre A (2013). Twitter for diplomats. Geneva/Rome: DiploFoundation/Istituto Diplomatico (**https://issuu.com/diplo/docs/twitter_for_diplomats**, consultato il 14 settembre 2020).

Sharp P (2019). Diplomacy in the 21st century: a brief introduction. Abingdon: Routledge.

Siracusa JM (2010). Diplomacy: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press.

Walker RA (2011). Manual for UN delegates: conference process, procedure and negotiation. Geneva: United Nations Institute for Training and Research (https://www.un-ilibrary.org/united-nations/manual-for-un-delegates_314ba75f-en, consultato il 14 settembre 2020).

Pubblicazioni sulla diplomazia della salute globale

Drager N, McClintock E, Moffitt M (2000). Negotiating health development: a guide for practitioners. Cambridge (MA)/Geneva: Conflict Management Group/World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/66659, consultato il 14 settembre 2020).

Fairman D, Chigas D, McClintock E, Drager N (2012). Negotiating public health in a globalized world: global health diplomacy in action. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer.

Haring, R, Kickbusch I, Ganten D, and Moeti M, editors. (2021) Handbook of Global Health. Springer International Publishing.

Kickbusch I, Kökény M, editors (2017). Health diplomacy: European perspectives. Geneva: World Health Organization (http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-european-perspectives-2017, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Lister G, editors (2006). European perspectives on global health: a policy glossary. Brussels: European Foundation Centre (https://repository.graduateinstitute.ch/record/294625, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors (2013). Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer.

Matlin S, Kickbusch I, editors (2017). Pathways to global health: case studies in global health diplomacy (volume 2). Singapore: World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 5).

Rosskam E, Kickbusch I, editors (2011). Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy. Hackensack (NJ): World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 2).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors (2019). Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Pubblicazioni sull'Organizzazione Mondiale della Sanità

Burci GL, Vignes C-H (2004). World Health Organization. The Hague: Kluwer Law International.

Cueto M, Brown TM, Fee E (2019). The World Health Organization: a history. Cambridge: Cambridge University Press.

Lee, K (2009). The World Health Organization (WHO). Abingdon: Routledge (Global Institutions).

Pubblicazioni sulla decolonizzazione della diplomazia della salute globale

Bertram K, Erondu N, Pai M (2020). Silenced voices in global health. In: Think Global Health [website] (**https://www.thinkglobalhealth.org/article/silenced-voices-global-health**, consultato il 12 ottobre 2020).

Bismarck, H von (2012). Defining decolonization. Essay for the British Scholar Society (**https://www.helene-vonbismarck.com/wp-content/uploads/2017/12/Defining-Decolonization.pdf**, consultato il 10 novembre 2020).

Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? BMJ Glob Health, 5(8):e003394 (**https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394**, consultato il 12 ottobre 2020).

Byatnal A (2020). Is COVID-19 magnifying colonial attitudes in global health? In: Devex [website]. (**https://www.devex.com/news/sponsored/is-covid-19-magnifying-colonial-attitudes-in-global-health-97499**, consultato il 12 ottobre 2020).

Global Health 50/50 (2020). The Global Health 50/50 report 2020: power, privilege and priorities. London (**https://globalhealth5050.org/2020report/**, consultato il 12 ottobre 2020).

Green A (2019). The activists trying to "decolonize" global health. In: Devex [website]. (**https://www.devex.com/news/sponsored/the-activists-trying-to-decolonize-global-health-94904**, consultato il 12 ottobre 2020).

Horton R (2013). Offline: Is global health neocolonialist? Lancet, 382(9906):1690. (**https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62379-X/abstract**, consultato il 12 ottobre 2020).

Keshavjee S (2014). Blind spot: how neoliberalism infiltrated global health. Berkeley: University of California Press (**https://www.ucpress.edu/book/9780520282841/blind-spot**, consultato il 12 ottobre 2020).

Kumar A (2020). White supremacy in global health. In: Think Global Health [website] (**https://www.thinkglobalhealth.org/article/white-supremacy-global-health**, consultato il 12 ottobre 2020).

Mbaye R, Gebeyehu R, Hossmann S, Mbarga N, Bih-Neh E, Eteki L et al. (2019). Who is telling the story? A systematic review of authorship for infectious disease research conducted in Africa, 1980–2016. BMJ Glob Health, 4(5):e001855 (**https://gh.bmj.com/content/4/5/e001855**, consultato il 12 ottobre 2020).

Mignolo WD, Walsh CE (2018). On decoloniality: concepts, analytics, praxis. Durham, NC: Duke University Press (**http://read.dukeupress.edu/books/book/2457/On-DecolonialityConcepts-Analytics-Praxis**, consultato il 12 ottobre 2020).

Redvers N, Yellow Bird M, Quinn D, Yunkaporta T, Arabena K (2020). Molecular decolonization: an indigenous microcosm perspective of planetary health. Int J Environ Res Public Health. 17(12):4586 (**https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4586**, consultato il 12 ottobre 2020).

Richardson ET, McGinnis T, Frankfurter R (2019). Ebola and the narrative of mistrust. BMJ Glob Health. 4(6):e001932 (**https://gh.bmj.com/content/4/6/e001932**, consultato il 12 ottobre 2020).

Pubblicazioni sulle donne come diplomatiche della salute globale

Inter-Parliamentary Union (2020). Women in politics: 2020. In: IPU [website] (**https://www.ipu.org/resources/publications/infographics/2020-03/women-in-politics-2020**, consultato il 12 ottobre 2020).

Chideya FZ et al. (2019). African Women in Diplomacy. (**http://www.dirco.gov.za/department/african_women_diplomacy/african_women_in_diplomacy.pdf**).

Daalen KR van et al. (2020). Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. BMJ Global Health, 5(10):e003549. (**https://gh.bmj.com/content/5/10/e003549**, consultato il 10 dicembre 2020).

World Health Organization (2020). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization (Human Resources for Health Observer No. 24; **http://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/**, consultato il 12 ottobre 2020).

Women in Global Health (n.d.). Women in Global Health [website] (**https://www.womeningh.org**, consultato il 12 ottobre 2020).

Libri, articoli, documenti di lavoro (*working papers*) e tesi di laurea

Acharya S, Barber S-L, Lopez-Acuna D, Menabde N, Migliorini L, Molina J, Schwartländer B, Zurn P (2014). BRICS and global health. Bull World Health Organ. 92(6):386-386A (**http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140889**, consultato il 14 settembre 2020).

Alfredson T, Cungu A (2008). Negotiation theory and practice: a review of the literature. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (**https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/4886e52a-fb86-4715-aac7-2a087b3da468/content**, consultato il 14 settembre 2020).

Babic M (2020). Let's talk about the interregnum: Gramsci and the crisis of the liberal world order. Int Aff. 96(3):767-86 (**https://academic.oup.com/ia/article/96/3/767/5712430**, consultato il 14 settembre 2020).

Barbieri G (2019). Regionalism, globalism and complexity: a stimulus towards global IR? Third World Thematics 4(6):424-41 (**https://doi.org/10.1080/23802014.2019.1685406**, consultato il 14 settembre 2020).

Brown, MD, Bergmann JN, Novotny TE, Mackey TK (2018). Applied global health diplomacy: profile of health diplomats accredited to the United States and foreign governments. Glob Health 14 (**https://doi.org/10.1186/s12992-017-0316-7**, consultato il 14 settembre 2020).

Brown MD, Mackey TK, Shapiro CN, Kolker J, Novotny TE (2014). Bridging public health and foreign affairs: the tradecraft of global health diplomacy and the role of health attachés. Sci Dipl. 3(3) (**https://www.sciencediplomacy.org/article/2014/bridging-public-health-and-foreign-affairs**, consultato il 14 settembre 2020).

Boyd A et al. (2019). Data Diplomacy. Science & diplomacy, 8(1). (**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785044/**, consultato il 12 ottobre 2020).

Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? BMJ Glob Health 5(8):e003394 (**https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394**, consultato il 14 settembre 2020).

Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (**https://repository.graduateinstitute.ch/record/292197?ln=en**, consultato il 14 settembre 2020).

Chattu VK (2017a). Politics of Ebola and the critical role of global health diplomacy for the CARICOM. J Family Med Prim Care 6(3):463-7 (**http://www.jfmpc.com/text.asp?2017/6/3/463/222056**, consultato il 14 settembre 2020).

Chattu VK (2017b). The rise of global health diplomacy: an interdisciplinary concept linking health and international relations. Indian J Public Health 61(2):134-6 (**http://www.ijph.in/text.asp?2017/61/2/134/207417**, consultato il 14 settembre 2020).

Chattu VK, Chami G (2020). Global health diplomacy amid the COVID-19 pandemic: a strategic opportunity for improving health, peace, and well-being in the CARICOM region: a systematic review. Soc Sci. 9(5):88 (**https://www.mdpi.com/2076-0760/9/5/88/htm**, consultato il 14 settembre 2020).

Chattu VK, Kevany S (2019). The need for health diplomacy in health security operations. Health Promot Perspect. 9(3):161-3 (**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6717919/**, consultato il 14 settembre 2020).

Chattu VK, Knight AW (2019). Port of Spain Summit Declaration as a successful outcome of global health diplomacy in the Caribbean region: a systematic review. Health Promot. Perspect. 9(3):174-80 (**https://doi.org/10.15171/hpp.2019.25**, consultato il 14 settembre 2020).

Cooper AF, Farooq AB (2015). Stretching health diplomacy beyond "global" problem solving: bringing the regional normative dimension in. Glob Soc Policy 15(3):313-28 (**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26635500**, consultato il 14 settembre 2020).

Dodds F, Donoghue D, Roesch JL (2016). Negotiating the Sustainable Development Goals: a transformational agenda for an insecure world. London: Routledge (**https://www.taylorfrancis. com/books/e/9781315527093**, consultato il 12 ottobre 2020).

Feldbaum H, Michaud J (2010). Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. PLoS Med 7(4): e1000226 (**https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000226**, consultato il 14 settembre 2020).

Frenk J, Moon S (2013). Governance challenges in global health. N Engl J Med. 368:936-42 (**https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109339**, consultato il 14 settembre 2020).

Garfield R, Devin J, Fausey J (1995). The health impact of economic sanctions. Bull N Y Acad Med. 72(2):454-69. (**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359434/**, consultato il 14 settembre 2020).

Gómez EJ, Ruger JP (2015). The global and domestic politics of health policy in emerging nations. J Health Polit Policy Law 40(1):3-11 (**https://doi.org/10.1215/03616878-2854256**, consultato il 14 settembre 2020).

Gostin LO, Sridhar D (2014). Global health and the law. N Engl J Med. 370:1732-40 (**https://www. nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1314094**, consultato il 14 settembre 2020).

Iglehart JK (2004). Advocating for medical diplomacy: a conversation with Tommy G. Thompson. Health Aff. 23:Suppl1 (**https://doi.org/10.1377/hlthaff.W4.262**, consultato il 14 settembre 2020).

Ikenberry GJ (2018). The end of liberal international order? Int Aff. 94(1):7-23. (https://academic.oup.com/ia/article/94/1/7/4762691, consultato il 14 settembre 2020).

Irwin R, Smith R (2019). Rituals of global health: negotiating the World Health Assembly. Glob Public Health 14(2):161-74 (https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1504104, consultato il 14 settembre 2020).

Jones CM, Clavier C, Potvin L (2017). Adapting public policy theory for public health research: a framework to understand the development of national policies on global health. Soc Sci Med. 177:69-77 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28161673, consultato il 14 settembre 2020).

Kallinen N (2016). What are competent diplomats made of? Exploring competency management in Finnish Foreign Service [thesis]. Vaasa: University of Vaasa (https://osuva.uwasa.fi/handle/10024/1290, consultato il 14 settembre 2020).

Katz R, Kornblet S, Arnold G, Lief E, Fischer JE (2011). Defining health diplomacy: changing demands in the era of globalization. Milbank Q. 89(3):503-23 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214719/, consultato il 14 settembre 2020).

Kevany S (2014). Global health diplomacy: a “deus ex machina” for international development and relations. Int J Health Policy Manag. 3(2):111-2 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122081/, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. BMJ 342:d3154 (https://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154.long, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I (2015). The political determinants of health: 10 years on. BMJ 350:h81 (https://www. bmj.com/content/350/bmj.h81, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I (2016). The need for a European strategy on global health. Scand J Public Health 34:561-5 (https://doi.org/10.1080/14034940600973059, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Cassels A (2018). Disruptions that shape global health. BMJ 363:2-3 (https://repository.graduateinstitute.ch/record/296678?ln=en, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Kökény M (2013). Global health diplomacy: five years on. Bull World Health Organ. 91:159-159A (http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Cassar Szabo MM (2014). A new governance space for health. Glob Health Action, 7(1) (https://doi.org/10.3402/gha.v7.23507, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Allen L, Franz C (2016). The commercial determinants of health. Lancet Glob Health 4(12):E895-6 (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0, consultato il 14 settembre 2020).

Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P (2007). Global health diplomacy: the need for new perspec- tives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ. 85(3):230-2.

Kickbusch I, Novotny TE, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S (2007). Global health diplomacy: training across disciplines. Bull World Health Organ. 85(12):971-3 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636315/, consultato il 14 settembre 2020).

Killeen OJ, Davis A, Tucker JD, Meier BM (2018). Chinese global health diplomacy in Africa: opportunities

and challenges. Glob Health Gov. 12(2):4-29 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447313/, consultato il 14 settembre 2020).

Labonté R (2018). Reprising the globalization dimensions of international health. Glob Health 14 (https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0368-3, consultato il 14 settembre 2020).

Lancet (2018). GBD [Global Burden of Disease] 2017: a fragile world [editorial]. Lancet 392:1683 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7, consultato il 14 settembre 2020).

Lancet (2019). G20 Osaka: when will global health commitments be realised? [editorial]. Lancet 394:1 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31520-X, consultato il 14 settembre 2020).

Lee K, Smith R (2011). What is "global health diplomacy"?: a conceptual review. Glob Health Gov. 5(1) (https://www.researchgate.net/publication/261833347_What_is_'Global_Health_Diplomacy'_A_Conceptual_Review, consultato il 14 settembre 2020).

Lencucha R, Kothari A, Labonté R (2010). The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. Health Policy Plan. 26(5):405-12 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051475, consultato il 14 settembre 2020).

Loewenson R, Modisenyane M, Pearcey M (2014). African perspectives in global health diploma- cy. J Health Dipl. (http://www.tarsc.org/publications/documents/loewenson%20modisenyane%20pearcey_african%20perspectives%20in%20GHD.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

Mahbubani K (2020). Diplomacy: Power or Persuasion. SAIS Review of International Affairs, 40(1):19-29. (https://muse.jhu.edu/article/763651, consultato il 12 ottobre 2020).

McBride B, Hawkes S, Buse K (2019). Soft power and global health: the Sustainable Development Goals (SDGs) era health agendas of the G7, G20 and BRICS. BMC Public Health 19 (https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7114-5, consultato il 14 settembre 2020).

Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration: global health: a pressing foreign policy issue of our time. Lancet 369:1373-8 (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PI-IS0140-6736(07)60498-X/fulltext, consultato il 14 settembre 2020).

Niklasson B (2020). The gendered networking of diplomats. Hague J. Dipl, 15(1-2):13-42 (https://brill.com/view/journals/hjd/15/1-2/article-p13_2.xml, consultato il 12 ottobre 2020).

Nikogosian H (2020). Regional integration, health policy and global health. Glob. Policy 11(4):508-514 (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1758-5899.12835, consultato il 16 novembre 2020).

Nikogosian H, Kickbusch I (2016). The legal strength of international health instruments: what it brings to global health governance? Int J Health Policy Manag. 5(12):683-5 (https://www.ijhpm.com/article_3270_dfc7f91e0d1091e8c16da06b812ae436.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

Nikogosian H, Kickbusch I (2018). Interface of health and trade: a viewpoint from health diplomacy. BMJ Glob Health 3(Suppl 1):e000491 (https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000491, consultato il 14 settembre 2020).

Paula N de (2021). Planetary health diplomacy: a call to action. The Lancet Planetary Health, 5(1):e8-e9. (**https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30300-4/abstract**, consultato il 10 febbraio 2021).

Pfetsch FR (2009). Chairing negotiations in the World Trade Organization. Négociations 11(1):121-41 (**https://www.cairn.info/revue-negociations-2009-1-page-121.htm**, consultato il 14 settembre 2020).

Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M (2016). Global health diplomacy: a critical review of the literature. Soc Sci Med. 155:61-72 (**https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616301046**, consultato il 14 settembre 2020).

Smith R, Irwin R (2016). Measuring success in global health diplomacy: lessons from marketing food to children in India. Glob Health 12(1) (**https://doi.org/10.1186/s12992-016-0169-5**, consultato il 14 settembre 2020).

Taylor AL, Dhillon IS (2011). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy. Glob. Health Gov. 5.

Taylor S (2018). "Global health": meaning what? BMJ Glob Health 3:e000843 (**https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/2/e000843.full.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Watt NF, Gomez EJ, McKee M (2013). Global health in foreign policy – and foreign policy in health?: evidence from the BRICS. Health Policy Plan. 29(6):763-73 (**https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/763/575614**, consultato il 14 settembre 2020).

Wertheim E (2002). Negotiations and resolving conflicts: an overview. Boston (MA): Northeastern University; College of Business Administration (**https://www.europarc.org/communication-skills/pdf/Negotiation%20Skills.pdf**, consultato l'11 febbraio 2020).

Documenti e Rapporti

Clift C, editor (2014). What's the World Health Organization for?: final report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance. London: Royal Institute of International Affairs [Chatham House] (**http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521WHOHealthGovernanceClift.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization (**https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/**, consultato il 14 settembre 2020).

Deloitte (2019a). 2020 global health care outlook: laying a foundation for the future. Deloitte (**https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html**, consultato il 14 settembre 2020).

Deloitte (2019b). 2019 global health care outlook: shaping the future. Deloitte (**https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). Competency framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (**https://www.oecd.org/careers/competency_framework_en.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development, World Health Organization (2016). International regulatory co-operation and international organisations: the case of the World Health Organization (WHO). Paris/Geneva: Organisation for Economic Co operation and Development/World Health Organization (**https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/WHO_Full-Report. pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

S4D4C (2019). The Madrid Declaration on Science Diplomacy. Madrid: S4D4C (**https://www.s4d4c.eu/s4d4c-1st-global-meeting/the-madrid-declaration-on-science-diplomacy/**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations (A/RES/70/1).

United Nations (2018a). Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well being of present and future generations. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. New York: United Nations (A/RES/73/2).

United Nations (2018b). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations (A/CONF.231/3; **https://undocs.org/en/A/CONF.231/3**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Universal health coverage: moving together to build a healthier world. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. New York: United Nations (A/RES/74/2; **https://undocs.org/en/A/RES/74/2**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations University Institute of Advanced Studies on Sustainability (2014). Training manual for chairs of meetings of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions. Geneva: Secretariats of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions.

Watal J, Taubman A, editors (2015). The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization (**https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm**, consultato il 14 settembre 2020).

World Economic Forum (2019). Health and healthcare in the Fourth Industrial Revolution. Insight report of the Global Future Council on the Future of Health and Healthcare 2016-2018. Geneva: World Economic Forum (**http://www3.weforum.org/docs/WEF__Shaping_the_Future_of_Health_Council_Report.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2006). Public health, innovation and intellectual property rights. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: World Health Organization (**https://www.who.int/intellectualproperty/report/en/**, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2016a). International Health Regulations (2005), 3rd edition. Geneva: World Health Organization (**https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1**, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2016b). Framework of Engagement with Non-State Actors. Geneva: World Health Organization (WHA69.10).

World Health Organization (2018a). Handbook for non-State actors on engagement with the World Health Organization. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329431, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2018b). COP24 special report: health and climate change. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2018c). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019a). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019b). Stronger collaboration, better health. Global Action Plan for Healthy Lives and Well being for All. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2020a). Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 1-19 (http://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2020b). Rules of procedure of the World Health Assembly. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 173-206 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2020c). Rules of procedure of the Executive Board of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 207-224 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2020d). WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). In: WHO [website] (https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov), consultato il 12 ottobre 2020).

World Health Organization, United Nations Children's Fund (2018). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization/United Nations Children's Fund (WHO/HIS/SDS/2018.61; https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization, World Bank (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization, World Trade Organization (2002). WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization/World Trade Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/42535, consultato il 14 settembre 2020).

Fonti online

Bernes TA (2020). COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation (**https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20/**, consultato il 14 settembre 2020).

France, Ministry of Europe and Foreign Affairs (2018). Health: launch of the campaign to replenish the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. In: Ministry of Europe and Foreign Affairs [website]. Paris: Ministry of Europe and Foreign Affairs.

Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? In: Gavi [website]. Geneva/Washington (DC): Gavi, the Vaccine Alliance (**https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkley-explains-covax-pillar**, consultato il 14 settembre 2020).

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. The AMR Action Fund. In: IFPMA [website]. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (**https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-action-fund/**, consultato il 14 settembre 2020).

International Institute for Sustainable Development (2020). As decade of action has become a decade of recovery, HLPF focuses on pandemic response. In: IISD/SDG Knowledge Hub [website]. International Institute for Sustainable Development (**https://sdg.iisd.org:443/news/as-decade-of-action-has-become-a-decade-of-recovery-hlpf-focuses-on-pandemic-response/**, consultato il 14 settembre 2020).

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2020). World leaders unite in call for a people's vaccine against COVID-19. In: UNAIDS [website]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (**https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200514_COVID-19-vaccine**, consultato il 14 settembre 2020).

Organisation for Economic Co operation and Development (n.d.). Official development assistance (ODA). In: OECD/Development Assistance Committee [website]. Paris: Organisation for Economic Co operation and Development (**https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/official-development-assistance.htm**, consultato il 14 settembre 2020).

Vskills (2019). Strategies for negotiation. In: Vskills/Tutorials [website]. (**https://www.vskills.in/certification/tutorial/life-skills/strategies-for-negotiation/**, consultato il 14 settembre 2020).

Wageningen Centre for Development Innovation (n.d.). Stakeholder analysis: importance/influence matrix. In: Multi-Stakeholder Partnerships [website]. Wageningen: Wageningen University and Research; Centre for Development Innovation.

Siti e pagine web

Building Leadership for Health (by Graham Lister)

Global health diplomacy: **https://www.building-leadership-for-health.org.uk/global-health-diplomacy/** [Questa pagina web contiene i link ai programmi di apprendimento della Federazione internazionale delle associazioni degli studenti di medicina (International Federation of Medical Students' Associations)]

Chatham House

Global health: **https://www.chathamhouse.org/research/themes/global-health**

European Union

Global health: **https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/global_health_en**

Gavi, the Vaccine Alliance

Homepage: **https://www.gavi.org/**

Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents

Homepage: **https://www.globalfinancingfacility.org/** (The Global Financing Facility aiuta i governi dei paesi a basso e medio reddito a trasformare il modo in cui danno priorità e finanziano la salute e la nutrizione)

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Homepage: **https://www.theglobalfund.org/en/**

Global Health Council

Homepage: **https://globalhealth.org/**

Graduate Institute of International and Development Studies

Global Health Centre: **https://graduateinstitute.ch/globalhealth**

Henry J. Kaiser Family Foundation

Global health policy: **https://www.kff.org/global-health-policy/** (Tratta principalmente il ruolo degli Stati Uniti)

Institute for Health Metrics and Evaluation

Homepage: **http://www.healthdata.org/** [Si veda in particolare il rapporto Financing global health 2018: countries and programs in transition (2019)]

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

Homepage: **https://www.unaids.org/en**

Organisation for Economic Co-operation and Development

Health: **https://www.oecd.org/health/**

UHC2030

Homepage: **https://www.uhc2030.org/** (Questa piattaforma *multi-stakeholder* promuove la collaborazione per il rafforzamento dei sistemi sanitari e per il raggiungimento della copertura sanitaria universale)

United Nations (Nazioni Unite)

Sustainable Development Goals Knowledge Platform: **https://sustainabledevelopment.un.org/**

Women in Global Health

Homepage: **https://www.womeningh.org/**

World Bank (Banca Mondiale)

Health: **http://www.worldbank.org/en/topic/health**

World Health Organization (Organizzazione Mondiale della Sanità)

Homepage: **https://www.who.int/en/** (Include i link a tutti e sei gli uffici regionali dell'OMS)

Governance: **http://apps.who.int/gb/gov/** (Fornisce una panoramica di tutti i processi relativi alla governance dell'OMS, compresi la documentazione, i registri e il regolamento interno degli organi direttivi)

WHO Framework Convention on Tobacco Control (Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo): **https://www.who.int/fctc/en/**

ALLEGATO 3 Elenco dei riquadri

RIQUADRO 1 Negoziare all'Organizzazione Mondiale della Sanità

RIQUADRO 2 Negoziare la salute al G7 e al G20

RIQUADRO 3 Decolonizzare la diplomazia della salute globale

RIQUADRO 4 La diplomazia della scienza incontra la diplomazia della salute: esempi recenti

RIQUADRO 5 La *Belt and Road Initiative* cinese e la sua rilevanza per la salute

RIQUADRO 6 Diplomazia umanitaria e salute

RIQUADRO 7 Salute e diritti umani

RIQUADRO 8 Le donne come diplomatiche della salute globale

RIQUADRO 9 Negoziare la salute all'Organizzazione Mondiale del Commercio

RIQUADRO 10 Il modello di governance di Gavi, l'Alleanza per i vaccini

RIQUADRO 11 Il modello di governance del Fondo globale per la lotta contro AIDS, Tubercolosi e Malaria

RIQUADRO 12 Quali sono le caratteristiche dei negoziati sulla salute alle Nazioni Unite?

RIQUADRO 13 Diplomazia della salute globale in Africa

RIQUADRO 14 Preparazione di una strategia nazionale sulla salute globale

RIQUADRO 15 Competenze necessarie per condurre negoziati sulla salute globale

RIQUADRO 16 Diplomazia della città per la salute globale

RIQUADRO 17 Preparazione ai negoziati a Ginevra

Casi studio

PEXELS – MONSTERA PRODUCTION

Negoziati per la risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità sulla trasparenza dei prezzi (2019)

Titolo completo: Negoziati che hanno portato all'adozione della risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità WHA72.8 sul miglioramento della trasparenza dei mercati di farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari

Autrice: Catherine Saez

Introduzione

Il 28 maggio 2019, in occasione della 72a Assemblea mondiale della sanità, gli Stati membri hanno adottato una risoluzione volta a migliorare la trasparenza dei mercati dei farmaci, dei vaccini e di altri prodotti sanitari, compresi i dispositivi medici, i diagnostici, i prodotti di assistenza, le terapie basate su cellule e geni e altre tecnologie sanitarie (WHO, 2019a).[1]

Descritta da molti come una decisione storica, questa risoluzione è stata concordata dopo intensi negoziati che hanno incluso diverse sessioni notturne. Il linguaggio della versione finale era leggermente meno ambizioso di quello della proposta originale presentata nel febbraio 2019 dall'Italia, a cui si sono aggiunti nove paesi sostenitori all'apertura della 72a Assemblea mondiale della sanità a maggio. Tuttavia, per la prima volta è stata adottata una risoluzione dell'OMS che esorta esplicitamente i Paesi a condividere pubblicamente le informazioni sui prezzi netti dei prodotti sanitari.

Solo tre Paesi si sono dissociati dalla risoluzione: Germania, Ungheria e Regno Unito (Fletcher, 2019).

La risoluzione ha chiesto trasparenza sui prezzi effettivamente pagati per i prodotti sanitari nei mercati nazionali e globali, nonché maggiori dati sui costi di ricerca e sviluppo dei farmaci, sui costi delle sperimentazioni cliniche e sullo stato dei brevetti dei farmaci. A motivare la risoluzione, la necessità di affron-

[1] Le citazioni nel testo di questo caso studio si riferiscono ai riferimenti presenti nell'elenco alla fine del caso studio, non a quelli dell'Allegato 2.

tare l'enorme disparità dei prezzi dei farmaci tra i vari Paesi. Come sottolineato dai proponenti, alcuni farmaci sono paradossalmente più costosi nei Paesi a basso reddito che in quelli ad alto reddito (Saez, 2019a).

La posta in gioco: prezzi elevati, disparità e mancanza di trasparenza

L'accesso ai farmaci e ai prodotti sanitari è in gran parte condizionato dai prezzi. Il *Medicine Price Index* 2019 ha rilevato che "una delle maggiori disparità nel mondo quando si tratta di accesso alle cure è il prezzo dei farmaci" (Medbelle, 2019). Con l'aumento delle malattie non trasmissibili – in particolare nei Paesi a basso e medio reddito – e l'invecchiamento della popolazione mondiale, il carico sanitario globale è in aumento. Le nuove terapie salvavita, spesso protette da brevetti, vengono commercializzate a prezzi che mettono a dura prova le risorse dei sistemi sanitari, anche nei Paesi ricchi.

Il problema dell'inaccessibilità dei farmaci non è nuovo per i Paesi a basso e medio reddito. È stato portato per la prima volta all'attenzione internazionale dall'epidemia di HIV/AIDS, in cui milioni di persone sono rimaste senza accesso ai farmaci. Un nuovo fattore, tuttavia, è il crescente disagio dei Paesi ad alto reddito per i prezzi dei nuovi farmaci, innescato dal costo elevato del nuovo trattamento salvavita per l'epatite C commercializzato da Gilead nel 2014. Alcuni Paesi ad alto reddito hanno iniziato a mettere in discussione i prezzi elevati dei nuovi farmaci e la trasparenza delle trattative sui prezzi con l'industria farmaceutica.

Disparità dei prezzi dei farmaci tra Paesi

Si prevede che nei prossimi anni molti Paesi a basso reddito aumenteranno il loro prodotto interno lordo (PIL), perdendo così l'ammissibilità agli aiuti delle agenzie donatrici e dovranno dunque negoziare i prezzi dei farmaci direttamente con le aziende farmaceutiche.

La mancanza di trasparenza nei prezzi pagati all'industria farmaceutica per i farmaci, sia di marca che generici, porta a notevoli disparità di prezzo tra i Paesi. Nel suo 13° Programma Generale di Lavoro (*General Programme of Work* – GPW 13) l'OMS ha osservato come "in molti contesti, la principale causa di difficoltà finanziarie è rappresentata dai pagamenti diretti a carico dei pazienti (*out-of-pocket*) per l'acquisto di farmaci"(WHO, 2019b). Come sottolineato nelle Linee guida dell'OMS sulle politiche di prezzo dei farmaci nei Paesi in via di sviluppo (*Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies*), "fino al 90% della popolazione acquista i farmaci di tasca propria, rendendo i farmaci la principale voce di spesa familiare dopo il cibo" (WHO, 2015).

Figura 1. Spesa a carico dei pazienti (*Out-of-pocket*) (%) nel 2015

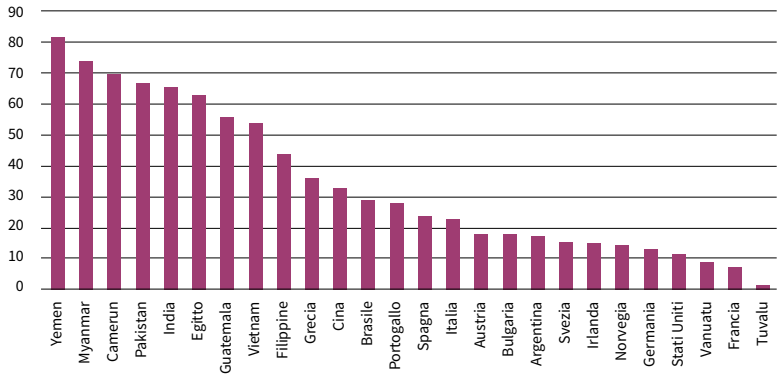
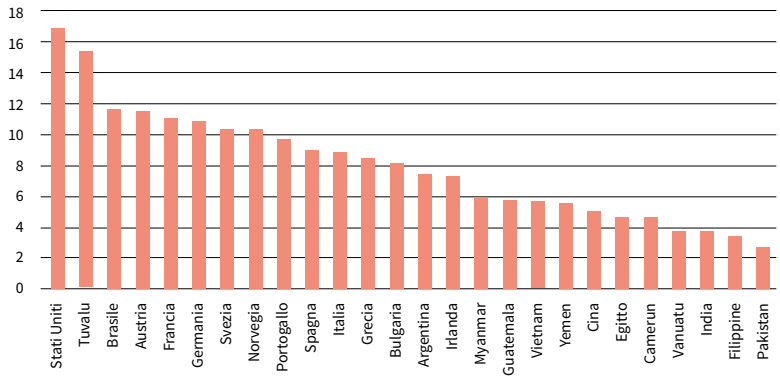


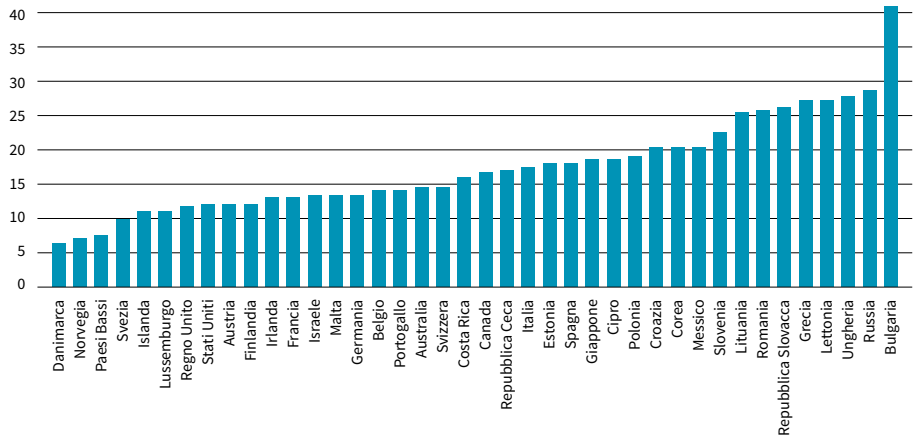
Figura 2. Spesa sanitaria nel 2016 (% del PIL)



Secondo il *Global Health Observatory* (WHO, 2020), la spesa a carico dei pazienti (*out-of-pocket*) ha rappresentato circa il 32% della spesa sanitaria globale nel 2015.

Tuttavia, esistono notevoli disparità tra i Paesi, come si può vedere nella figura 1. Allo stesso modo, i dati della Banca Mondiale (2016) evidenziano grandi disparità nella spesa sanitaria tra i Paesi, come mostrato nella figura 2.

Figura 3. Spesa farmaceutica (% sul totale della spesa sanitaria, 2018 o ultimo anno disponibile



Uno studio condotto da *Health Action International* (Hawlik & Delavière, 2016) ha rilevato che i prezzi dei farmaci ospedalieri in quattro Stati membri dell'UE (Austria, Francia, Lettonia e Spagna) non sono correlati al PIL pro capite: i prezzi dei cinque farmaci esaminati (per il cancro, le malattie reumatiche e l'epatite C) erano più alti in Lettonia e Spagna rispetto ad Austria e Francia, nonostante i primi due Paesi abbiano un PIL pro capite inferiore.

Tali disparità sono state rilevate da numerosi studi, tra cui quello di Iyengar et al. (2016), che ha riscontrato grandi variazioni tra i Paesi nei prezzi di due nuovi farmaci per l'epatite C e ha concluso: "I Paesi più poveri potrebbero pagare prezzi maggiorati rispetto ai Paesi più ricchi".

Il *Medicine Price Index 2019* (Medbelle, 2019) ha confrontato i prezzi di 13 composti farmaceutici prevalenti in 50 Paesi, indipendentemente dal fatto che i farmaci fossero coperti da un sistema sanitario o pagati dai pazienti, a proprie spese. Nello studio sono state incluse sia le versioni brandizzate che quelle generiche di farmaci utilizzati per patologie comuni, e si è scoperto che la discrepanza rispetto al prezzo mediano variava da +306,82% negli Stati Uniti a -93,93% in Thailandia.

L'OCSE ha determinato un indicatore della spesa farmaceutica come quota della spesa sanitaria totale – espressa sia in dollari USA pro capite che come quota del PIL – per una serie di Paesi (OECD, 2020), come si può vedere nella figura 3.

Disparità determinate dalla mancanza di trasparenza

Gli autori di uno studio del 2019 sugli accordi di riservatezza nell'industria farmaceutica hanno osservato come il significativo aumento della spesa sanitaria associato a nuovi

trattamenti molto costosi stesse spingendo i Paesi a negoziare sconti con le aziende produttrici. La mancanza di trasparenza derivante da tali accordi di riservatezza impediva un accesso equo ai prodotti sanitari essenziali e rendeva il mercato farmaceutico difficile da regolamentare (Iunes et al., 2019).

Alcuni Paesi fissano i prezzi di riferimento per i farmaci da prescrizione sulla base dei prezzi di listino ufficiali, che sono più alti dei prezzi effettivi pagati dopo le negoziazioni con i produttori.

Come osservato nel già citato studio di *Health Action International* (Hawlik & Devalière, 2016), "l'opacità dei prezzi effettivi dei farmaci in tutta l'UE rende difficile valutare l'equità e l'accessibilità dei prezzi. È impossibile accedere ai dati sui veri prezzi dei farmaci dopo la negoziazione con il produttore".

Gli sforzi per affrontare il problema dei prezzi elevati dei farmaci prima della 72a Assemblea mondiale della sanità

Il problema dei prezzi elevati dei farmaci è stato discusso in vari forum internazionali nel corso degli anni. Tuttavia, la mancanza di trasparenza nelle negoziazioni dei prezzi con i produttori ha attirato la massima attenzione solo negli ultimi tempi, poiché studi come quelli citati in precedenza hanno rilevato grandi disparità a livello mondiale. I Paesi ad alto reddito hanno dovuto iniziare a razionare i trattamenti a causa del loro costo, e alcuni di essi hanno persino preso in considerazione la possibilità di utilizzare le flessibilità previste dall'Accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio, detto Accordo TRIPS *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, TRIPS Agreement*), originariamente concepite per aiutare i Paesi in via di sviluppo e quelli meno sviluppati ad accedere a versioni generiche dei farmaci a prezzi inferiori.

Iniziative globali che evidenziano la necessità di trasparenza

Sono state lanciate diverse iniziative globali per cercare di facilitare l'accesso ai farmaci e aumentare la trasparenza dei loro prezzi. Ad esempio, la *Roadmap for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products* 2019-2023 dell'OMS, presentata alla 72a Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019, sottolinea l'importanza della trasparenza, sia nei risultati delle sperimentazioni cliniche, nello stato dei brevetti dei farmaci e delle tecnologie sanitarie, nei costi di ricerca e sviluppo, sia per quanto riguarda i prezzi, l'approvvigionamento e il rimborso (WHO, 2019c).

Nel maggio 2017, l'OMS ha tenuto il primo Forum sui prezzi equi (*Fair Pricing Forum*), durante il quale è stato evidenziato che "in molti Paesi i prezzi pubblicati dei farmaci non sono i prezzi effettivamente pagati". Inoltre, i governi in genere non si rendono conto del potere contrattuale che hanno. Infatti "potrebbero negoziare in modo più efficace se condividessero le informazioni sui prezzi e si unissero per ridurre i costi transazionali e porre maggiore enfasi sulle negoziazioni prezzo-volume". È stato suggerito che i governi dovrebbero accettare di segnalare i casi in cui il prezzo pubblicato non è quello effettivamente pagato, al fine di garantire una maggiore trasparenza sui prezzi (WHO, 2017).

L'OMS ha organizzato un secondo Forum sui prezzi equi nell'aprile 2019. I partecipanti

hanno nuovamente sottolineato l'importanza della trasparenza dei prezzi e hanno esplorato i modi per migliorarla. A quel punto, la bozza di risoluzione sulla trasparenza dei mercati dei prodotti sanitari era stata presentata dall'Italia e l'allora Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco, Luca Li Bassi, ne aveva discusso al Forum (WHO, 2019d).

In precedenza, nel 2016, il rapporto del gruppo di alto livello del Segretario generale delle Nazioni Unite sull'accesso ai farmaci (*United Nations Secretary-General High-Level Panel on Access to Medicines*) aveva sottolineato la necessità di trasparenza nei costi di R&S, commercializzazione, produzione e distribuzione. In particolare, il rapporto osservava che "gli attuali database pubblici dei prezzi delle tecnologie sanitarie gestiti da organizzazioni internazionali e gruppi della società civile, pur essendo lodevoli, tendono a essere limitati nella portata e nell'accuratezza, in parte a causa di sconti, maggiorazioni, tasse e differenze di prezzo regionali" (*UN High-Level Panel on Access to Medicines, 2016*).

Lanciato nel 2014, il progetto V3P (*Vaccine Product, Price and Procurement*) dell'OMS, diventato poi nel 2017 MI4A (*Market Information for Access*), è una vera e propria banca dati che mira a facilitare il confronto delle informazioni sui prezzi, fornendo ai Paesi dati accurati e utili sui prodotti e sui prezzi dei vaccini[2] Le organizzazioni internazionali che agiscono come agenzie di approvvigionamento, come l'UNICEF e la PAHO, forniscono risorse sui prezzi e sugli acquisti per il Progetto V3P, così come diversi Paesi tra cui Francia, Paesi Bassi, Portogallo, Sudafrica, Svezia e Stati Uniti. Tramite l'iniziativa MI4A sono state raccolte informazioni sui mercati globali dei vaccini, con più di 190 Stati membri che hanno segnalato oltre 800 prodotti specifici per 100 tipi di vaccini, che il team dell'OMS per l'Accesso Globale rende pubblicamente disponibile per fornire ai Paesi informazioni di mercato che possano informare la scelta dei prodotti, sostenere la pianificazione finanziaria, aiutare a ottimizzare i budget, migliorare l'approvvigionamento e rafforzare il processo decisionale nazionale, regionale e globale.

Nel 2017 l'OCSE ha proposto gli acquisti congiunti tra più Paesi come metodo per affrontare i prezzi elevati e l'asimmetria informativa tra Paesi e aziende globali. L'OCSE raccomanda di "garantire un adeguato grado di trasparenza del sistema degli appalti pubblici in tutte le fasi del ciclo di approvvigionamento" e di consentire il libero accesso a tutte le parti interessate, compresi "i potenziali fornitori nazionali ed esteri, la società civile e il pubblico in generale".

Sforzi regionali per aumentare la trasparenza

Un esempio noto e ampiamente citato di sforzi regionali per aumentare la trasparenza dei prezzi dei farmaci è il Fondo strategico della PAHO, un meccanismo di cooperazione tecnica regionale che sostiene l'acquisto in comune di farmaci essenziali e forniture sanitarie strategiche[3].

Alcuni Paesi dell'UE, come i Paesi Bassi, hanno espresso forti preoccupazioni sui prezzi dei farmaci e si è cercato di organizzare ne-

[2] https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/vaccine-access/mi4a

[3] https://www.paho.org/en/paho-strategic-fund

goziati congiunti con il settore farmaceutico.

Così, nel 2015, i ministri della Salute belga e olandese hanno firmato una dichiarazione di intenti per negoziare i prezzi congiuntamente con il settore farmaceutico. A Belgio e Paesi Bassi si sono poi aggiunti Austria, Irlanda e Lussemburgo in quella che oggi è nota come l'Iniziativa Beneluxa. L'iniziativa mira a facilitare l'accesso ai farmaci, in particolare a quelli più nuovi e costosi, e a ottenere una maggiore trasparenza sulla determinazione dei costi dei prodotti farmaceutici e sui prezzi nei diversi Paesi ("Beneluxa Initiative", 2015).

Separatamente, il Gruppo della Dichiarazione della Valletta – istituito nel 2017 da Cipro, Grecia, Italia, Malta, Portogallo e Spagna, a cui si sono aggiunti successivamente Croazia, Irlanda, Romania e Slovenia – sta cercando di aumentare la trasparenza dei prezzi dei farmaci e di facilitare le iniziative di acquisto congiunte. Alla Francia è stato concesso lo status di osservatore alle riunioni del Gruppo.

Risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità WHA72.8

Contenuto

Sebbene non sia giuridicamente vincolante, la risoluzione adottata dalla 72a Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 è stata subito salutata come un grande successo. La risoluzione WHA72.8 è il primo accordo internazionale sull'aumento della trasparenza dei mercati dei farmaci. Guidata dall'Italia, ha ottenuto un sostegno schiacciante da parte delle delegazioni, dopo lunghi negoziati che hanno eliminato le disposizioni più controverse.

La risoluzione esorta ogni Stato membro in particolare a:

- adottare misure per condividere pubblicamente le informazioni sui prezzi netti[4] dei prodotti sanitari;
- adottare misure per sostenere la divulgazione e l'accesso alle informazioni sui costi derivanti dalle sperimentazioni cliniche su soggetti umani, indipendentemente dai loro esiti o dal fatto che i risultati supportino o meno una domanda di approvazione per la commercializzazione;
- lavorare in modo collaborativo per migliorare la comunicazione di informazioni da parte dei fornitori di prodotti sanitari registrati, come ad esempio rapporti sui ricavi delle vendite, sui prezzi, sulle unità vendute, sui costi di commercializzazione, sui sussidi e sugli incentivi.

La risoluzione, inoltre, invita l'OMS in particolare a:

- sostenere gli Stati membri nella raccolta e nell'analisi di informazioni sui dati economici lungo la filiera dei prodotti sanitari;
- sostenere gli Stati membri, in particolare i Paesi a basso e medio reddito, nello sviluppo e nell'attuazione delle politiche nazionali relative alla trasparenza dei mercati dei prodotti sanitari;
- sostenere la ricerca e monitorare l'impatto della trasparenza dei prezzi sull'accessibilità e la disponibilità dei prodotti sanitari, compreso l'effetto sulla tariffazione differenziata;

[4] Per prezzo netto si intende l'importo ricevuto dai produttori dopo aver sottratto tutti i ribassi, gli sconti e gli altri incentivi.

- analizzare la disponibilità dei dati concernenti i fattori di produzione lungo tutta la filiera, compresi i dati sugli studi clinici e le informazioni sui prezzi;
- continuare a convocare il Forum sui prezzi equi (*Fair Pricing Forum*) ogni due anni;
- continuare a sostenere gli sforzi per influenzare lo stato dei brevetti dei prodotti sanitari.

Un rapporto sui progressi compiuti nell'attuazione della risoluzione dovrebbe essere consegnato alla 74a Assemblea mondiale della sanità, attraverso il Consiglio esecutivo, nella sua 148a sessione del 2021*.

Costi relativi a ricerca e sviluppo, marketing e studi clinici esclusi dagli obblighi di trasparenza

Diverse versioni della bozza di risoluzione erano in circolazione tra gli Stati membri, sia prima che durante la 72a Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019, poiché i proponenti hanno convocato numerosi incontri informali e sessioni di negoziazione per cercare di trovare un terreno comune in vista dell'Assemblea della Sanità.

L'ONG *Knowledge Ecology International*, che ha seguito da vicino le discussioni, ha pubblicato sei versioni preliminari della bozza di proposta.

Dopo aver esaminato la proposta originale, sono stati raggiunti diversi compromessi: alcuni elementi del testo hanno dovuto essere eliminati o modificati, in quanto i delegati hanno cercato di trovare un linguaggio su cui la maggior parte di loro potesse essere d'accordo. Ad esempio, la proposta originale presentata dall'Italia nel febbraio 2019 (KEI, 2019a):

- poneva come condizione per la registrazione di farmaci e vaccini le informazioni su costi di R&S e sperimentazione clinica, commercializzazione, sovvenzioni, crediti d'imposta, ricavi di vendita, prezzi e quantità;
- esortava gli Stati membri a stabilire standard minimi di trasparenza sulle informazioni provenienti dalle sperimentazioni cliniche;
- richiedeva all'OMS di raccogliere e analizzare i dati sulle tecnologie sanitarie di rilevanza per la salute pubblica, compresi i costi effettivi di produzione di specifici farmaci, vaccini e tecnologie sanitarie; e
- esortava gli Stati membri a evitare di includere negli accordi commerciali misure che possano limitare la trasparenza delle informazioni provenienti dalle sperimentazioni cliniche, la legittima divulgazione del *know-how* sulla produzione di farmaci e vaccini, o la comunicazione di dati sui prezzi e sui ricavi di prodotti farmaceutici,

* *Nota dei curatori:* Il rapporto sui progressi compiuti nell'attuazione della risoluzione è stato consegnato nel frattempo alla 74a Assemblea mondiale della sanità, attraverso il Consiglio esecutivo, nella sua 148a sessione del 2021 ed è disponibile online: *Executive Board EB148/9 148th session, 16 December 2020, Provisional agenda item 7: Expanding access to effective treatments for cancer and rare and orphan diseases, including medicines, vaccines, medical devices, diagnostics, assistive products, cell- and gene-based therapies and other health technologies; and improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products – Report by the Director-General* (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_9-en.pdf).

vaccini e tecnologie sanitarie, nonché di altre informazioni mediche o economiche rilevanti.

La bozza di risoluzione presentata da Italia, Grecia, Egitto, Malesia, Portogallo, Serbia, Slovenia, Sudafrica, Spagna, Turchia e Uganda (KEI, 2019b) sollecitava gli Stati membri a:

- prendere provvedimenti per condividere pubblicamente le informazioni sui prezzi e sui costi di rimborso di farmaci, vaccini, terapie cellulari e geniche e altre tecnologie sanitarie;
- richiedere che tutti i risultati delle sperimentazioni cliniche su soggetti umani fossero res pubblici, compresi i costi sostenuti per intraprendere ciascuna sperimentazione e i finanziamenti diretti, i crediti d'imposta o altre sovvenzioni ricevute dai governi;
- richiedere che le seguenti informazioni siano rese pubbliche per farmaci, vaccini, terapie cellulari e geniche: relazioni annuali sui ricavi delle vendite, sui prezzi e sulle unità vendute; relazioni annuali sui costi di marketing sostenuti per ogni prodotto o procedura registrata; i costi di R&S direttamente associati a ogni sperimentazione clinica utilizzata per sostenere la registrazione di un prodotto o di una procedura; e tutte le sovvenzioni, i crediti d'imposta o qualsiasi altra sovvenzione e incentivo del settore pubblico relativi all'approvazione normativa iniziale.

La risoluzione adottata (WHA72.8), invece:

- non richiede la divulgazione dei costi di R&S;
- chiede che siano resi noti soltanto i costi derivanti da sperimentazioni cliniche su soggetti umani, se già disponibili al pubblico o forniti volontariamente;
- richiede tuttavia una maggiore disponibilità dei risultati delle sperimentazioni cliniche, indipendentemente dai risultati ottenuti o dal fatto che i risultati supportino una domanda di approvazione per la commercializzazione;
- non richiede la divulgazione dei costi di produzione;
- non si propone di impedire misure negli accordi commerciali che limitino la trasparenza delle informazioni provenienti da sperimentazioni cliniche, la divulgazione legittima del *know-how* di produzione di farmaci e vaccini, o la comunicazione di dati sui prezzi di farmaci, vaccini e tecnologie sanitarie, come previsto nella proposta originale italiana.

Negoziati

Quando i Paesi ad alto reddito hanno iniziato a sentire il pesante onere finanziario dei nuovi farmaci, si sono fatti sentire e si sono uniti ai Paesi in via di sviluppo nella ricerca di soluzioni per ridurre i prezzi.

Alla riunione del Consiglio esecutivo dell'OMS del gennaio 2019, la Romania, a nome di tutti gli Stati membri dell'UE, ha sostenuto un approccio olistico, che comprende prezzi equi e trasparenza. Il Portogallo ha citato in particolare il prezzo dei farmaci per l'epatite C e per il cancro, sottolineando come la mancanza di trasparenza "predomini in tutta la catena farmaceutica". L'Italia ha chiesto uno strumento per affrontare il problema dell'accesso ai prodotti sanitari e ha espresso

interesse per una risoluzione dell'OMS sulla trasparenza dei prezzi dei farmaci alla prossima Assemblea mondiale della sanità* – la prima volta che viene proposta una risoluzione di questo tipo. Anche altri Paesi hanno chiesto la trasparenza sui prezzi, tra cui il Bangladesh, lo Stato Plurinazionale della Bolivia e il Cile (Saez, 2019b).

All'inizio di febbraio 2019, l'Italia ha presentato una bozza di proposta per migliorare la trasparenza dei mercati di farmaci, vaccini e altre tecnologie sanitarie. Il 29 aprile, una bozza di risoluzione sullo stesso tema è stata presentata da 10 Stati membri (Italia, Grecia, Malesia, Portogallo, Serbia, Slovenia, Sudafrica, Spagna, Turchia e Uganda) per essere discussa alla 72a Assemblea mondiale della sanità in programma tra il 20 e il 28 maggio. Sono seguiti intensi negoziati con gli altri Stati membri prima dell'apertura dell'Assemblea mondiale della sanità.

Il 20 maggio 2019, primo giorno della 72a Assemblea mondiale della sanità, un *side event* sull'accesso ai farmaci, ai vaccini e ai prodotti sanitari (incentrato su come garantire la trasparenza dei mercati e prodotti di qualità a prezzi accessibili al fine di raggiungere una copertura sanitaria universale) è stato organizzato da Italia e Repubblica di Corea, con il supporto di Costa Rica, Grecia, Indonesia, Messico, Mongolia, Paesi Bassi, Portogallo, Arabia Saudita, Spagna e Vietnam (Saez, 2019c).

La bozza di risoluzione non era ancora stata presentata all'Assemblea mondiale della sanità e la sala di questo *side event* era stracolma, con molti ministri della Sanità presenti. Gli oratori hanno sottolineato i prezzi elevati dei farmaci, la segretezza dei costi di ricerca e sviluppo e i prezzi negoziati ottenuti da alcuni Paesi.

In particolare, un rappresentante del Ministero della Salute cipriota ha parlato di "pratiche non etiche" da parte dell'industria farmaceutica. Cipro, che ha una popolazione esigua e non ha potere negoziale, si vede richiedere prezzi molto più alti di quelli concessi ad altri Paesi. Uno studio condotto a Cipro aveva esaminato tutti i prodotti approvati dall'Agenzia europea per i medicinali (*European Medicines Agency,* EMA) a partire dal 2011, scoprendo che l'industria tendeva ad aspettare circa quattro anni prima di rilasciare i nuovi prodotti approvati dall'EMA a Cipro, riservandoli prima ai Paesi più ricchi del Nord Europa.

L'allora Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Luca Li Bassi, osservava che sarebbe stato interessante capire se effettivamente si registravano prezzi differenziati in base al PIL dei Paesi, citando l'esempio di un vaccino contro lo pneumococco che costava il doppio in Libano rispetto alla Grecia. Li Bassi ha quindi chiesto la disponibilità di informazioni più complete a sostegno di decisioni politiche più informate. I Paesi sono i maggiori investitori nell'industria farmaceutica e dovrebbero essere in grado di influenzare il mercato.

Armando Bartolazzi, all'epoca Sottosegretario alla Salute dell'Italia, ha osservato che la trasparenza è stata riconosciuta come una soluzione al problema del numero crescente di farmaci altamente efficaci ma non accessibili.

**Nota dei curatori:* l'Assemblea mondiale si è tenuta nel maggio 2019 e, come esplicitato di seguito ha effettivamente approvato la risoluzione intitolata "*Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products*" (WHA 78.2) https://apps.who.int/iris/handle/10665/329301

Bruno Bruins, Ministro della Sanità dei Paesi Bassi, ha sostenuto che i Paesi dovrebbero essere più trasparenti sul prezzo che sono disposti a pagare, mentre Sarangerel Davaajantsan, Ministro della Sanità della Mongolia, ha affermato che il prezzo dei farmaci diminuirebbe se il principio della trasparenza venisse ufficializzato, in quanto creerebbe concorrenza tra i fornitori.

Trattative riservate su sconti e ribassi contribuiscono a mantenere alti i prezzi di listino, compromettendo l'efficacia di un sistema di fissazione di prezzi di riferimento esterni, ha affermato Soonman Kwon della *Graduate School of Public Health* della *Seoul National University*, mentre Nikos Raptis, consigliere speciale del Ministro della salute greco, ha aggiunto che le clausole di non divulgazione che i Paesi sono costretti a firmare rappresentano un modo per l'industria farmaceutica di continuare la propria politica del "*divide et impera*".

Tra il pubblico, Anban Pillay, vicedirettore generale della previdenza sanitaria nazionale (*National Health Insurance*) presso il Dipartimento della Salute del Sudafrica, ha invitato i Paesi a seguire l'esempio del Sudafrica, che ha emanato una legge per contrastare i contratti di non divulgazione e richiedere informazioni alle aziende farmaceutiche, ad esempio sul prezzo dei loro prodotti.

Questo *side event* è stato seguito da un'intensa serie di negoziati tra gli Stati membri nei giorni successivi. Il 23 maggio, poiché le discussioni non avevano portato ad alcun consenso, venne istituito un gruppo di redazione del testo poichè la bozza di risoluzione veniva costantemente riempita di commenti e riserve: erano state proposte quasi 100 aggiunte, cancellazioni ed emendamenti. Con l'avvicinarsi della discussione in plenaria, prevista per il 24 maggio, rimaneva incerto se si sarebbe mai raggiunto un consenso (Saez, 2019d).

Erano i Paesi con una forte industria farmaceutica a proporre revisioni ed emendamenti alla bozza di testo. In particolare, mentre Germania e Regno Unito chiedevano continue revisioni sull'intero testo, altri, tra cui Giappone, Svizzera e Stati Uniti, chiedevano modifiche a sezioni specifiche, in particolare quelle riguardanti la divulgazione dei costi di R&S e delle sperimentazioni cliniche.

Gli Stati membri dell'UE erano divisi: alcuni sostenevano la bozza di risoluzione, mentre altri manifestavano apertamente la loro opposizione. Alcuni Paesi, come la Germania e il Regno Unito, hanno argomentato che la bozza di testo era stata preparata troppo in fretta e che avrebbe dovuto passare al vaglio del Consiglio esecutivo dell'OMS a gennaio prima di essere sottoposta all'esame dell'Assemblea mondiale della sanità.

Alla data del 24 maggio erano stati compiuti pochi progressi. Ulteriori negoziati sono stati condotti a porte chiuse e la sessione plenaria formale prevista per quella data, un venerdì, è stata rinviata al lunedì successivo (27 maggio). Durante la sessione del 24 maggio, alcuni Paesi nordici, in particolare Finlandia e Norvegia, hanno espresso il loro sostegno alla risoluzione. Anche gli Stati Uniti e la Svizzera si erano finalmente espressi a favore delle disposizioni proposte che chiedevano la pubblicazione dei prezzi di listino dei farmaci venduti e acquistati nei mercati nazionali; ma continuavano ad essere contrari alla divulgazione dei costi di ricerca e sviluppo e delle sperimentazioni cliniche dei farmaci al mo-

mento dell'approvazione normativa, anche se il finanziamento proviene da fonti pubbliche (Saez, 2019a).

Il 27 maggio, dopo un'intera giornata di negoziati e l'ennesimo rinvio della sessione plenaria incaricata di esaminare la bozza di risoluzione (rinviata all'ultimo giorno dell'Assemblea mondiale della sanità), la prospettiva di un accordo si è finalmente fatta più concreta grazie all'aumento del numero di sostenitori, saliti a 19. Tra i nuovi sostenitori, la Repubblica di Corea e Malta. Inoltre, Brasile, Ecuador, Norvegia, Paesi Bassi, Svizzera e Tailandia hanno espresso il loro sostegno di principio alla risoluzione (Saez, 2019e).

Mentre un gruppo centrale di circa 30 delegati – guidato dall'Italia e composto, tra gli altri, da Brasile, Giappone, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera, Thailandia, Regno Unito e Stati Uniti – ha continuato a lavorare fino alla tarda notte di lunedì 27 maggio, alcuni Paesi, come la Germania, avevano ormai abbandonato il tavolo dei negoziati. La Turchia avrebbe ritirato invece il suo precedente sostegno alla bozza di risoluzione, una mossa che alcuni osservatori collegano alle obiezioni sollevate dalla Germania.

Secondo fonti interne alla sala, un momento cruciale si è verificato quando la Francia ha cambiato posizione e, rompendo i ranghi con Germania, Regno Unito e Stati Uniti, ha deciso di sostenere l'inclusione di un riferimento ai costi delle sperimentazioni cliniche.

L'apertura dell'ultima sessione del Comitato A il 28 maggio, ultimo giorno dell'Assemblea mondiale della sanità, durante la quale si sarebbe dovuta discutere la bozza di risoluzione, è stata leggermente ritardata in quanto il Regno Unito ha cercato invano di ottenere il sostegno per rimandare la discussione alla successiva riunione del Consiglio esecutivo dell'OMS nel gennaio 2020 (Fletcher, 2019).

La bozza di risoluzione è stata approvata dal Comitato A con un sostegno schiacciante. Tuttavia, Germania, Ungheria e Regno Unito, pur non bloccando l'adozione in quanto tale, hanno scelto di "dissociarsi" dalla risoluzione. Il Regno Unito si è lamentato principalmente del fatto che la risoluzione non fosse stata esaminata dal Comitato esecutivo dell'OMS. Julian Braithwaite, Rappresentante Permanente britannico presso le Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali a Ginevra, ha osservato che il Regno Unito era preoccupato per l'effetto dirompente che la trasparenza dei prezzi avrebbe potuto avere sugli accordi sui prezzi differenziati concessi ai Paesi a basso e medio reddito. Egli ha criticato il fatto che il processo sia stato portato avanti in modo frettoloso, senza che sia stato dato tempo sufficiente per un'attenta considerazione delle potenziali implicazioni di vasta portata.

A queste preoccupazioni ha fatto eco il delegato tedesco, che ha sottolineato come la trasparenza dei prezzi sia una questione molto complessa e che le potenziali implicazioni per i sistemi sanitari avrebbero dovuto essere valutate meglio.

Altri attori: L'Organizzazione Mondiale della Sanità, la società civile e i partenariati pubblico-privati

Organizzazione mondiale della sanità

Al termine della 72a Assemblea mondiale della sanità, il Direttore Generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus ha descritto la risoluzione come un "accordo fondamentale

per migliorare la trasparenza dei prezzi di farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari".

L'OMS sostiene da tempo una maggiore trasparenza nella determinazione dei prezzi dei farmaci e sta attualmente lavorando all'aggiornamento delle proprie Linee guida sulle politiche dei prezzi farmaceutici nei Paesi (*WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies*) datate 2015, la cui nuova versione dovrebbe essere pubblicata nel 2020. La versione aggiornata includerà "raccomandazioni informate da evidenze per la promozione della trasparenza dei prezzi dei prodotti farmaceutici" (WHO, 2019e)*.

La Roadmap 2019-2023 dell'OMS per l'accesso a farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari (*WHO Roadmap for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products 2019-2023*) invita alla collaborazione globale e regionale per aumentare la trasparenza dei prezzi, facilitare il dialogo tra i finanziatori pubblici, i decisori governativi e l'industria e migliorare la capacità di negoziazione dei prezzi. Suggerisce inoltre misure per assistere i Paesi nella selezione di farmaci, vaccini, diagnostici e altri prodotti sanitari appropriati, nella determinazione di prezzi trasparenti ed equi e nell'attuazione di politiche volte a ridurre i costi sia per i governi che per i singoli individui, garantendo al contempo qualità, sicurezza, efficacia e un approvvigionamento sostenibile (WHO, 2019c).

Nel 2018, la decisione dell'Assemblea mondiale della sanità WHA71(9) sulla strategia globale e il piano d'azione dell'OMS in materia di salute pubblica, innovazione e proprietà intellettuale (*WHO global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property*) ha esortato gli Stati membri ad attuare e tenere conto delle raccomandazioni formulate dal gruppo di esperti che ha esaminato la strategia. Una delle raccomandazioni segnalate come altamente prioritarie è che gli Stati membri dovrebbero sostenere il Segretariato dell'OMS nel promuovere trasparenza e chiarezza sui costi della R&S. Un'altra raccomandazione ad alta priorità è che il Segretariato dell'OMS fornisca indicazioni agli Stati membri sulla promozione e il monitoraggio della trasparenza dei prezzi dei farmaci e sull'attuazione delle politiche di determinazione dei prezzi e dei rimborsi.

Come già anticipato, nel 2017 l'OMS ha tenuto il primo Forum sui prezzi equi, seguito da un secondo nel 2019**. Entrambi gli eventi hanno fornito una piattaforma per discutere della trasparenza come uno degli strumenti per ottenere prezzi equi.

Società civile

La società civile è stata strettamente coinvolta fin dall'inizio e ha sostenuto con forza la bozza di risoluzione presentata dall'Italia. L'accesso ai farmaci e, in particolare, la necessità di affrontare il problema dei prezzi elevati sono da tempo una preoccupazione di molte organizzazioni della società civile, tra cui Medici senza frontiere, Health Action Internatio-

* *Nota dei curatori:* La nuova versione aggiornata al 2020 delle "*WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies*" è ora disponibile al seguente link: https://www.who.int/publications/i/item/9789240011878

** *Nota dei curatori:* e un terzo nel 2021.

nal, Knowledge Ecology International, Oxfam e Medicus Mundi International.

L'intensa attività di lobbying della società civile ha aumentato la consapevolezza della posta in gioco nelle discussioni, prima e durante l'Assemblea mondiale della sanità. Questa attività di lobbying, svolta sia durante l'Assemblea mondiale della sanità che a livello nazionale, ha chiaramente influenzato i negoziati.

Il 9 maggio 2019, un gruppo composto da 77 ONG e 49 singoli individui, tra cui importanti esponenti del mondo accademico, ha firmato una lettera aperta in cui denunciava la profusione di parentesi e proposte di modifica alla bozza di testo che era stata fatta durante negoziati informali. Nella lettera aperta si sosteneva che un gruppo di Paesi ad alto reddito stava cercando di far deragliare l'iniziativa. Australia, Danimarca, Germania, Svezia e Regno Unito sono stati indicati come i principali oppositori della bozza di risoluzione, ma anche Austria e Stati Uniti sono stati citati per aver cercato di diluire parti essenziali del testo (Branigan, 2019).

Il 23 maggio, visti gli scarsi progressi apparentemente compiuti, Knowledge Ecology International e Medici senza frontiere, insieme ad altre 44 ONG e 10 singoli individui, hanno pubblicato una lettera aperta ai delegati, esortandoli a "raggiungere il consenso su una forte risoluzione dell'OMS sulla trasparenza che affronti tutti gli argomenti della proposta originale, inclusi prezzi, ricavi, unità vendute, costi di marketing, arruolamento e esiti delle sperimentazioni cliniche, costi delle sperimentazioni cliniche, sussidi governativi per la R&S, prospettive relative ai brevetti, *know-how* di produzione, e futuri incontri, forum e attività che, collettivamente, siano progettati per espandere e implementare progressivamente le norme sulla trasparenza" (KEI, 2019c).

La lettera aperta chiedeva inoltre che il testo negoziale fosse reso pubblico dopo ogni sessione di negoziazione, con le posizioni degli Stati membri identificate per ogni parentesi o testo alternativo proposto.

L'iniziale opposizione della Francia alla bozza di risoluzione ha spinto all'azione un gruppo di importanti leader della società civile, tra cui il premio Nobel Françoise Barré-Sinoussi. Il gruppo ha pubblicato un editoriale sul quotidiano di sinistra *Libération*, invitando il governo francese a sostenere la risoluzione senza alcuna riserva o ambiguità. Il gruppo ha osservato che nel Regno Unito i trattamenti che costano più di 30.000 sterline per ogni *quality-adjusted life year* (QALY) guadagnato* non sono coperti dal Sistema Sanitario Nazionale. In Francia, è stato necessario introdurre un razionamento senza precedenti per i farmaci utilizzati per il trattamento dell'epatite C e sono stati ritardati i trattamenti per il cancro.

Un gruppo di ONG tedesche ha presentato una petizione simile per protestare contro la posizione della Germania durante i negoziati sulla bozza di risoluzione, chiedendo al governo tedesco di riconsiderare la propria posizione.

Inoltre, 66 ONG africane con sede in Sudafrica, Uganda e Zimbabwe hanno cercato di influenzare la posizione negoziale della

* *Nota dei curatori:* Anni supplementari che una persona vive come risultato di un trattamento e tenendo conto anche della qualità di vita di tali anni. Fonte: https://toolbox.eupati.eu/glossary/anno-di-vita-corretto-per-la-qualita-della-vita/?lang=it

Germania inviando una lettera aperta a Jens Spahn, allora Ministro della Sanità tedesco. Esse hanno esortato il governo tedesco a mostrare solidarietà nei confronti delle persone più esposte al rischio di sofferenze acute e persino di morte a causa della mancanza di accesso ai farmaci. La stessa lettera è stata indirizzata al Ministro della Salute francese Agnès Buzyn e a Matthew Hancock*, Segretario di Stato per la Sanità e l'Assistenza Sociale del Regno Unito.

Partnership pubblico-privato

Durante le discussioni sulla bozza di *Roadmap* per l'accesso a farmaci, vaccini e altri prodotti sanitari 2019-2023 (*Roadmap for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products 2019-2023*) alla 72a Assemblea mondiale della sanità, la *Drugs for Neglected Diseases Initiative* (Iniziativa per i farmaci per le malattie neglette) – che lavora con partner del settore privato – ha sottolineato che la trasparenza sui costi della R&S è un elemento centrale della sua politica: "Noi mettiamo a disposizione del pubblico il maggior numero di informazioni possibile, compresi tutti i dati degli studi clinici, i nostri costi effettivi di R&S e i relativi flussi di finanziamento, inclusi i contributi in natura dei nostri partner – laddove essi li forniscono".

Industria farmaceutica

L'industria farmaceutica non ha espresso apertamente il proprio punto di vista durante i negoziati della 72a Assemblea mondiale della sanità. L'industria è tradizionalmente contraria alla divulgazione dei costi di R&S e delle sperimentazioni cliniche, sostenendo che tali cifre sono difficili da elaborare. Inoltre, argomenta l'industria, questi costi sono influenzati da molteplici fattori e i prezzi sono solo uno degli aspetti dell'accesso ai farmaci.

Quando l'industria è stata messa sotto pressione dai Paesi ad alto reddito, che hanno protestato per i prezzi inauditamente elevati dei nuovi farmaci, alcune aziende si sono difese sottolineando che medicinali come i nuovi farmaci per l'epatite C offrivano una cura per la vita, facendo così risparmiare molto denaro ai sistemi sanitari.

Commentando la bozza della Roadmap per l'accesso ai farmaci, ai vaccini e ad altri prodotti sanitari (*Roadmap for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products*) in occasione della riunione del Consiglio esecutivo dell'OMS del gennaio 2019, la Federazione internazionale delle associazioni e dei produttori farmaceutici (*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations*, IFPMA) ha manifestato le proprie perplessità in merito a quello che ha definito un approccio limitato alla determinazione dei prezzi, che si concentra sulla trasparenza degli stessi, invece di prendere in considerazione il contesto più ampio. L'IFPMA ha inoltre messo in guardia sulle possibili conseguenze indesiderate della trasparenza dei prezzi sulla capacità delle aziende farmaceutiche di offrire prezzi preferenziali ai Paesi in via di sviluppo, sostenendo che tali conseguenze dovrebbero essere esaminate prima di avviare discussioni sulla trasparenza.

A tal riguardo, intervenendo sullo stesso tema alla 72a Assemblea mondiale della sani-

* *Nota dei curatori:* in carica rispettivamente fino al febbraio 2020 e giugno 2021.

tà, l'IFPMA ha sottolineato che la condivisione delle informazioni sui prezzi dei farmaci potrebbe far aumentare i prezzi nei Paesi meno sviluppati, in particolare se i Paesi sviluppati vedessero quanto pagano questi ultimi e chiedessero una maggiore parità di prezzo.

Per quanto riguarda la rendicontazione dei costi di R&S, l'IFPMA ha sostenuto che i prezzi dei farmaci dovrebbero riflettere il valore terapeutico dei farmaci e i risultati positivi sperimentati dai pazienti e dalla società, piuttosto che considerare esclusivamente i "costi di produzione" dei singoli farmaci. Tuttavia, la Federazione ha riconosciuto la necessità di rendere disponibili maggiori informazioni.

Al termine dell'Assemblea mondiale della sanità, l'IFPMA ha concluso che rendere più economici e accessibili farmaci e vaccini è una sfida multidimensionale che richiede soluzioni collaborative e olistiche da parte di tutti gli *stakeholder*, compresa l'industria farmaceutica. In particolare, è importante ridurre le spese dirette ("*out-of-pocket*") che i pazienti devono sostenere, affrontare le inefficienze delle catene di fornitura, combattere la contraffazione dei farmaci, migliorare le pratiche di approvvigionamento e rendere possibile una tariffazione differenziata per i Paesi a basso e medio reddito

Lezioni apprese – E adesso?

I negoziati che hanno portato all'adozione della risoluzione sul miglioramento della trasparenza dei mercati farmaceutici sono stati tortuosi, ma la loro conclusione positiva è stata favorita dal forte sostegno di alcuni Paesi ad alto reddito, i cui interessi sono ora divisi tra la protezione delle loro industrie farmaceutiche e la garanzia della sostenibilità dei loro sistemi sanitari.

Alla fine, solo Germania, Ungheria e Regno Unito si sono dissociati dalla risoluzione. Secondo gli osservatori, diversi Paesi ad alto reddito, tra cui Australia, Belgio, Bulgaria, Canada, Danimarca, Paesi Bassi, Polonia, Svezia e Svizzera, si sono opposti ad alcuni passaggi della bozza, portando a un testo indebolito nella versione finale.

Una volta rimossa la questione della trasparenza dei costi di R&S, Giappone, Paesi Bassi, Svizzera e Stati Uniti hanno potuto unirsi agli altri proponenti della risoluzione. Solo un piccolo numero di Paesi si è opposto alla divulgazione dei costi delle sperimentazioni cliniche.

Sia la Germania sia il Regno Unito hanno una forte industria farmaceutica (in particolare GlaxoSmithKline e AstraZeneca nel secondo caso), ma dipendono anche dai negoziati con questa industria per mantenere i loro sistemi sanitari. La Germania è stata recentemente definita il leader dell'industria farmaceutica europea.

Anche la forte azione di lobbying della società civile ha contribuito a far pendere l'ago della bilancia dei negoziati. Durante la 72a Assemblea mondiale della sanità, la Germania si è lamentata della campagna portata avanti dalla società civile, in particolare del fatto che i negoziatori fossero messi sotto pressione dalla pubblicazione di informazioni fuorvianti sulle loro posizioni.

In seguito all'adozione della risoluzione, Francia e Italia hanno approvato nuove norme che richiedono alle aziende farmaceutiche di rivelare i contributi pubblici ricevuti per la ricerca e sviluppo di nuovi farmaci. Tuttavia,

alla fine del 2019 queste iniziative si sono arenate a causa di problemi procedurali in Francia e della formazione di un nuovo governo in Italia.

Il rapporto dell'OMS che sarà presentato alla 148a sessione del Consiglio esecutivo nel gennaio 2021 dovrebbe fare luce sull'attuazione della risoluzione a livello nazionale.*

* *Nota dei curatori:* Il rapporto sui progressi compiuti nell'attuazione della risoluzione è stato consegnato nel frattempo alla 74a Assemblea mondiale della sanità, attraverso il Consiglio esecutivo, nella sua 148a sessione del 2021 ed è disponibile online: *Executive Board EB148/9 148th session, 16 December 2020, Provisional agenda item 7: Expanding access to effective treatments for cancer and rare and orphan diseases, including medicines, vaccines, medical devices, diagnostics, assistive products, cell- and gene-based therapies and other health technologies; and improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products – Report by the Director-General* (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_9-en.pdf).

Elenco dei riferimenti

Di seguito i riferimenti delle fonti bibliografiche che nel testo sono riportate tra parentesi.

Beneluxa Initiative (2015). Beneluxa Initiative on Pharmaceutical Policy [website] (**https://beneluxa.org/collaboration**, visitato il 14 settembre 2020).

Branigan D (2019). Several developed countries want to "derail" transparency resolution – civil society groups say. Health Policy Watch. 10 May (**https://www.healthpolicy-watch.org/several-developed-countries-want-to-derail-transparency-resolution-civil-society-groups-say/**, visitato il 14 settembre 2020).

Fletcher ER (2019). World Health Assembly approves milestone resolution on price transparency. Health Policy Watch. 28 May (**https://www.healthpolicy-watch.org/world-health-assembly-approves-milestone-resolution-on-price-transparency/**, visitato il 14 settembre 2020).

Hawlik K, Devalière A (2016). Access to high-priced medicines in hospital-settings in Europe: a study in four European Countries. Amsterdam: Health Action International (**https://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/04/Access-to-High-priced-Medicines-in-the-Hospital-Sector.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

Iunes RF, Villar Uribe M, Bonilla Torres J, Morgado Garcia M, Zampirolli Dias C, Alvares-Teodoro J, de Assis Acurcio F, Guerra-Junior AA (2019). Confidentiality agreements: a challenge in market regulation. Int J Equity Health 18 (**https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-019-0916-3**, visitato il 14 settembre 2020).

Iyengar SI, Tay-Teo K, Vogler S, Beyer P, Wiktor S, de Joncheere K, Hill S (2016). Prices, costs, and affordability of new medicines for hepatitis C in 30 countries: an economic analysis. PLoS Med. 13(5):e1002032 (**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886962/**, visitato il 14 settembre 2020).

Knowledge Ecology International [KEI] (2019a). Improving the transparency of markets for drugs, vaccines and other health-related technologies [bozza di testo della risoluzione presentata dall'Italia all'OMS] (**https://www.keionline.org/wp-content/uploads/italy-draft-resolution-transparency-72WHA-.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

Knowledge Ecology International (2019b). Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health-related products and other technologies to be discussed at the 72nd session of the WHA to be held on 20–28 May 2019. Draft resolution proposed by Italy, Greece, Egypt, Malaysia, Portugal, Serbia, Slovenia, South Africa, Spain, Turkey, Uganda. Version 20 May 2019 (**https://www.keionline.org/wp-content/uploads/WHA-Resolution_DRAFT_20-05-2019.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

Knowledge Ecology International (2019c). WHA72 – open letter to delegates on transparency resolution negotiations. 23 May (**https://www.keionline.org/30830**, visitato il 14 settembre 2020).

Knowledge Ecology International (2019d). Negotiations on 72nd World Health Assembly resolution on transparency (**https://www.keionline.org/transparency/wha72**, visitato il 14 settembre 2020).

Medbelle (2019). 2019 Medicine Price Index. In: Medbelle [website]. London: MB Global Health Ltd (**https://www.medbelle.com/medicine-price-index-uk,** visitato il 14 settembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (n.d.). Public Procurement Recommendation. In: OECD/Public Procurement Toolbox [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (**https://www.oecd.org/gov/public-procurement/recommendation/**, visitato il 14 settembre 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2020). Pharmaceutical spending. In: OECD Data [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (**https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart**, visitato il 14 settembre 2020).

Pan American Health Organization [PAHO] (n.d.). PAHO Strategic Fund. In: PAHO [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization (**https://www.paho.org/en/paho-strategic-fund**, visitato il 14 settembre 2020).

Saez C (2019a). Little progress over price transparency resolution: negotiators behind closed doors. Health Policy Watch. 24 May (**https://www.healthpolicy-watch.org/little-progress-over-price-transparency-resolution-negotiators-behind-closed-doors/**, visitato il 14 settembre 2020).

Saez C (2019b). Board debates medicines access; WHO asserts mandate on IP, trade issues. Intellectual Property Watch. 30 January (**https://www.ip-watch.org/2019/01/30/board-debates-medicines-access-asserts-mandate-ip-trade-issues/**, visitato il 14 settembre 2020).

Saez C (2019c). Several ministers of health speak up for drug market transparency, lower prices at WHA side event. Health Policy Watch. 20 May (**https://www.healthpolicy-watch.org/several-ministers-of-health-speak-up-for-drug-market-transparency-lower-prices-at-wha-side-event/**, visitato il 14 settembre 2020).

Saez C (2019d). Future of drug pricing resolution hangs in balance at World Health Assembly. Health Policy Watch. 23 May (**https://www.healthpolicy-watch.org/future-of-drug-pricing-resolution-hangs-in-balance-at-world-health-assembly/**, visitato il 14 settembre 2020).

Saez C (2019e). Negotiators agree on game-changing WHA resolution for medicine price disclosure. Health Policy Watch. 27 May (**https://www.healthpolicy-watch.org/negotiators-agree-on-game-changing-wha-resolution-for-medicine-price-disclosure/**, visitato il 14 settembre 2020).

United Nations High Level Panel on Access to Medicines (2016). Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines.

World Bank (2016). Health expenditure in 2016. In: World Bank/World Bank Open Data [online database]. Washington (DC): World Bank.

World Health Organization [WHO] (n.d.). MI4A: Market Information for Access to Vaccines. In: WHO/Immunization, vaccines and biologicals [website]. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Geneva: World Health Organization (**https://apps.who.int/iris/handle/10665/153920**, visitato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2017). Report on the Fair Pricing Forum 2017. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2018). Decision A71/13. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. In Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2018. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization. 36-7 (**http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71-REC1/A71_2018_ REC1-en.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019a). World Health Assembly resolution on improving the transparency of markets for medicines, vaccines and other health products (WHA72.8).

World Health Organization (2019b). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; **https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019c). Roadmap for access to medicines, vaccines and other health products 2019–2023. Geneva: World Health Organization (**https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330145/9789241517034-eng.pdf?ua=1**, visitato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019d). Fair Pricing Forum 2019 meeting report. Geneva: World Health Organization (**https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326407/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.09-eng.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019e). Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva: World Health Organization (EB146/15; **http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_15-en.pdf**, visitato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2020). Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure. In: Global Health Observatory [online data repository]. Geneva: World Health Organization (**http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en**, visitato il 14 settembre 2020).

La dichiarazione politica della riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale (2019)

Titolo completo: Dichiarazione politica della Riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale (2019): negoziare l'accordo più completo mai raggiunto in materia di salute globale*

Autori: Satoshi Ezoe, Tamar Tchelidze, Nathita Premabhuti, Marcelo A.C. Costa

Introduzione

Il 23 settembre 2019, i leader mondiali in occasione della riunione di alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulla copertura sanitaria universale (*United Nations General Assembly High-Level Meeting on Universal Health Coverage*) hanno approvato all'unanimità la Dichiarazione politica della riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale "*Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage*" (ONU, 2019a),[1] descritta dal Segretario generale delle Nazioni Unite António Guterres come "l'accordo più completo mai raggiunto sulla salute globale" (ONU, 2019b). Questo storico accordo ribadisce una serie di princìpi chiave, tra cui l'importanza della salute per l'attuazione di tutti gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. I leader mondiali si sono impegnati a raggiungere la copertura sanitaria universale entro il 2030 e a intensificare gli sforzi globali per costruire un mondo più sano per tutti.

L'incontro di alto livello e la sua dichiarazione politica sono stati il risultato di una serie di sforzi concertati tra più parti interessate. Questo caso studio analizza i processi rilevanti dal punto di vista dei diplomatici della salute a New York, che sono stati strettamente coinvolti nella pianificazione e nei negoziati che hanno portato a questo storico accordo.

[1] Le citazioni nel testo di questo caso studio si riferiscono ai riferimenti presenti nell'elenco alla fine del caso studio, non a quelli presenti nell'Allegato 2.

* Questo caso studio è stato scritto dagli autori a titolo personale; non riflette le opinioni e le posizioni delle rispettive organizzazioni.

Il problema

Secondo la definizione dell'OMS, la copertura sanitaria universale si ha quando "tutte le persone ricevono i servizi sanitari di cui hanno bisogno, compresi i servizi sanitari pubblici progettati per promuovere una migliore salute …, prevenire le malattie …, e fornire cure, riabilitazione e cure palliative … di qualità sufficiente per essere efficaci, garantendo allo stesso tempo che l'uso di questi servizi non esponga l'utente a difficoltà finanziarie" (WHO, 2019a).

A seguito di diverse campagne di *advocacy* e negoziati intergovernativi, la copertura sanitaria universale è stata inclusa negli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) adottati dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2015, in particolare come SDG target 3.8: "Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti" (ONU, 2015)[2] .

Tuttavia, secondo il rapporto di monitoraggio globale 2019 sulla copertura sanitaria universale, i progressi globali rispetto al precedente rapporto del 2017 sono stati meno che soddisfacenti. È allarmante che almeno la metà della popolazione mondiale non abbia ancora accesso ai servizi sanitari essenziali. Ogni anno, più di 900 milioni di persone spendono almeno il 10% del loro reddito familiare per l'assistenza sanitaria e le spese sostenute di tasca propria (*out-of-pocket*) per la salute spingono circa 100 milioni di persone verso la povertà. Se la tendenza attuale dovesse continuare, nel 2030 almeno un terzo della popolazione mondiale non avrà accesso ai servizi sanitari essenziali (WHO, 2019a).

Il contesto

Le questioni di salute globale vengono discusse principalmente negli organi di governo dell'OMS, in particolare nell'Assemblea mondiale della sanità, convocata sotto gli auspici dei ministri della Salute degli Stati membri. Tuttavia, è aumentata la tendenza dei capi di Stato e di governo a discutere di questioni sanitarie importanti in occasione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, il cui ruolo principale è quello di affrontare questioni relative a pace e sicurezza, diritti umani e sviluppo. Il primo esempio di questa tendenza è stata la sessione speciale dell'Assemblea generale sull'HIV/AIDS tenutasi nel 2001, che ha rappresentato una vera e propria svolta in quanto la risposta globale all'AIDS è stata inserita nell'agenda politica dei capi di Stato e di governo (ONU, 2001). A questa sessione speciale sono seguite riunioni di alto livello all'Assemblea generale sulle malattie non trasmissibili (2011, 2014 e 2018), sulla resistenza antimicrobica (2016) e sulla tubercolosi (2018).

---

[2] Gli indicatori associati sono stati definiti nel 2017 come indicato di seguito:

- Indicatore SDG 3.8.1: "Copertura dei servizi sanitari essenziali (definita come la copertura media dei servizi essenziali basata su interventi di tracciamento che includono la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, le malattie infettive, le malattie non trasmissibili e la capacità e l'accesso ai servizi, tra la popolazione generale e quella più svantaggiata)";
- Indicatore SDG 3.8.2: "Proporzione della popolazione con grandi spese familiari per la salute rispetto alle spese o al reddito totale della famiglia" (ONU, 2017).

Sebbene questi incontri – e le dichiarazioni approvate in tali occasioni – abbiano contribuito ad attirare l'attenzione dei decisori politici su una serie di importanti questioni sanitarie, è emerso con sempre maggiore chiarezza che le discussioni sulla salute a New York, in particolare quelle sulla copertura sanitaria universale, richiedevano un approccio più coerente e integrato per i seguenti motivi:

- l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile ha sottolineato la natura integrata, indivisibile e interconnessa dei SDG che richiede un approccio olistico piuttosto che un approccio frammentario;
- il rinnovato impegno della comunità internazionale per l'assistenza sanitaria di base e per il massimo rafforzamento dei sistemi sanitari al fine di garantire la salute per tutti ha posto l'accento sulla copertura sanitaria universale come concetto generale sotto il quale affrontare tutte le questioni sanitarie relative al SDG 3 (WHO, 2019b);
- i temi correlati e sempre più complessi trattati dalle Nazioni Unite, come il cambiamento climatico, il finanziamento dello sviluppo e il disarmo nucleare, richiedevano un approccio più mirato alla salute rispetto al tenere riunioni di alto livello su singole questioni sanitarie circa una volta all'anno.

Di conseguenza, nel 2017 l'Assemblea generale ha deciso di convocare per il 2019 una riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale e di proclamare il 12 dicembre Giornata internazionale della copertura sanitaria universale (ONU, 2018a, 2018b). Le due risoluzioni, entrambe adottate il 12 dicembre 2017, sono state proposte dalla Thailandia, che all'epoca presiedeva la *Foreign Policy and Global Health Initiative* (Iniziativa per la politica estera e la salute globale).

Il 13 e 14 dicembre 2017 si è tenuto a Tokyo il primo Forum sulla copertura sanitaria universale "*Universal Health Coverage Forum*", che ha riunito rappresentanti di alto livello di vari Paesi e agenzie internazionali – tra cui il Segretario generale delle Nazioni Unite e i responsabili dell'OMS, della Banca mondiale e dell'UNICEF – per dare slancio alla promozione della copertura sanitaria universale (MoFA Japan, 2017). Il documento finale (MoFA Japan et al., 2017), che includeva aspirazioni quali l'estensione della copertura sanitaria essenziale a un ulteriore miliardo di persone entro il 2023, doveva confluire nella *Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage* (Dichiarazione politica dell'incontro di alto livello sulla copertura sanitaria universale) del 2019.

Nel dicembre 2018, l'Assemblea generale ha adottato all'unanimità una risoluzione che definiva l'ambito, le modalità, il formato e l'organizzazione dell'incontro di alto livello sulla copertura sanitaria universale, che sarebbe stato convocato lunedì 23 settembre 2019, primo giorno della settimana di alto livello (ONU, 2019c). La risoluzione, co-facilitata dalla Thailandia e dall'Ungheria, invitava tutti gli Stati membri a partecipare alla riunione al massimo livello e a impegnarsi a raggiungere la copertura sanitaria universale entro il 2030. Inoltre, nella stessa risoluzione, l'Assemblea Generale ha deciso che la riunione avrebbe dovuto approvare "una dichiarazione politica concisa e orientata all'azione,

concordata in anticipo per consenso attraverso negoziati intergovernativi". A questo punto, le basi per l'incontro di settembre erano state fissate e gli Stati membri dovevano iniziare a negoziare una dichiarazione politica che avrebbe meritato l'approvazione dei leader mondiali.

Gli attori e i loro ruoli

La presidente dell'assemblea generale

La Presidente dell'Assemblea Generale aveva il compito di organizzare l'incontro di alto livello e di presentare all'Assemblea Generale la dichiarazione politica da approvare durante l'incontro, come da mandato. La Presidente è stata anche incaricata di organizzare un'audizione interattiva con più parti interessate come momento dei preparativi per l'incontro. In qualità di Presidente della 73a sessione dell'Assemblea generale, María Fernanda Espinosa Garcés ha dimostrato un forte impegno e ha guidato gli accordi preparatori, compresa la nomina dei rappresentanti permanenti di Thailandia e Georgia come co-facilitatori per i negoziati sulla dichiarazione politica. La convocazione effettiva della riunione di alto livello è stata affidata al Presidente della 74a sessione dell'Assemblea Generale, S.E. Tijjani Muhammad-Bande.

I co-facilitatori

Vitavas Srivihok e Kaha Imnadze, rappresentanti permanenti rispettivamente della Thailandia e della Georgia presso le Nazioni Unite, sono stati nominati dalla Presidente dell'Assemblea Generale come co-facilitatori per condurre consultazioni informali con gli Stati membri al fine di produrre la dichiarazione politica che sarebbe stata approvata alla riunione di alto livello (PGA, 2019a). Hanno, perciò, condotto il lavoro di stesura della dichiarazione politica, incorporando i contributi delle varie parti interessate, e guidando i negoziati tra gli Stati membri.

Il *Group of Friends of Universal Health Coverage and Global Health* (Gruppo di amici della copertura sanitaria universale e della salute globale)

Nella Giornata internazionale della copertura sanitaria universale del 2018 è stato lanciato il *Group of Friends of Universal Health Coverage and Global Health*. Koro Bessho, rappresentante permanente del Giappone presso le Nazioni Unite, ne ha assunto la presidenza (UHC2030, 2019a). Il Gruppo è stato istituito come piattaforma aperta che gli Stati membri potevano utilizzare per dare slancio alla riunione di alto livello del settembre 2019 e per sensibilizzare sull'importanza della copertura sanitaria universale i diplomatici a New York, la maggior parte dei quali non ha competenze in materia di salute ma di sicurezza, diritti umani o sviluppo. Il Gruppo è partito con pochi membri (tra cui Brasile, Francia, Ghana, Giappone, Sudafrica, Thailandia e Ungheria), ma all'inizio dei negoziati sulla dichiarazione politica i suoi membri erano cresciuti a più di 50.

L'iniziativa per la politica estera e la salute globale

Un gruppo di Stati membri nell'ambito dell'Iniziativa per la politica estera e la salute globale (*Foreign Policy and Global Health Initiative*), lanciata dalla Dichiarazione ministeriale di Oslo del 2007 (MoFA Brasile et al., 2007), ha proposto all'Assemblea Generale bozze di

risoluzione sulla salute globale e la politica estera dal 2008[3]. È stato grazie alla versione del 2012 della risoluzione "Salute globale e politica estera" – *Global health and foreign policy*, presentata dalla Francia, che la copertura sanitaria universale è stata discussa per la prima volta all'Assemblea Generale (ONU, 2013). Nel 2017, il Giappone, da sempre sostenitore della copertura sanitaria universale, ha suggerito alla Thailandia, che all'epoca deteneva la presidenza dell'Iniziativa per la politica estera e la salute globale, che l'imminente risoluzione "Salute globale e politica estera" avrebbe dovuto, tra l'altro, richiedere una riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale. Dopo negoziati guidati dalla Thailandia e supportati da altri sostenitori della copertura sanitaria universale, è stato deciso all'unanimità, attraverso la nuova risoluzione, di organizzare una riunione di alto livello nel 2019 (ONU, 2018a).

Gli stati membri

Durante i negoziati sulla Dichiarazione politica, gli Stati membri hanno negoziato individualmente o coordinato le loro posizioni all'interno di gruppi. I gruppi principali in questi negoziati sono stati il Gruppo degli Stati africani, l'Unione europea e il gruppo CANZ (Canada, Australia e Nuova Zelanda). In tale occasione, il Gruppo dei 77, che è la più grande coalizione di Paesi in via di sviluppo delle Nazioni Unite, non ha negoziato come gruppo, sebbene lo abbia fatto durante i negoziati che hanno portato ai due incontri di alto livello sulla tubercolosi e sulle malattie non trasmissibili nel 2018. A questo riguardo, sembra che i Paesi del Gruppo dei 77 non siano riusciti a concordare una posizione comune a causa della portata più ampia della dichiarazione politica sulla copertura sanitaria universale. Altri due gruppi che vale la pena menzionare a questo proposito sono il Gruppo dei Sette[4] e il Gruppo dei 20[5], che si sono entrambi occupati di copertura sanitaria universale negli ultimi anni (G7, 2016, 2019; G20, 2019). Anche altri gruppi e singoli Stati membri hanno contribuito in modo significativo ai negoziati, formando coalizioni *ad hoc*.

Organizzazione mondiale della sanità

Fin dal suo insediamento, il Direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus (2017) ha chiarito che la copertura sanitaria universale è una "priorità assoluta" per l'Organizzazione. In qualità di agenzia tecnica delle Nazioni Unite per la salute, l'OMS ha svolto un ruolo centrale nel fornire supporto tecnico durante i negoziati, come aveva già fatto per i precedenti incontri di alto livello sui temi della salute in occasione dell'Assemblea Generale. L'OMS ha svolto il ruolo di segreteria tecnica durante i negoziati: tra i suoi compiti c'era quello di rispondere alle richieste di chiarimenti tecnici da parte di ogni Stato membro e di garantire l'integrità tecnica della

[3] Gli Stati membri che partecipano all'Iniziativa per la politica estera e la salute globale sono Brasile, Francia, Indonesia, Norvegia, Senegal, Sudafrica e Thailandia.

[4] Il G7 è composto da Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Regno Unito e Stati Uniti d'America. L'UE è regolarmente rappresentata ai vertici del G7.

[5] Il G20 è composto dai Paesi del G7 (più l'UE), oltre che da Argentina, Australia, Brasile, Cina, India, Indonesia, Messico, Repubblica di Corea, Federazione Russa, Arabia Saudita, Sudafrica e Turchia.

dichiarazione politica. Inoltre, l'OMS ha assistito la Presidente dell'Assemblea Generale nell'organizzazione dell'audizione *multi-stakeholder* nell'aprile 2019 e della riunione di alto livello stessa.

Il partenariato sanitario internazionale per la copertura sanitaria universale 2030

Il Partenariato internazionale per la copertura sanitaria universale 2030(*International Health Partnership for Universal Health Coverage*) (UHC2030) è un partenariato *multi-stakeholder* istituito nel 2017 per facilitare un progresso equo e sostenibile verso la copertura sanitaria universale.[6] Ha svolto un ruolo fondamentale nei preparativi per l'incontro di alto livello, riunendo diverse parti interessate (tra cui la società civile, il settore privato, le istituzioni filantropiche e il mondo accademico) attraverso una serie di consultazioni. Queste hanno portato alla compilazione di una serie di "richieste fondamentali" (*Key Asks*) che sono state presentate ai co-facilitatori dei negoziati e agli Stati membri attraverso *briefing* (sintesi) forniti dal Gruppo di sostenitori della copertura sanitaria universale e della salute globale, nonché attraverso l'audizione *multi-stakeholder* di aprile (UHC2030, 2019b). Le richieste erano in totale sette: (1) "Garantire una leadership politica al di là della salute"; (2) "Non lasciare indietro nessuno"; (3) "Regolamentare e legiferare"; (4) "Sostenere la qualità delle cure"; (5) "Investire di più, investire meglio"; (6) "Muoversi insieme"; e (7) "Uguaglianza di genere e diritti delle donne come motori della salute".

[6] Cfr. https://www.uhc2030.org/

Strumenti e approcci

La stesura della dichiarazione politica è stata guidata dai co-facilitatori e ha comportato consultazioni ampie e inclusive con gli Stati membri dell'ONU, l'OMS, la società civile, il mondo accademico, il settore privato e altre parti interessate. I principali approcci utilizzati per garantire un processo inclusivo ed efficace che portasse a una dichiarazione significativa basata sul consenso sono stati i seguenti:

Coinvolgimento di più parti interessate

un importante input per la dichiarazione è stato rappresentato dalle richieste presentate dalla piattaforma *multi-stakeholder* UHC2030 (2019b).

Le parti interessate hanno avuto l'opportunità di contribuire alle sei richieste fondamentali prima che queste venissero sottoposte all'esame dei co-facilitatori come parte dello sviluppo della bozza zero della dichiarazione. Le parti interessate hanno potuto esprimere il loro punto di vista anche durante i briefing del Gruppo di amici della copertura sanitaria universale e della salute globale e durante l'audizione interattiva *multi-stakeholder* convocata dalla Presidente dell'Assemblea generale il 29 aprile 2019. Durante l'audizione, è stato proposto di includere l'area dell'uguaglianza di genere e dei diritti delle donne come settimo punto; la proposta è stata debitamente accettata.

Il Gruppo di Amici della Copertura Sanitaria Universale e della Salute Globale si è costituito come piattaforma a New York

Il Gruppo di Amici ha organizzato una serie di incontri a New York che hanno riunito

le agenzie delle Nazioni Unite (tra cui l'OMS, che ha tenuto un briefing sulle risoluzioni e le discussioni in corso a Ginevra), gli esperti e le organizzazioni della società civile. Il Gruppo ha anche organizzato un briefing per lanciare le Richieste Fondamentali (*Key Asks*) preparate da UHC2030. Questi briefing sono stati fondamentali per aiutare i diplomatici a New York a svolgere un ruolo informato e costruttivo nei negoziati sulla dichiarazione politica.

Collegamento tra Ginevra e New York

presso la sede dell'OMS a Ginevra, utilizzata come base per la formulazione di una bozza di dichiarazione, la Thailandia e il Giappone hanno guidato congiuntamente lo sviluppo di una risoluzione intitolata "Preparazione della riunione di alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulla copertura sanitaria universale", che è stata adottata dal Consiglio esecutivo nel gennaio 2019 (WHO, 2019c) e dall'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 (WHO, 2019d). I rappresentanti permanenti di Thailandia e Georgia presso le Nazioni Unite a New York, nominati co-facilitatori dei negoziati sulla dichiarazione politica, si sono recati in visita a Ginevra nel maggio 2019 per informare gli Stati membri dell'OMS sullo stato dei negoziati a New York e per consultare esperti tecnici presso la sede centrale dell'OMS al fine di garantire la coerenza tra i processi negoziali nelle due città.

Allineamento della dichiarazione con le iniziative pertinenti

Durante la stesura e i negoziati sulla dichiarazione politica, i co-facilitatori hanno cercato di garantire che la dichiarazione fosse allineata con le iniziative e i relativi risultati pertinenti. Tra queste vi sono: (a) la Dichiarazione di Astana, approvata alla Conferenza globale sull'assistenza sanitaria primaria tenutasi ad Astana (ora Nur Sultan), in Kazakistan, nell'ottobre 2018 (WHO, 2019b); (b) il Piano d'azione globale per vite sane e benessere per tutti, lanciato all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel settembre 2019 per rafforzare la collaborazione tra le organizzazioni multilaterali con l'obiettivo di aiutare i Paesi a raggiungere più rapidamente gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile legati alla salute;[7] e (c) la Dichiarazione dei Leader del G20 di Osaka (adottata al Vertice del G20 tenutosi a Osaka, in Giappone, nel giugno 2019), che include impegni sulla copertura sanitaria universale. La Dichiarazione di Astana è stata invocata nel paragrafo 13 della dichiarazione politica, in cui si afferma che "l'assistenza sanitaria primaria è la pietra angolare di un sistema sanitario sostenibile per la copertura sanitaria universale e per gli Obiettivi di sviluppo sostenibile legati alla salute". La proposta di includere un riferimento al Piano d'azione globale per vite sane e benessere per tutti non è stata inizialmente sostenuta da alcuni Stati membri, ma alla fine tale riferimento è apparso nel paragrafo 77, dove è stata utilizzata la formulazione concordata nella Dichiarazione dei leader del G20 di Osaka. Alcuni concetti della Dichiarazione dei leader del G20 di Osaka sono stati incorporati anche nella dichiarazione politica, ad esempio l'"invecchiamento sano e attivo" (paragrafo 30) e la collaborazione tra autorità finanziarie e sanitarie (paragrafo 39).

[7] Cfr. https://www.who.int/sdg/global-action-plan.

Risultati e sfide

Sulla base dei processi inclusivi e attentamente sequenziati sia a Ginevra che a New York, che hanno riunito una serie di punti di vista di più parti interessate, i co-facilitatori hanno sviluppato una bozza zero della dichiarazione politica, che è stata fatta circolare tra gli Stati membri alla fine di maggio 2019, dando il via a una serie di negoziati. Alla fine di luglio si erano tenute più di 10 consultazioni informali, integrate da incontri di piccoli gruppi e incontri bilaterali per affrontare questioni specifiche. A seguito dei negoziati, il 24 luglio la bozza finale è stata sottoposta a procedura di silenzio-assenso.[8] Il silenzio è stato rotto due volte su questioni controverse all'inizio di agosto (PGA, 2019b, 2019c, 2019d). Tuttavia, grazie all'abilità e alla perseveranza dei due co-facilitatori – che hanno organizzato una riunione finale degli ambasciatori il 4 settembre e diverse discussioni bilaterali informali – la bozza finale della dichiarazione politica ha potuto essere posta nuovamente sotto procedura di silenzio il 10 settembre (PGA, 2019e). Al termine del periodo di silenzio, due giorni dopo, la dichiarazione politica è stata approvata per consenso.

La dichiarazione politica dell'incontro di alto livello sulla copertura sanitaria universale ribadisce vari accordi pertinenti e sottolinea il ruolo centrale della copertura sanitaria universale per l'attuazione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Inoltre, stabilisce l'impegno dei leader mondiali a raggiungere la copertura sanitaria universale entro il 2030. I punti principali della dichiarazione sono stati riassunti dal Partenariato internazionale per la salute per l'UHC2030 come "Obiettivi, impegni e azioni fondamentali" (*Key targets, commitments and actions*) (UHC2030, 2019c) con riferimento alle "Richieste fondamentali" (*Key Asks*) che il Partenariato aveva compilato prima dell'incontro di alto livello. Di seguito sono riportati alcuni dei punti salienti della dichiarazione politica:

1. Obiettivi principali

Tra gli obiettivi più importanti della dichiarazione politica – obiettivi che sono stati intensamente dibattuti durante i negoziati – vi sono: fornire a tutte le persone servizi sanitari essenziali di qualità entro il 2030; invertire la tendenza che vede la spesa sanitaria *out-of-pocket* aumentare a livelli catastrofici; eliminare l'impoverimento dovuto alle spese sanitarie entro il 2030. Il raggiungimento di un accordo su questi obiettivi è stato possibile grazie a un briefing tecnico tenuto da esperti delle sedi centrali dell'OMS, convocati dai co-facilitatori. Gli Stati membri, tra cui il Giappone, desiderosi di fissare obiettivi numerici significativi e ambiziosi, hanno chiesto vari chiarimenti tecnici, tra cui tendenze e stime. Altri obiettivi chiave sono riassunti nella tabella 1.

2. Impegni principali

La dichiarazione politica incorpora tutte le sette "Richieste fondamentali " redatte dall' *International Health Partnership for UHC2030*

[8] La procedura del silenzio è utilizzata nella maggior parte dei negoziati intergovernativi dell'ONU per approvare una proposta per consenso. Una bozza del testo della proposta viene fatta circolare tra i partecipanti e se non vengono proposti emendamenti o obiezioni – cioè se nessuno rompe il silenzio – entro una determinata scadenza, il testo si considera approvato da tutti i partecipanti.

Tabella 1. Dichiarazione politica: obiettivi di risultato

Obiettivi globali	Obiettivi nazionali
[24] Accelerare gli sforzi verso il raggiungimento dell'UHC entro il 2030. • Assicurare progressivamente la copertura di un ulteriore miliardo di persone entro il 2023 e di tutte le persone entro il 2030. • Invertire la tendenza delle spese sanitarie catastrofiche ed eliminare l'impoverimento dovuto alle spese entro il 2030. [42] Espandere i servizi, rafforzare i sistemi sanitari e mobilitare le risorse, considerando che un investimento aggiuntivo di 3,9 trilioni di dollari entro il 2030 potrebbe prevenire 97 milioni di morti premature e aggiungere 3,1 e 8,4 anni di aspettativa di vita nei Paesi a basso e medio reddito. [60] Affrontare la problematica della mancanza di 18 milioni di operatori sanitari e la richiesta di creare 40 milioni di posti di lavoro per gli operatori sanitari entro il 2030.	[40] Ottimizzare le allocazioni di bilancio per la salute, ampliare lo spazio fiscale e dare priorità alla salute nella spesa pubblica, ponendo l'accento sull'assistenza sanitaria di base e tenendo conto dell'obiettivo raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità di un ulteriore 1% del PIL o più.

Fonte: *Political Declaration of the Hight-Level Meeting on Universal Health Coverage*
(Dichiarazione politica della Riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale)

(Partenariato Internazionale per la Salute per UHC2030), con una forte enfasi su: importanza dell'impegno politico; sviluppo e implementazione di politiche e programmi basati sull'evidenza; titolarità nazionale; affrontare le disuguaglianze sanitarie in modo da non lasciare indietro nessuno "*to leave no one behind*"; coinvolgere le parti interessate; aumentare gli investimenti, in particolare attraverso una maggiore collaborazione tra le autorità sanitarie e finanziarie. La dichiarazione riconosce l'urgente necessità di rafforzare i sistemi sanitari e il ruolo centrale dell'assistenza primaria nel raggiungimento della copertura sanitaria universale. Inoltre, la dichiarazione chiede di sostenere la giustizia sociale e i meccanismi di protezione sociale, in modo che i sistemi sanitari siano veramente completi e incentrati sulle persone.

3. Aree controverse

Sono tre le principali aree controverse che hanno richiesto attenzione e consultazioni mirate durante il processo negoziale:

Salute e diritti sessuali e riproduttivi

Uno degli argomenti più controversi durante i negoziati è stato quello della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, su cui molti Stati membri si sono espressi in modo diverso, come

già accaduto in altri forum dell'ONU. Quando si presenta una questione difficile durante i negoziati all'ONU, un approccio ben collaudato è quello di utilizzare il linguaggio concordato di documenti precedenti adottati all'unanimità dagli Stati membri. In questo caso, tuttavia, si è rivelato difficile accordarsi su quale linguaggio concordato utilizzare. Un approccio possibile è stato quello di utilizzare il documento finale della sessione 2019 della Commissione delle Nazioni Unite sullo status delle donne (UN-Women, 2019). Nella bozza zero della dichiarazione politica compariva una frase tratta da tale documento, ma è stata contestata da alcuni Stati membri in quanto il testo di partenza poteva non essere un documento basato sul consenso e il contesto era diverso. Un altro approccio possibile era quello di utilizzare il linguaggio della risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità sulla preparazione alla riunione di alto livello (risoluzione WHA72.4), che faceva riferimento a "salute sessuale e riproduttiva"; tuttavia, alcuni Stati membri hanno ritenuto che questo fosse insufficiente, in quanto non vi era alcuna menzione al tema dei diritti. Entrambi gli approcci sarebbero stati ugualmente validi, ma dopo ampie consultazioni e tentativi di persuasione che si sono protratti fino all'ultimo minuto, gli Stati membri, come suggerito dai co-facilitatori, hanno infine concordato di risolvere la questione utilizzando un linguaggio concordato dai SDG – in particolare dai target 3.7 e 5.6 (ONU, 2015) – nel paragrafo 68 della dichiarazione politica.

Migranti

La questione dei migranti è stata un'altra area controversa che ha richiesto ampie consultazioni, come in altri forum delle Nazioni Unite. Alcuni Stati membri ritenevano che non fosse necessario fare riferimento ai migranti nella dichiarazione politica, mentre altri lo consideravano essenziale. Allo stesso modo, alcuni Stati membri ritenevano necessario e pertinente invocare il Patto globale per una migrazione sicura, ordinata e regolare (*Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*), mentre altri non erano d'accordo, sottolineando che il Patto globale non era stato approvato universalmente dagli Stati membri dell'ONU.

Infine, come suggerito dai co-facilitatori, gli Stati membri hanno concordato di basare il paragrafo 70 della dichiarazione politica sul linguaggio concordato della risoluzione " *Global health and foreign policy*" adottata dall'Assemblea generale nel dicembre 2017 (ONU, 2018a). Il testo finale di tale paragrafo fa riferimento in generale al non lasciare indietro nessuno, compresi i migranti e altri gruppi di persone vulnerabili.

Proprietà intellettuale e trasparenza dei prezzi

La questione di come trovare un equilibrio tra la garanzia che i prodotti medici siano accessibili e la protezione della proprietà intellettuale per incentivare l'innovazione è un tema perennemente dibattuto nei negoziati sulla salute, non da ultimo nei negoziati sulla dichiarazione politica. Inoltre, in questi negoziati è stata ripresa la questione di una maggiore trasparenza nella determinazione dei prezzi dei prodotti medici ad alto costo, che è stata discussa a lungo durante la 72a Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019. Per quanto riguarda la proprietà intellettuale, i co-facilitatori hanno deciso di incorporare nel paragrafo 51 della dichiarazione

il linguaggio concordato durante i negoziati per la dichiarazione politica della riunione di alto livello dell'Assemblea generale sulla lotta alla tubercolosi del 2018 (ONU, 2018c). Per quanto riguarda la trasparenza dei prezzi, gli Stati membri hanno infine scelto di utilizzare il linguaggio concordato dalla risoluzione WHA72.8 dell'Assemblea mondiale della sanità (WHO, 2019e) nel paragrafo 50 della dichiarazione politica, piuttosto che riaprire a New York le discussioni tecniche su questo argomento che si erano già svolte a Ginevra.

4. Responsabilità e follow-up

la dichiarazione politica si concentra inoltre sull'identificazione di compiti prioritari per l'azione, il follow-up e l'*accountability* a livello nazionale e globale, quali: la definizione di obiettivi nazionali e il rafforzamento delle piattaforme nazionali di monitoraggio e valutazione; il monitoraggio e il potenziamento delle iniziative intraprese per raggiungere la copertura sanitaria universale attraverso rapporti sui progressi compiuti redatti dal Segretario generale; l'organizzazione di una riunione di revisione di alto livello sulla copertura sanitaria universale nel 2023, volta a consolidare tutti gli sforzi in materia di salute. Gli impegni in materia di responsabilità e al follow-up sono riassunti nella tabella 2.

Tabella 2. Dichiarazione politica: follow-up, responsabilità

Follow-up globale	Follow-up nazionale
[82] Rapporto del Segretario Generale sui progressi compiuti nella 75a sessione dell'Assemblea Generale (2020/21). [82] Rapporto del Segretario Generale con raccomandazioni sull'attuazione della dichiarazione politica nella 77a sessione dell'Assemblea Generale (2022/23.) [83] Riunione di alto livello delle Nazioni Unite sulla copertura sanitaria universale (UHC) nel 2023 - ambito e modalità da decidere nella 75a sessione dell'Assemblea Generale (entro settembre 2021).* * Nota dei curatori: per un aggiornamento vedi: https://www.uhc2030.org/un-hlm-2023/	[55] Rafforzare la capacità di leadership strategica e di coordinamento delle autorità governative nazionali, concentrandosi sugli interventi intersettoriali, e rafforzare la capacità delle autorità locali. [79] Fissare obiettivi nazionali misurabili e rafforzare le piattaforme nazionali di monitoraggio e valutazione. [80] Su richiesta degli Stati membri, sfruttare tutto il potenziale del sistema multilaterale, compresi l'OMS, il UN development system, i coordinatori residenti e le squadre nazionali dell'ONU, e altri attori rilevanti, per assistere e sostenere i Paesi a livello nazionale nel raggiungimento della copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage – UHC).

Fonte: *Political Declaration of the Hight-Level Meeting on Universal Health Coverage*
(Dichiarazione politica della Riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale)

Lezioni apprese e prossimi passi

Di seguito sono riportate le principali lezioni apprese durante la pianificazione e i preparativi, i negoziati e la conclusione della riunione di alto livello:

1. L'agenda giusta al momento giusto

Dopo l'adozione dei SDG nel 2015 e una serie di incontri di alto livello alle Nazioni Unite che si sono concentrati su questioni sanitarie specifiche (2001, 2006, 2011, 2014, 2016 e 2018), è cresciuto lo slancio per un approccio globale alla salute da discutere a livello di capi di Stato. Il fatto che i rappresentanti di 165 Stati membri, tra cui 57 capi di Stato e di governo, si siano accreditati prima della riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale dimostra che il tema è stato considerato degno dell'attenzione della comunità internazionale. Anche la programmazione dell'incontro nel primo giorno della settimana di alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha contribuito a garantire la partecipazione di molti alti rappresentanti di Stato.

2. Leadership e impegno dei paladini della copertura sanitaria universale

La leadership e l'impegno dei paladini ("*champions*") della copertura sanitaria universale sono stati essenziali per il successo dell'incontro di alto livello. La Thailandia e la Georgia, i co-facilitatori, e i loro team hanno dimostrato grande perseveranza e abilità durante i negoziati.

Il Segretario generale dell'ONU, il Direttore generale dell'OMS e il Presidente dell'Assemblea generale hanno manifestato fin dall'inizio il loro sostegno all'agenda attraverso dichiarazioni e azioni, come la convocazione di riunioni preparatorie. Gli Stati membri – tra cui paladini della copertura sanitaria universale quali Brasile, Georgia, Giappone e Thailandia, oltre ai membri del *Group of Friends of Universal Health Coverage and Global Health* – hanno contribuito a guidare i negoziati e a convocare la riunione di alto livello. Esperti della Thailandia e della Georgia (in qualità di co-facilitatori), l'Ufficio del Presidente dell'Assemblea Generale, il Presidente del *Group of Friends* e l'OMS (in qualità di segretariato tecnico per i negoziati) hanno comunicato quotidianamente su questioni pratiche, contribuendo a far avanzare il processo.

3. Il coinvolgimento delle parti interessate

Le "Richieste fondamentali", compilate dal Partenariato internazionale per la salute per UHC2030 e basate su ampie consultazioni con la società civile, il settore privato, le istituzioni filantropiche e il mondo accademico, sono state determinanti per garantire che i punti di vista di un'ampia varietà di parti interessate si riflettessero nella dichiarazione politica. Inoltre, l'audizione con più parti interessate convocata dal Presidente dell'Assemblea Generale e il briefing tenuto dal *Group of Friends of Universal Health Coverage and Global Health* per invitare l'International Health Partnership for UHC2030 a presentare le " richieste fondamentali" hanno contribuito a convogliare le voci di queste parti interessate nei negoziati finali.

4. Preparazione dei diplomatici a New York per i negoziati

Poiché i diplomatici a New York non sono necessariamente esperti di questioni sanita-

rie, il *Group of Friends of Universal Health Coverage and Global Health* è stato creato come piattaforma per gli Stati membri per approfondire la loro comprensione della copertura sanitaria universale e dei punti di vista delle diverse parti interessate. I briefing sulle discussioni in corso presso la sede centrale dell'OMS e gli organi direttivi a Ginevra, nonché sulle consultazioni tra più parti interessate, hanno aiutato i diplomatici a prepararsi e a impegnarsi in modo costruttivo nei negoziati. Ci sono stati anche briefing, convocati congiuntamente dagli Stati membri e dai partecipanti interessati, su temi quali il ruolo del settore privato nell'assistenza sanitaria, il finanziamento della copertura sanitaria universale e l'invecchiamento della popolazione.

5. Collegamento tra Ginevra e New York

È stato fatto ogni sforzo per garantire la coerenza tra le discussioni a Ginevra e a New York, che avevano dinamiche e priorità diverse. Questo obiettivo è stato raggiunto principalmente attraverso la risoluzione preparatoria dell'Assemblea mondiale della sanità (WHA72.4; WHO, 2019d), il briefing dei co-facilitatori a Ginevra e il coinvolgimento di esperti della sede centrale dell'OMS.

In questo modo sono state gettate le basi tecniche per i negoziati ed è stato possibile affrontare alcune questioni controverse come la trasparenza dei prezzi.

Tuttavia, alcuni temi – in particolare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e i migranti – si sono rivelati più controversi a New York che a Ginevra; questi temi hanno richiesto una mediazione e una persuasione mirate, come descritto. I diplomatici che parteciperanno ai futuri negoziati sulla salute a New York dovranno tenere presente la loro natura politica, strettamente legata ai più ampi sviluppi dell'Assemblea Generale.

La Dichiarazione politica della Riunione di alto livello sulla copertura sanitaria universale, approvata dai leader mondiali il 23 settembre 2019, ha riaffermato il ruolo della copertura sanitaria universale come concetto generale per tutti gli obiettivi e i traguardi relativi alla salute contenuti nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. La Dichiarazione rappresenta una richiesta globale di salute per tutti entro il 2030, sostenuta da obiettivi, impegni e processi di follow-up coraggiosi. Questo accordo epocale è stato reso possibile da una serie di sforzi concertati di più parti interessate, che si sono basati su iniziative precedenti e in corso sulla salute globale. Il raggiungimento dei vari obiettivi specifici per il 2023 e il 2030 indicati nella Dichiarazione dipende dall'impegno di tutti coloro che sono impegnati nel campo della salute globale.

Elenco dei riferimenti

Adhanom Ghebreyesus T (2017). All roads lead to universal health coverage. Lancet Glob Health 5(9):E839-40 (**https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30295-4**, consultato il 14 settembre 2020).

Group of Seven [G7] (2016). G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (**https://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Group of Seven (2019). G7 Health Ministers' Declaration. In: Ministry of Solidarity and Health [website]. Paris: Ministry of Solidarity and Health (**https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_de_l_engagement_des_etats_du_g7_.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

Group of 20 [G20] (2019). G20 Osaka Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs.

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 [UHC2030] (2019a). Group of Friends of UHC. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (**https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/group-of-friends-of-uhc/**, consultato il 14 settembre 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 (2019b). Moving together to build a healthier world: key asks from the UHC movement. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (**https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_Key_Asks_final.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

International Health Partnership for UHC2030 (2019c). United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage in 2019: key targets, commitments & actions. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank.

Ministers of Foreign Affairs [MoFA] of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. Lancet 369:1373-8 (**https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60498-X**, consultato il 14 settembre 2020).

Ministry of Foreign Affairs [MoFA] of Japan (2017). Hosting the UHC Forum 2017. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs. 14 December (**https://www.mofa.go.jp/press/release/press11e_000015.html**, consultato il 14 settembre 2020).

Ministry of Foreign Affairs of Japan, World Bank, World Health Organization, United Nations Children's Fund, Japan International Cooperation Agency, International Health Partnership for UHC2030 (2017). Tokyo Declaration on Universal Health Coverage. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (**https://www.mofa.go.jp/files/000317581.pdf**, consultato il 14 settembre 2020)

President of the General Assembly [PGA] (2019a). Letter of 6 March 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (**https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/03/6March-co-facilitator-UHC.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

President of the General Assembly (2019b). Letter of 24 July 2019 to all Permanent Representa tives and Permanent Observers to the United Nations (**https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/PGA-letter-political-declaration-UHC-HLM-silence-procedure.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

President of the General Assembly (2019c). Letter of 7 August 2019 to all Permanent Representatives

and Permanent Observers to the United Nations (**https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure2.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

President of the General Assembly (2019d). Letter of 9 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (**https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/08/HLM-UHC-silence-broken.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

President of the General Assembly (2019e). Letter of 10 September 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (**https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations [UN] (2001). Declaration of Commitment on HIV/AIDS [resolution adopted by the General Assembly on 27 June 2001]. New York: United Nations (A/RES/S-26/2; **https://undocs.org/en/A/RES/S-26/2**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2013). Global health and foreign policy [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012]. New York: United Nations (A/RES/67/81; **https://undocs.org/en/A/RES/67/81**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015]. New York: United Nations (A/RES/70/1).

United Nations (2017). Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017]. New York: United Nations (A/RES/71/313; **https://undocs.org/A/RES/71/313**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2018a). Global health and foreign policy: addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/139; **https://undocs.org/en/A/RES/72/139**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2018b). International Universal Health Coverage Day [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/138; **https://undocs.org/en/A/RES/72/138**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2018c). Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis: "United to end tuberculosis: an urgent global response to a global epidemic" [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/3; **https://undocs.org/en/A/RES/73/3**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2019a). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: "Universal health coverage: moving together to build a healthier world" [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019]. New York: United Nations (A/RES/74/2; **https://undocs.org/en/A/RES/74/2**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2019b). UN welcomes "most comprehensive agreement ever" on global health. In: UN News [website]. New York: United Nations. 23 September (**https://news.un.org/en/story/2019/09/1047032**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations (2019c). Scope, modalities, format and organization of the high-level meeting on universal

health coverage [resolution adopted by the General Assembly on 13 December 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/131; **https://undocs.org/en/A/RES/73/131**, consultato il 14 settembre 2020).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN-Women] (2019). Social protection systems, access to public services and sustainable infrastructure for gender equality and the empowerment of women and girls. 2019 Commission on the Status of Women, agreed conclusions. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.

World Health Organization [WHO] (2019a). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2019b). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization (WHO/HIS/SDS/2018.61; **https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019c). Resolution EB144.R10. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. In: Executive Board, 144th session, Geneva, 24 January–1 February 2019. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization (**http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144-REC1/B144_REC1-en.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019d). Resolution WHA72.4. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Geneva: World Health Organization (**https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R4-en.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

World Health Organization (2019e). Resolution WHA72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. Geneva: World Health Organization (**https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf**, consultato il 14 settembre 2020).

GENEVA
GRADUATE
INSTITUTE

INSTITUT DE HAUTES ÉTUDES
INTERNATIONALES
ET DU DÉVELOPPEMENT

GRADUATE INSTITUTE
OF INTERNATIONAL
AND DEVELOPMENT STUDIES