

Multilateralismo, cooperazione, salute globale

di Nicoletta Dentico*

Multilateralism, cooperation, global health

While Covid-19 has dramatically exposed the longstanding structural weaknesses and salient failures of the current global health governance, particularly with reference to the WHO and its difficult role in a fragmented multi-stakeholder landscape, the evidence emerging from the traumatic pandemic displays two significant, and concomitant, trends. The first is the consistent disaster of neoliberal values and tools applied to global private health during the Coronavirus crisis, despite insistence by the multilateral institutions on the ideology of the roll out of markets in global health. The second is the world's dire need for a robust, credible and intergovernmental institution that may serve the goal of health for all, thanks to a reclaimed and recovered multilateralism, essential for the new pandemic era the world will have to face.

Keywords: WHO, Global Health, Market Failure, Human Rights, Multistakeholderism.

In parole semplici, lo stato del pianeta si è rotto.

António Guterres,

Segretario Generale dell'ONU, 2 dicembre 2020,

Il sisma pandemico in un mondo privo di multilateralismo

Prendendo a prestito le parole dell'antropologo francese Marcel Mauss, potremmo definire la vicenda di Covid-19 un "fatto sociale totale", un evento che dispiega l'interconnessione di tutte le sue implicazioni nella società – la sfera sanitaria, economica, sociale, legale, politica, religiosa. La manifestazione della Natura attraverso il minuscolo patogeno, questa volta, non ha solo le sembianze di uno spasmo febbrile in risposta alla vocazione distruttiva dell'ecosistema da parte dell'umanità, ma è anche una

* Direttrice programma salute globale di Society for International Development (SID);
ndentico@sidint.org.

reazione ai miti e alle falsità che avvolgono la promessa di una civilizzazione universale a base di libero mercato e diritti umani. Non in senso metaforico. L'agente virale attacca il corpo umano e smantella tutta l'ortodossia e il meccanismo della crescita, così come lo abbiamo conosciuto, rivelando l'inesorabile asfissia del capitalismo della precarietà¹ e detronizzando l'onnipotenza della globalizzazione, così come la abbiamo conosciuta, per fare spazio alla primazia della salute e ai valori della solidarietà. Ricolloca al centro della vita pubblica e della politica il tema della salute. Era avvenuto così dopo i due conflitti mondiali, quando la comunità internazionale, alle prese con la messa a sistema dei diritti umani, stabilì che dovesse essere il diritto alla salute il primo terreno su cui ricostruire società devastate e divise, e che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) fosse la prima agenzia specializzata delle Nazioni Unite. L'Oms infatti, creata nel 1946, ovvero quando la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani non era ancora stata proclamata, doveva diventare il luogo di partenza, lo strumento internazionale per sperimentare concretamente la nuova agenda politica postbellica. La visione era molto lucida: il diritto umano alla vita e alla dignità si sarebbe potuto promuovere come diritto *veramente* universale, se si poteva assicurare il diritto alla salute per tutti².

Questa visione appare tragicamente assente nelle dinamiche multilaterali in tempo di Covid-19, la più acuminata crisi sanitaria della lunga storia dell'Oms. L'orizzonte mobilitante della prima ora non ha illuminato a lungo la prospettiva degli stati membri, che in effetti non sempre sono stati fedeli rappresentanti e sostenitori della organizzazione. Potremmo dire che spesso sono venuti meno alla responsabilità originaria, hanno contribuito a indebolire l'Oms invece di dare piena attuazione al mandato costitutivo del "raggiungimento del più alto livello possibile di salute" per tutte le popolazioni del pianeta senza discriminazioni di sorta³. Nel corso del 2020, in particolare, abbiamo toccato con mano come l'Oms sia stata il terreno prescelto di uno scontro senza esclusione di colpi, nella nuova guerra fredda tra Cina e Stati Uniti⁴. A pochi mesi dall'inizio della pandemia, con l'intento di eludere l'attenzione della stampa rispetto all'inefficiente gestione del virus a casa propria, il presidente americano Donald Trump ha duramente

1. A. Azmanova, *Capitalism on Edge: How Fighting Precarity Can Achieve Radical Change Without Crisis or Utopia*, Columbia University Press, New York 2020.

2. G. Tognoni, A. Macchia, *Health as a Human Right: A Fake News in a Post-human World?*, in "Society for International Development", 63, 2-4, December 2020, p. 271, in <https://link.springer.com/journal/41301/volumes-and-issues/63-2>.

3. Organizzazione Mondiale della Sanità, WHO Constitution, World Health Organization (WHO), Geneva, in https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

4. N. Denticò, E. Missoni (2021), *Geopolitica della salute: COVID-19, OMS e la sfida pandemica*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2021, pp. 169-84.

accusato l'Oms di connivenza con la Cina, considerata responsabile di ritardi imperdonabili e di false dichiarazioni sull'insorgere del focolaio del nuovo Coronavirus e sulle modalità di trasmissione del "virus cinese"⁵. In una serrata escalation di eventi, ad aprile Trump sospendeva i pagamenti dovuti all'agenzia⁶, a maggio comunicava con una lettera all'Assemblea mondiale della sanità di abbandonare l'organizzazione⁷ e il 7 luglio infine notificava formalmente all'Oms il ritiro degli Stati Uniti⁸. Certo: in oltre settanta anni, non è la prima volta che il più potente stato membro – e suo maggiore contribuente – si adopera senza scrupoli per condizionare gli indirizzi dell'Oms sospendendo i finanziamenti e imponendo severe restrizioni al bilancio. Ma è la prima volta che l'attacco viene sferrato nel pieno di una emergenza sanitaria globale senza precedenti, proprio quando il ruolo della "autorità di direzione e coordinamento delle attività di salute internazionale" è quanto mai necessario, e deve poter operare della legittimazione di tutti i paesi. Questo ruvida sequenza di accuse, spesso non adeguatamente fondate, ha ulteriormente aggravato la crisi di autorevolezza dell'Oms, un mare ostile che la agenzia naviga da anni in uno scenario della salute che nel frattempo si è molto trasformato. Nel frattempo, le sfide alla salute su questo pianeta sono aumentate inesorabilmente – Covid-19 non è veramente il cigno nero tanto evocato – e con esse le sfide che l'Oms deve affrontare a seguito dei processi di globalizzazione, assediata com'è non più solo dagli interessi politici dei singoli stati che ne fanno parte, ma anche dai pervasivi interessi economici organizzati su scala globale, così potenti da essere ormai interiorizzati dagli stessi governi. Del resto, anche gli equilibri geopolitici del passato vacillano. Fin dalle prime evoluzioni del virus, la pandemia ha rivelato l'insorgere di insospettati istinti nazionalisti, e in ultima analisi una diffusa resistenza alla cessione di sovranità che qualunque meccanismo di cooperazione internazionale impone, nella piena applicazione degli strumenti normativi che pure i governi hanno predisposto e adottato, per affrontare circostanze di emergenza come quella che stiamo vivendo⁹. La collaborazione è la sola strategia che ferma il contagio,

5. Intervento del presidente Donald Trump alla 75ma Assemblea delle Nazioni Unite, The White House, Washington, 22 settembre 2020, <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/remarks-president-trump-75th-session-united-nations-general-assembly>.

6. Dichiarazioni del Presidente Donald Trump durante il Press Briefing, The White House, Washington, 14 aprile 2020, in <https://it.usembassy.gov/remarks-by-president-trump-in-press-briefing-april-14-2020/>.

7. Cfr. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52718309>.

8. M. Nichols, *U.S. withdrawal from WHO over Claims of China Influence to Take Effect July 2021*: U.N., in "Reuters", 7 luglio 2020, in <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-trump-who-idUSKBN2482YZ>.

9. Organizzazione Mondiale della Sanità, *International Health Regulations* (IHR),

come dimostra ogni evidenza empirica. Eppure, ad un anno dall'inizio della pandemia, la comunità internazionale arranca, imbrigliata com'è in un mondo multipolare privo di multilateralismo.

Covid-19: il fallimento dell'ortodossia del mercato nella campo della salute

Il nuovo Coronavirus ha messo in luce le numerose e laceranti inefficienze del mercato, applicate nel campo della salute. Il nodo è venuto subito al pettine quando è stato necessario fare i conti con la estrema scarsità di filiere di approvvigionamento dei dispositivi di protezione personale, di mascherine, guanti e tute chirurgiche. Oppure dell'ossigeno¹⁰. Un'elevata conta dei morti è stato l'impatto nefasto prodotto dalla gestione privata delle strutture sociosanitarie di lunga degenza dedicate alle persone anziane (RSA) in tutti i paesi OCSE, con standard di cura e logiche di assistenza del tutto inservibili per affrontare una situazione come quella del virus SARS-CoV-2¹¹. Nei paesi a basso e medio reddito, dove la salute privata ha una funzione molto significativa, l'emergenza pandemica ha determinato notevoli contraccolpi in termini di crisi di operatività e quindi di liquidità nel settore privato¹², in parte per i provvedimenti nazionali di chiusura, poi per il crollo del turismo medico che coinvolge alcuni paesi del sud del mondo, a cui ha corrisposto l'aumento dei costi di trattamento a fronte della crisi virale. Infine, il settore privato si è mostrato sostanzialmente impreparato nella gestione del contagio. In molti paesi, le imprese assicurative si sono rifiutate di anticipare o garantire le coperture finanziarie necessarie ai pazienti, così che non sono poche le persone che hanno perso la vita davanti ai cancelli degli ospedali, senza riuscire in alcun modo ad aver accesso alle cure di cui avevano bisogno. I media hanno registrato parecchi episodi di questa natura in Kenya o in India¹³ – l'ammissione in ospedale prevista solo a fronte di consistenti depositi monetari. Dal canto loro an-

WHO, Geneva, 2005, in https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1.

10. P. Cramton *et al.*, *Borrow Crisis Tactics To Get COVID-19 Supplies to Where They Are Needed*, in "Nature", 18 June 2020, 582, pp. 334-6, in <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01750-6>.

11. P. Davidson, S. Szanton, *Nursing Homes and COVID-19: We Can and Should Do Better*, in "Journal of Clinical Nursing", 29, 15-16, pp. 2758-9.

12. O. Williams (2020), *COVID-19 and Private Health: Market and Governance Failure*, in "Development, Society for International Development", 63, 2-4, December 2020, pp. 181-8.

13. A. Bhuyan, *Covid Patients' Claims Denied as Insurers, Private Hospitals Battle Over Bills*, in "Bloomberg", 29 September 2020, in <https://www.bloombergquint.com/coronavirus-outbreak/covid-patients-claims-denied-as-insurers-private-hospitals-battle-over-bills>.

che gli stati non sono stati capaci di adeguate risposte. Per colmare le lacune infrastrutturali pubbliche, i governi si sono fatti imporre dall'industria sanitaria private condizioni finanziarie particolarmente onerose. Questo è il fenomeno che si è registrato in Messico, Perù, Sudafrica, Brasile, India e Gran Bretagna, vuoi per l'incapacità governativa di intervenire requisendo le strutture private o introdurre legislazioni di emergenza, vuoi per un'esplicita sindrome di complicità politica a favore del mantenimento del modello privato nel paese. In Sudafrica, a giugno 2020, il governo pagava l'equivalente di 950 dollari per ogni letto disponibile nel settore privato (detentore di oltre la metà dei letti di terapia intensiva nel paese)¹⁴, mentre nello stesso mese in Perù il prezzo pagato per una singola unità di terapia intensiva disponibile nel privato era di 15.000 dollari¹⁵. Insomma, una politica di *laissez-faire* che ha permesso ai fornitori di servizi privati di fissare le loro condizioni con i pazienti, il personale sanitario, e il sistema di salute del paese. Solo i governi ASEAN, più abili e maturi nella gestione delle pandemie, sono riusciti ad arginare con misure di emergenza e minacce di sanzioni le esuberanze del settore privato, soprattutto nella definizione dei prezzi per le loro prestazioni¹⁶⁻¹⁷.

Se consideriamo la strutturale penuria di risorse finanziarie dedicate alla salute nella maggior parte delle nazioni a medio e basso reddito, si tratta di somme esorbitanti che sono state estratte al pubblico con il potere di mercato. Il capitalismo del disastro, riemerso con la emergenza provocata da Covid-19, ha incarnato quindi le condizioni di una nuova fase di crisi nelle relazioni tra pubblico e privato in ambito sanitario. Ma la tensione questa volta emerge nel momento in cui la dinamica della pandemia impone chiaramente la necessità di ricalibrare questa relazione a favore di chiare regolamentazioni e di nuovi investimenti a favore del settore pubblico, nelle nazioni più svantaggiate tanto quanto nei paesi ricchi: persino nei

14. Economic Times, *South Africa Government, Private Hospitals Agree Deal on COVID-19 Patients*, in "Economic Times", 8 June 2020, in <https://health.economictimes.indiatimes.com/news/hospitals/south-africa-government-private-hospitals-agree-deal-on-covid-19-patients/76251842>.

15. M. Aquino, *Peruvian Government Strikes Agreement with Private Clinics on COVID Care*, in "Reuters", 25 June 2020, in <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-peru/peruvian-government-strikes-agreement-with-private-clinics-on-covid-care-idUKKBN23W2EE>.

16. T. Boonbandit, *Gov't Says Private Hospitals Can't Charge COVID-19 Treatment*, 6 April 2020, in <https://www.khaosodenglish.com/news/business/2020/04/06/govt-says-private-hospitals-cant-charge-covid-19-treatment/>.

17. R. Tiglaio, *Convert Selected Private Hospitals into Dedicated COVIDS-19 Centres*, in "The Manila Times", 23 March 2020, in <https://www.manilatimes.net/2020/03/23/opinion/columnists/topanalysis/convert-selected-private-hospitals-into-dedicated-covid-19-centers/705090/>.

paesi dotati di un sistema sanitario nazionale pubblico, seppure rinsecchito dalle politiche di austerità.

Sul piano multilaterale la risposta alla crisi del settore privato è stata molto diversa. Il massiccio fallimento del mercato sanitario nel corso della pandemia infatti non ha ancora generato alcuna significativa inversione di rotta nella *governance* multilaterale della salute e dei sistemi sanitari. Non si è verificato alcun arretramento rispetto alla sanità privata, né tantomeno si è visto un ripensamento del modello dei partenariati pubblico-privati che negli ultimi due decenni si sono affermati come un grimaldello inesorabile e molto efficace per la privatizzazione della salute, anche e soprattutto in relazione alla agenda dello sviluppo¹⁸. Occorre purtroppo constatare che le politiche e le pratiche neoliberali hanno attecchito nel profondo delle istituzioni multilaterali, arbitri della salute globale, e forse troppo perché queste possano anche solo immaginare una risposta alle esigenze del momento nel segno di un nuovo corso, a favore del pubblico. Gli orientamenti restano incanalati nel solco della storica ideologia dei valori di mercato in ambito sanitario e del ruolo dell'industria sanitaria privata¹⁹, anche se camuffati dalla retorica delle “lezioni apprese”, del “bisogno del cambiamento”, soprattutto per quanto riguarda l'investimento nei sistemi sanitari e il finanziamento dell'accesso equo²⁰. Il tema è di bruciante attualità, evidentemente, soprattutto in riferimento alla tempistica dei programmi di vaccinazione, e dunque alla loro efficacia nella lotta a Covid-19. Soprattutto nella più recente fase delle nuove varianti, che sono una sorta di nuova pandemia nella pandemia.

Covid-19 e la deriva pandemica della *governance* internazionale

L'Oms stessa ha riconosciuto il formidabile impatto della duplice crisi – finanziaria e di servizi – del settore privato nel contesto della gestione della pandemia. Ma questa presa d'atto non è sufficiente. L'organizzazione resta malgrado tutto saldamente ancorata alla presunta necessità del ruolo degli

18. Denticò, Missoni, *Geopolitica*, cit., pp. 101-14.

19. M. Sparke, *Austerity and the Embodiment of Neoliberalism as Ill-Health: Towards a Theory of Biological Sub-Citizenship*, in “Social Science and Medicine”, 187, 2017, pp. 287-95, in https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Sparke_-_Austerity_the_embodiment_of_neoliberalism_pdf.pdf.

20. M. Hellowell *et al.*, *Covid-19 and the Collapse of the Private Health Sector: A Threat to Countries' Response Efforts and the Future of Health Systems Strengthening?*, in “Global Health Policy Unit”, 27 May 2020, in <https://ghpu.sps.ed.ac.uk/covid-19-and-the-collapse-of-the-private-health-sector-a-threat-to-countries-response-efforts-and-the-future-of-health-systems-strengthening/>.

attori privati nel conseguimento della copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage*, UHC), la priorità sanitaria nella Agenda 2030. Ed è questo il motivo per cui, a dispetto di Covid-19, anche l'Oms si ostina a suggerire agli stati membri misure di ingaggio del settore privato nelle strategie di risposta nazionale alla pandemia²¹. La tendenza, sempre più esplicita e controversa, rivela come anche la sola agenzia pubblica di salute internazionale abbia ormai interiorizzato la funzione centrale della sanità privata, al punto da impuntarsi a dimostrarne i benefici nelle esperienze di Kenya e Ruanda, paesi che si sono avvalsi della sanità privata per rispondere alla pandemia²², pur senza una minima valutazione in corso d'opera dei potenziali effetti di lungo periodo.

Per quanto possa sembrare paradossale, non c'è traccia insomma di un pronunciamento dell'Oms sulla inadeguatezza del settore sanitario privato, in tempo di emergenza. Nel turbinio di una serrata crisi sanitaria senza precedenti, la agenzia dell'ONU si dimena alle prese con la sfida più gigantesca della sua storia, ma sembra aver smarrito la propria prospettiva fondativa, *costituzionale*. Quella di cui il mondo ha bisogno, volta a promuovere il settore pubblico come priorità strategica, per la costruzione e il rafforzamento di welfare sanitari nazionali universali, a misura dei diritti primari di tutta la società, a misura della sua stessa promozione sociale ed economica. No, niente di tutto questo.

Invece, l'Oms gioca la partita per restare allineata alle politiche degli attori multilaterali che contano, come la Banca Mondiale, prontamente impegnati contro il virus. La Banca Mondiale ha erogato importanti fondi per i piani di emergenza e di ripresa economica dei paesi duramente colpiti dal Covid-19 nel sud del mondo – a giugno 2020, aveva assegnato prestiti e doni a 60 paesi per un totale di 14 miliardi di dollari²³ – ma replicando anche in questa circostanza la logica apparentemente invariabile del “programma di massimizzazione della finanza per lo sviluppo”, ovvero un approccio di investimenti distribuiti ai governi con la condizionalità di canalizzare i fondi all'industria sanitaria privata, come supporto alla erogazione di servizi di emergenza nella pandemia. Pertanto il paradosso è che i finanziamenti, pure assegnati agli stati, servono a pagare le prestazioni della sanità privata: a condizioni spesso esose, come abbiamo illustrato in precedenza. Troppo debole per contrapporsi alla strategia degli attori multilaterali più forti, troppo sotto-finanziata (e finanziata male) per poter decidere come muoversi in autonomia, e comunque sotto assedio

21. *Ibid.*

22. Cfr. <https://impactforhealth.com/project/engaging-the-private-health-sector-in-covid-19-response/>.

23. Williams, *COVID-19 and Private Health*, cit., p. 186.

da parte dei suoi governi – per accidia (la Cina) o per accanimento (gli USA) – l’Oms attraversa questa crisi come un personaggio pirandelliano, una agenzia in cerca di autore, avida di una sponda cui aggrapparsi pur di restare a galla, priva degli strumenti che le servirebbero per esercitare appieno la sua autorevolezza. Così, in un campo di gioco assai difettoso e soffocante, l’Oms finisce per avallare lo *status quo*. Uno scenario di *governance multistakeholder*, in cui tutti sono coinvolti nella asimmetria fintamente partecipativa dei processi decisionali, indipendentemente dagli interessi che incarnano, spesso in conflitto con l’interesse pubblico; con grave lesione di ogni forma di democrazia sanitaria globale²⁴, e dunque della sola istituzione sanitaria intergovernativa. La frantumazione della filiera decisionale, ormai in capo a una miriade di iniziative pubblico-private da cui dipende in larga misura la salute globale, solleva nuove complicazioni nel contesto della pandemia, e permette al settore privato inediti margini di influenza. Ce ne stiamo rendendo conto, persino in Europa, in relazione alla spinosa questione dei vaccini e all’atteggiamento prono degli stati nei confronti dell’industria farmaceutica. Abbiamo forse meno contezza di come Covid-19 abbia esteso il suo benefico effetto sugli assetti sanitari architettati dal filantrocapialismo strategico della Fondazione Bill e Melinda Gates²⁵, o dalla Fondazione Oms che Ted Turner ha abilmente apparecchiato a Ginevra pochi mesi dopo l’insorgere della pandemia²⁶. Ogni inibizione istituzionale sembra essere definitivamente scomparsa. Ma il mondo merita di più.

Per un nuovo welfare sanitario internazionale

Ha scritto l’analista indiano Pankaj Mishra che “ci voleva un disastro perché lo stato riprendesse in mano la responsabilità originaria di tutelare i suoi cittadini”²⁷. Se è così, possiamo tornare a dare un significato positivo al multilateralismo? La rivoluzione copernicana della salute internazionale, la traiettoria di rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali tornati protagonisti nella gestione di Covid-19, sono ancora prospettive immaginabili ad un anno dall’inizio del contagio virale dell’irriducibile pedagogo

24. H. Gleckman, *Multistakeholder Governance and Democracy: A Global Challenge*, Routledge, London 2018.

25. N. Denticò, *Ricchi e Buoni? Le trame oscure del filantrocapialismo*, EMI, Verona 2020, pp. 200-9.

26. Ivi, pp. 224-5.

27. P. Mishra, *Coronavirus Will Revive an All-Powerful State*, in “Bloomberg”, 17 March 2020, in <https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2020-03-17/coronavirus-will-revive-an-all-powerful-state>.

SARS-CoV-2²⁸? Vogliamo pensare di sì, ma a condizione di voltare le spalle alla fede cieca nelle ortodossie che hanno guidato la globalizzazione, per adottare invece un nuovo modello di sviluppo, saldamente fondato sulla promozione dei diritti umani, la giustizia economica e climatica. Ciò che permetterebbe di guardare alla crisi del nuovo Coronavirus con una prospettiva che abbraccia le sue concatenazioni con l'ambiente e l'agricoltura, con le regole del commercio, con lo sviluppo industriale, e le politiche finanziarie.

Nel momento in cui scriviamo, la comunità internazionale rappresentata all'Oms punta sulla sicurezza sanitaria (*health security*), con la proposta di un trattato pandemico per aggregare e vincolare la determinazione politica globale a favore del rafforzamento della risposta alle crisi sanitarie²⁹. Nell'ottica degli interventi futuri per la salute, potrebbe trattarsi di una buona notizia, anche se va presa con tutte le cautele del caso. Del resto, mai come prima Covid-19 ha messo in luce la necessità di una organizzazione pubblica internazionale che sia forte, indipendente, per gestire la salute nel mondo. Nel suo ultimo libro sulla catastrofe Covid-19 il caporedattore di "The Lancet", Richard Horton, spiega che "l'Oms svolge un ruolo vitale e raduna i migliori scienziati del mondo per testare standard per la salute [...] Nelle nazioni più povere del pianeta, l'Oms presta un servizio indispensabile ai ministeri della salute, ai servizi sanitari e agli operatori sanitari"³⁰. Il mondo dunque ha bisogno di una entità multilaterale inflessibile, autorevole. Oggi più che mai, "è necessario formare una solida coalizione di paesi determinati a difendere il carattere pubblico, l'autorità e la indipendenza della Oms, così da permetterle di stabilire regole di sanità pubblica a livello globale con la capacità e tutti gli strumenti necessari a metterle in pratica"³¹. La comunità internazionale, oggi in preda al disorientamento e alla frammentazione, ha la possibilità di riprendere in mano il filo del multilateralismo e decidere se, nella gestione della salute globale, sia meglio avviarsi in una direzione futura che serve al mondo oppure a pochi protagonisti ricchi e influenti. Questo percorso non è facile ed è

28. N. Denticò, *The Vital Pedagogy of the New Coronavirus*, in "Development, Society for International Development", 63, 2-4, December 2020, pp. 145-9, in <https://link.springer.com/journal/41301/volumes-and-issues/63-2>.

29. S. L. Vijay, *Who Proposes 'New Pandemic Treaty' to Tighten Global Monitoring and Enforcement of Disease Outbreak Response*, in "Health Policy Watch", 20 January 2021, in <https://healthpolicy-watch.news/who-proposes-new-pandemic-treaty-to-tighten-global-monitoring-and-enforcement-of-disease-outbreak-response/>.

30. R. Horton (2020), *Covid-19, la catastrofe: Cosa non ha funzionato e come evitare che si ripeta*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2020, p. 75.

31. G. Velásquez, *World Health Organization Reforms in the Time of COVID-19*, in "The South Centre", November 2020, p. 5.

tutto da reinventare. Ma la storia dimostra che il nazionalismo di mercato esaspera le disuguaglianze e non promette alcuna sostenibilità. I governi hanno un'occasione senza precedenti per riprendere in mano le politiche della sanità in un mondo patologicamente globalizzato³² e aggiornare principi e valori che hanno fondato l'Oms, nell'ottica del diritto alla salute e della responsabilità pubblica. Per persone che ancora credono al valore delle Nazioni Unite, potrebbe anche essere l'ultima per salvare l'unica istituzione sanitaria globale e democratica del pianeta.

32. S. K. Sell, O. D. Williams, *Health under Capitalism: A Global Political Economy of Structural Pathogenesis*, in "Review of International Political Economy", 9 September, pp. 1-25, in <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09692290.2019.1659842>.