

# Unione Europea e Public Health matters

*Riflessioni sul ruolo dell'Unione in assenza di una revisione dei trattati*

Il 26 settembre, all'Università degli Studi Link, si è tenuto il convegno intitolato "Unione Europea e *Public Health matters*: Riflessioni sul ruolo dell'Unione in assenza di una revisione dei trattati". Durante l'evento, presieduto dal Professore **Roberto Baratta** dell'Università degli Studi Roma Tre, esperti hanno discusso approfonditamente del ruolo dell'Unione Europea nella gestione della sanità pubblica, esaminando gli strumenti e i limiti giuridici che l'UE incontra in questo ambito.

Tra gli interventi, di particolare rilievo è stato quello della Professoressa **Flavia Zorzi Giustiniani** dell'Università degli Studi Link, sull'uso dell'Articolo 114 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea

(TFUE) come principale base giuridica per legiferare nel mercato interno, con un focus sulle sue applicazioni e sui limiti in materia di sanità pubblica. Il Professor **Simone Marinai** dell'Università degli Studi di Pisa ha inoltre analizzato il ricorso agli atti di *soft law* come strumento di risposta alle crisi sanitarie, evidenziando i vantaggi e le criticità associati al loro uso.



Un altro tema centrale è stato l'approccio "One Health" sostenuto dall'UE, analizzato dalla Professoressa **Pia Acconci**, che ha sottolineato l'interconnessione tra la salute

umana, quella animale e l'ambiente, e la necessità di azioni coordinate per affrontare i rischi sanitari globali. Il convegno ha inoltre esplorato, con l'intervento del Professore **Roberto Cisotta** dell'Università degli Studi di Roma La Sapienza, i modelli e budget sanitari coordinati o in concorrenza nel contesto del Semestre Europeo. Infine, la Professoressa **Emanuela Pistoia** dell'Università degli Studi di Teramo ha esposto le prospettive di un'Unione Europea della Salute a più velocità, considerando l'opportunità di una maggiore integrazione nel settore della salute attraverso l'uso di basi giuridiche esistenti o la creazione di nuovi trattati.

Questo articolo si propone di presentare un rapporto degli argomenti trattati, tracciando un quadro complessivo delle sfide e delle opportunità che l'Unione Europea deve affrontare nella sua funzione di regolazione della sanità pubblica, nonché delle implicazioni giuridiche e politiche delle diverse strategie discusse durante il convegno.

## SALUTE PUBBLICA E MERCATO INTERNO. I LIMITI DEL RICORSO ALL'ART. 114 TFUE

*Prof.ssa Flavia Zorzi Giustiniani, Università degli Studi Link;*

*Prof. Simone Marinai, Università degli Studi di Pisa*

Il loro intervento si è focalizzato sulla sanità pubblica nel diritto europeo, una materia complessa e multidisciplinare, che coinvolge diverse competenze e strumenti normativi. Sebbene la competenza nella politica di salute pubblica rimanga principalmente a livello nazionale, l'Unione europea ha iniziato a svolgere un ruolo significativo nella gestione delle questioni sanitarie, in particolare durante le crisi globali come il Covid-19. Gli strumenti normativi utilizzati comprendono direttive e regolamenti in larga misura basati sull'Art.114 TFUE fino alle misure di *soft law*, ovvero atti legislativi che permettono di reagire rapidamente alle emergenze.

Come ha spiegato la Prof.ssa Zorzi, l'Art.114 TFUE rappresenta la principale base giuridica per legiferare in materia di mercato interno e la sua ampia applicazione lo rende rilevante anche per la sanità pubblica. Grazie alla sua flessibilità e alla procedura decisionale semplificata, l'Art.114 viene spesso preferito all'Art.115 TFUE, il quale richiede un processo più complesso. Tuttavia, l'Art.114, essendo primariamente legato al funzionamento del mercato interno, presenta diversi limiti quando viene applicato in ambito sanitario.

Un vantaggio significativo dell'uso dell'Art.114 in sanità pubblica è la possibilità di superare il divieto di armonizzazione previsto dall'Art.168 TFUE, che limita l'intervento diretto dell'UE in materia di salute. Tuttavia, l'Art.114 può portare a fenomeni come il *competence creep*, ovvero l'estensione delle competenze dell'UE oltre quanto previsto dai trattati. Questo è stato evidente, ad esempio, nel caso della legislazione sul tabacco, dove la Corte di giustizia ha

dovuto valutare se fosse più appropriato l'utilizzo dell'Art.114 o dell'Art.168.

I limiti dell'Art. 114 emergono particolarmente quando il suo utilizzo risulta inadeguato per la creazione di standard sanitari comuni che non riguardano direttamente il mercato interno. Inoltre, il paragrafo 2 dell'Art.114 esclude alcuni settori dalla sua applicazione, creando ulteriori restrizioni all'intervento dell'UE. Nonostante questi vincoli, l'Art.114 rimane uno strumento cruciale per il legislatore europeo, anche se necessita di un'applicazione cauta per evitare una neutralizzazione del principio di sussidiarietà.

Gli atti di *soft law*, come evidenziato dal Prof. Marinai, sono diventati un elemento chiave della risposta dell'UE alle crisi sanitarie, come dimostrato durante la pandemia di Covid-19. Contrariamente agli strumenti legislativi tradizionali, che richiedono lunghi processi di approvazione, il *soft law* consente un'azione più rapida e flessibile. Gli strumenti di *soft law*

includono raccomandazioni, dichiarazioni, linee guida e *road map* e sono stati utilizzati da una vasta gamma di istituzioni europee, come la Commissione Europea, il Consiglio Europeo e l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA).

Durante la pandemia, l'UE ha adottato diverse misure di *soft law* per affrontare le sfide poste dalla crisi sanitaria, coprendo settori disparati come la circolazione delle persone, il tracciamento digitale, gli aiuti di Stato e gli appalti pubblici. La Comunicazione della Commissione Europea del 13 marzo 2020, ad esempio, ha fornito una linea guida per il coordinamento economico tra Stati membri, mentre altre misure, come la raccomandazione dell'8 aprile 2020 sul tracciamento mobile, hanno affrontato aspetti più tecnici legati alla gestione della pandemia.

Tuttavia, il *soft law* presenta anche alcune criticità. La rapidità con cui viene adottato può compromettere l'accuratezza e la ponderazione delle decisioni, creando un

"deficit democratico". Inoltre, la mancanza di vincolatività giuridica rende difficili i controlli sugli atti di *soft law* e la loro proliferazione può portare a una "inflazione" normativa che complica ulteriormente la distinzione tra *soft* e *hard law*. Il carattere non vincolante di questi strumenti limita anche la possibilità di impugnarli di fronte alla Corte di Giustizia Europea, come stabilito dall'Art. 263 TFUE.



I Professori Zorzi e Marinai hanno evidenziato l'importanza crescente del

ruolo dell'Unione nella sanità pubblica, specialmente in situazioni di crisi. L'Art.114 TFUE fornisce una base giuridica flessibile e potente, ma richiede attenzione per evitare un eccesso di competenze UE. Gli strumenti di *soft law*, pur utili per risposte rapide, sollevano dubbi sulla legittimità democratica e il controllo giurisdizionale. La sfida futura per l'UE sarà bilanciare l'efficacia delle sue azioni in ambito sanitario con il rispetto dei principi di sussidiarietà e democrazia, mantenendo al contempo una capacità di risposta agile alle crisi globali.

Interventi riportati dalla **Dott.sa Elisabetta Carone**, Studentessa del percorso di eccellenza Jean Monnet in Studi Europei e Laurea Magistrale in Strategic Studies and Security Policies alla Link Campus University.

## CONTROLLO E PREVENZIONE DEI RISCHI SANITARI GLOBALI: L'APPROCCIO DELL'UNIONE EUROPEA

*Prof.ssa Pia Acconci, Università degli Studi di Teramo*

Inizia il suo intervento con una presentazione generale della situazione pandemica mettendo in evidenza di come alcune malattie ampiamente discusse in passato come Ebola, Hiv, hanno interesse mediatico altalenante, ciò dovuto al fatto che sono malattie silenti e persistenti la quale infettività in determinati periodi e contesti aumenta in modo più o meno rapidamente.

Si ci avvicina all'argomento chiave del suo intervento, il preservare la salute umana, e per fare ciò bisogna pensare ad uno schema più ampio rispetto al solito sanitario che implica la salute delle persone;

Bisogna tenere conto che la salute dell'uomo è influenzata da ciò che ci circonda, basti pensare al benessere animale e dell'ambiente, due realtà che coinvolgono direttamente gli esseri umani, sia con l'alimentazione e quindi ingerire degli alimenti potenzialmente pericolosi per il nostro sistema immunitario, si è parlato in precedenza di peste suina e allevamenti intensivi dove gli animali vengono sottoposti non solo a condizioni di sovraffollamento e chiusura all'interno degli stabilimenti, ma vengono soprattutto nutriti con speciali mangimi contenenti antibiotici e medicinali che favoriscono lo sviluppo fisico rapido per avere più prodotto da ricavare una volta macellati, ma che allo stesso tempo riduce drasticamente le difese immunitarie dell'animale che sviluppa a lungo andare antibiotico-resistenza e di conseguenza la qualità degli alimenti che arrivano alle nostre tavole è molto discutibile.

Il cuore del suo intervento si focalizza sul principio di **"One Health Approach"**, riconoscendo che la salute umana, animale

ed ambientale sono strettamente correlate tra loro, implicando una collaborazione tra i vari settori che siano medici, ambientalisti, veterinari ecc...

Si riconosce che esistano dei gravi vuoti normativi nel sistema internazionale, l'agenda 2030 creata dalle Nazioni Unite per affrontare lo sviluppo sostenibile per il pianeta, si compone principalmente di fasi quali la preparazione, prevenzione e risposta alle tematiche riguardanti lo sviluppo sostenibile.

Per affrontare le crisi sanitarie è stato fondamentale l'utilizzo di strumenti di protezione personale, medicine, vaccini, integratori, ossigeno, strumenti di tutti i settori, che all'inizio della pandemia Sars-Covid-19 sono venuti a mancare.

Terapie efficaci per il controllo della diffusione, oltre che alle misure di distanziamento sociale, si sono trovate nella forma dei vaccini, l'incentivazione della ricerca e sviluppo con ingenti finanziamenti nei settori sanitari, altrettanto complessa è stata la

realizzazione dei programmi di vaccinazione per ogni paese e da parte dell'Unione Europea.

Successivamente si passa alla discussione di analisi, report, studi ed atti da parte di organizzazioni internazionali, evidenziando il fatto che dopo una pandemia come quella del Covid-19 sia doveroso prepararsi per prevenire e per avere una **Global Health governance** in grado di affrontare le situazioni in modi più strutturati, con attori chiave OMS e UE, tra i quali dovrebbe avvenire una cooperazione volta a potenziare il quadro internazionale, si è discusso dell'implementazione di un possibile e futuro "**Pandemic Agreement**", incentrato sui principi di equità e solidarietà, gestione di produzione e distribuzione dei prodotti pandemici in modo organizzato e strutturato.

E' stato poi citato il **CoVax**, programma di cooperazione portato avanti dalle Nazioni Unite per calmierare il prezzo dei vaccini e renderli accessibili anche ai paesi più poveri.

Pandemic Agreement, Health Union, all'interno dell'Unione Europea vi è un forte rafforzamento del quadro normativo vincolante, con approvazione di regolamenti direttamente applicabili e con la messa in evidenza delle possibili minacce future.



L'Unione Europea è passata da essere uno degli attori criticati a livello internazionale per la lenta risposta alla pandemia del Covid-19, ad uno degli attori principali che si sta muovendo per un rafforzamento del

sistema di risposta rapido e meglio strutturato normativamente.

L'Armonizzazione resta comunque un tema non prioritario nell'Unione nel tema della salute, data alla natura di Organizzazione Internazionale con caratteristiche confederative, di autonomia degli stati in determinati settori, e con la resilienza da parte degli stati membri a voler mantenere il controllo, per affrontare queste tematiche in modo rapido si può pensare principalmente a strumenti non vincolanti.

Ad oggi, parlando di covid 19 e questioni sanitarie importanti ed imminenti, il quadro internazionale dell'unione si dimostra forte facendo riferimento a strumenti e meccanismi flessibili ed attori diversi e molteplici.

Intervento riportato dal **Dr. Salvatore Scariano**,  
Studente del percorso di eccellenza Jean Monnet in  
Studi Europei e Laurea Magistrale in Studi Strategici  
e Politiche della Sicurezza alla Link Campus  
University.

## MODELLI E BUDGET SANITARI COORDINATI O IN CONCORRENZA? LA SALUTE NEL SEMESTRE EUROPEO

*Prof. Roberto Cisotta, Università degli studi di Roma  
La Sapienza*

L'intervento si apre con l'introduzione di alcuni casi che hanno riguardato gli interventi della Corte di Giustizia Europea nel campo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Questa ha, alle volte, accordato dei rimborsi per delle cure prestate in uno stato altro dell'Unione a cittadini di Stati membri in cui la Nazione aveva mostrato dei deficit nei propri sistemi sanitari interni. In particolare, si sono analizzati i casi Watts ed Helkinoff. Nel primo caso, la paziente richiedeva una progressione più rapida nelle liste di attesa nel sistema sanitario britannico visto un dolore crescente all'anca, questa, non soddisfatta della progressione nelle liste

trova delle cure più rapide in Francia e richiede il rimborso di queste al proprio sistema nazionale. La Corte accorda il rimborso tramite una norma che serviva per regolare i rimborsi nell'ambito del coordinamento dei sistemi di sicurezza nazionale per i lavoratori che si spostano all'interno della Comunità. Il secondo caso invece, tratta di una patologia grave all'occhio per il quale i medici bulgari prevedevano come cura l'asportazione del globo oculare. In Germania esistevano delle cure più avanzate che promettevano di salvare l'occhio, il paziente dunque si fa curare presso le strutture del sistema sanitario tedesco ottenendo il rimborso perché nel sistema sanitario bulgaro venivano elencate tutte le patologie curabili all'interno del sistema sanitario bulgaro ma non le relative cure specifiche, dunque, non escludendo a priori, che le cure ottenute dal paziente in Germania potessero essere erogate anche in Bulgaria.

Questi due casi sono utili per spiegare come alcuni degli esiti dell'applicazione sul

mercato interno avevano messo in concorrenza diversi sistemi sanitari (lì dove c'è un sistema sanitario più efficiente, c'è il rischio che il sistema nazionale possa ritrovarsi obbligato a pagare per le cure che non riesce a prestare). Questa pressione concorrenziale, se pur funzionale ad integrazione dei sistemi sanitari meno efficienti, potrebbe risultare deleteria verso i rapporti tra stati dell'Unione. Il Semestre Europeo è un'agenda comune per l'assunzione delle decisioni di bilancio a livello statale. Questo pone l'obiettivo di una progressione comunitaria tramite il confronto degli Stati UE sulla programmazione di bilancio fatto da ciascuno per cercare di seguire degli strumenti di coordinamento somministrati agli stati membri dalle istituzioni dell'UE. Questi sono quasi tutti atti di *soft law*, atti di coordinamento da parte delle istituzioni dell'Unione e che sono indirizzati agli Stati per coordinare delle decisioni di bilancio che si traducono a livello nazionale come degli atti di *hard law*, arrivando alla fine di ogni anno all'adozione dei parlamenti della

legge di stabilità finanziaria. Le sanzioni se uno Stato non dovesse seguire gli “inviti” nelle procedure di coordinamento il consiglio può decidere di rendere pubblici degli atti con i quali si rileva che lo stato non ha rispettato gli indirizzi di massima. Per lo Stato ricevente un’azione di questo tipo da parte del Consiglio porterebbe ad un danno d’immagine dello stesso nei confronti dei mercati finanziari internazionali potenzialmente andando ad intaccare l’indebitamento di questo negli stessi mercati. Negli atti del semestre europeo non vengono citati le raccomandazioni in termini di salute, per quanto riguarda l’Italia, dopo la pandemia nei *Report* e nelle “*country specific recommendations*” dopo il SARS-Covid-19 , di salute si parla estremamente poco e si intravede nella comparazione dei dati tramite il benchmarking la pressione concorrenziale tra gli stessi Stati dell’Unione. Nelle *country specific recommendations* per l’Italia non vi sono consigli specifici per la salute piuttosto vi sono raccomandazioni per la spesa sociale vista in maniera più generale.

Questi strumenti di coordinamento sono molto specifici e scendono molto nel dettaglio, e quindi le istituzioni dell’Unione al momento si accontentano di guardare la salute nel quadro più generale delle spese sociali.



Intervento riportato dal **Dr. Antonino Pola**,  
Studente del percorso di eccellenza Jean Monnet in  
Studi Europei e Laurea Magistrale in Studi Strategici  
e Politiche della Sicurezza alla Link Campus  
University.

## PROSPETTIVE DI UN'UNIONE EUROPEA DELLA SALUTE A PIÙ VELOCITÀ

*Prof.ssa Emanuela Pistoia, Università degli Studi di Teramo*

Il convegno sull'UE e *Public health matters* è finalizzato con il panel della Prof.ssa Emanuela Pistoia (Università degli Studi di Teramo), intitolato "Prospettive di un'UE della salute a più velocità". La Prof.ssa Pistoia ha introdotto questo argomento spiegando perché si parla d'integrazione "a più velocità": vista la difficoltà di ottenere una revisione dei trattati in ambito sanitario, si potrebbe cercare l'integrazione solo tra gli Stati membri che sono disposti a fare questo ulteriore passo. In effetti, in questo intervento, viene scartata l'ipotesi della petizione in tema di salute, che permetterebbe all'Unione di acquistare ulteriori competenze in questa materia e risorse proprie, perché per l'appunto si dovrebbero modificare i trattati ed è difficile da realizzare tenendo in

considerazione il bisogno dell'unanimità da parte degli Stati membri.

Nella prima parte del suo intervento, la Prof.ssa Pistoia ha fatto alcune considerazioni riguardo le competenze che l'Unione ha acquisito in materia sanitaria negli anni post-pandemici. Ha inoltre osservato che, nonostante una comunicazione della Commissione del 2020 aveva annunciato una serie di azioni ambiziose che sono in seguito state adoperate, una comunicazione del 2024 non ha messo in agenda le pratiche che erano state richieste. Questo fa capire che, anche se durante la pandemia è stato fatto un passo avanti nel percorso dell'integrazione in materia di sanità, l'attività post pandemica mostra invece un rallentamento.

Nella seconda parte del suo intervento, la Prof.ssa Pistoia è entrata nel vivo del discorso, esaminando quali basi giuridiche esistenti si potrebbero adoperare per creare degli strumenti nuovi ed ottenere una maggiore integrazione nel

settore sanitario. In primo luogo, ha esplorato la possibilità della cooperazione rafforzata dell'articolo 20 del TUE, che può essere utilizzata in tutti i settori, a condizione che l'Unione abbia competenze -non esclusive- in materia. Ci sono però un paio di requisiti giuridici per mettere in opera questo meccanismo che hanno causato confusione, e che nascono dall'articolazione dell'articolo in questione, il quale dispone che "il Consiglio (..) stabilisc[e] che gli obiettivi ricercati da detta cooperazione non possono essere conseguiti entro un termine ragionevole dall'Unione". Il primo requisito è che la cooperazione rafforzata può essere avviata soltanto in ultima istanza, e quest'ultima istanza viene valutata solo dal Consiglio, e solo la Corte di Giustizia può controllare che la valutazione sia avvenuta correttamente. Il secondo punto è cercare di delimitare il concetto di "termine ragionevole": quanto tempo bisogna aspettare? Il Consiglio può decidere d'emblée? Secondo la Prof.ssa Pistoia, bisogna differenziare tra i *dossiers*



conflittuali e quelli non-conflittuali. Nel caso di questi ultimi, gli Stati membri che non vogliono partecipare alla cooperazione rafforzata non hanno nulla in contrario con che altri Stati cooperino, semplicemente sono disinteressati con l'integrazione in quel determinato campo. Quindi il termine ragionevole si riduce a poco e basta che il Consiglio accetti il disinteresse di alcuni Stati membri.



Al contrario, per i *dossiers* conflittuali, alcuni Stati membri non vogliono che la cooperazione continui, e quindi deve

effettivamente passare più tempo. Questo è stato il caso della Spagna e l'Italia riguardo il brevetto unitario: questi Stati membri ricercavano uno strumento diverso e ritenevano che i negoziati dovessero continuare. La Corte di Giustizia dell'UE si è pronunciata qualificando come "termine ragionevole" il numero di riunioni del Consiglio nelle quali si discuteva di questo argomento.

In secondo luogo, la Prof.ssa Pistoia ha esplorato la possibilità di trattati esterni, che non fanno parte del diritto dell'Unione ma che comunque riguardano le sue competenze. La Corte di Giustizia si è pronunciata tramite la sentenza Pringle del 2013: l'adozione di questi trattati è possibile se l'Unione non ha una competenza esclusiva nella materia in questione, e gli Stati membri mantengono le proprie competenze -anche se concorrenti; il limite è il rispetto del diritto dell'Unione e del suo primato. La Prof.ssa Pistoia ha osservato che questi trattati esterni potrebbero sviluppare delle misure che non sono della competenza dell'UE,

evitando la procedura di revisione dei trattati. Basandosi sull'esempio del Trattato Fiscal Compact, si potrebbero creare delle nuove Istituzioni che interagirebbero con le Istituzioni dell'UE già esistenti. Basandosi invece sull'esempio del Trattato Istitutivo del MES, si potrebbero addirittura attribuire delle competenze alle Istituzioni dell'UE, che quando operano per il trattato esterno, cambierebbero cappello. C'è però una differenza rilevata dalla Corte di Giustizia: a differenza degli Stati membri, che sono vincolati dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE solo quando operano sotto il diritto dell'Unione, le Istituzioni dell'UE sono vincolate dalla Carta anche quando operano in quadro esterno. Questo varrebbe anche per un eventuale trattato sulla sanità europea, ed era una delle maggiori preoccupazioni.

Intervento riportato dalla **Dott.sa Rugiada Colò**, Studentessa del percorso di eccellenza Jean Monnet in Studi Europei e Laurea Magistrale in Strategic Studies and Security Policies alla Link Campus University.

## Conclusioni

Le conclusioni che possiamo trarre al termine conferenza evidenziano diversi aspetti fondamentali relativi al ruolo dell'UE nella gestione della sanità pubblica. Anche se l'Unione ha competenze limitate in questo settore, il suo potenziale di intervento è stato analizzato durante le crisi globali come la pandemia di Covid-19, e si è constatato che **l'articolo 114 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea** (TFUE) è stato ampiamente utilizzato per legiferare in materia di sanità pubblica, rivelandone la flessibilità.

Tuttavia, ci sono stati limiti emersi dovuti alla natura di regolamentazione del mercato interno, portando alla necessità di strumenti particolari per affrontare le sfide sanitarie.

Un altro punto di svolta rilevante è stato l'uso degli strumenti di soft law, che hanno permesso risposte rapide, sebbene questi strumenti si siano dimostrati efficaci per

azioni immediate, la loro natura non vincolante solleva interrogativi sulla loro legittimità democratica e sul controllo giuridico.

Inoltre, si è sottolineata l'importanza di adottare un approccio integrato definito "One Health", che riconosce il legame tra salute umana, animale e ambientale, sostenendo una maggiore collaborazione intersettoriale tra i settori per prevenire future crisi sanitarie globali.

Le prospettive future riflettono la possibilità che l'UE possa seguire un percorso di integrazione a più velocità nel settore sanitario, approccio che potrebbe consentire a un certo gruppo di Stati membri di dirigersi verso una maggiore cooperazione in materia sanitaria senza necessariamente rivedere i trattati, cosa che richiederebbe l'unanimità e sarebbe complessa da realizzare.

Nel contempo, a livello internazionale, vengono presentati accordi come "l'accordo sulla pandemia" che si concentra su una gestione più coordinata delle future

pandemie possibili, accordo, basato sui principi di equità e solidarietà che prevede una stretta cooperazione tra attori globali quali l'OMS e l'UE.

Infine, sebbene non considerato come una priorità immediata, l'armonizzazione delle normative sanitarie a livello europeo potrebbe emergere in futuro, soprattutto per migliorare la capacità dell'UE di rispondere alle crisi sanitarie globali e per una migliore integrazione dei sistemi sanitari nazionali.

L'UE dovrà poter reagire rapidamente alle emergenze sanitarie, pur rispettando le competenze nazionali e il principio di sussidiarietà.



## UNIONE EUROPEA E *PUBLIC HEALTH* MATTERS

RIFLESSIONI SUL RUOLO DELL'UNIONE IN ASSENZA DI UNA REVISIONE DEI TRATTATI

Giovedì **26 SETTEMBRE 2024** | ore 14:30

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI LINK | *Antica Biblioteca* | Via del Casale di San Pio V, 44 - Roma

Chair: **Roberto BARATTA** (*Università degli Studi Roma Tre*)

ore 14:30  
Saluti introduttivi

**Flavia ZORZI GIUSTINIANI** (*Università degli Studi Link*)

ore 14:40  
**SALUTE PUBBLICA E MERCATO INTERNO. I LIMITI DEL RICORSO ALL'ART. 114 TFUE**

**Flavia ZORZI GIUSTINIANI** (*Università degli Studi Link*)

ore 15:00  
**GLI ATTI DI *SOFT LAW* QUALE STRUMENTO DI RISPOSTA ALLE CRISI SANITARIE**

**Simone MARINAI** (*Università degli Studi di Pisa*)

ore 15:20  
**CONTROLLO E PREVENZIONE DEI RISCHI SANITARI GLOBALI: L'APPROCCIO DELL'UNIONE EUROPEA**

**Pia ACCONCI** (*Università degli Studi di Teramo*)

ore 15:40 *Coffee break*

ore 16:00  
**MODELLI E BUDGET SANITARI COORDINATI O IN CONCORRENZA? LA SALUTE NEL SEMESTRE EUROPEO**

**Roberto CISOTTA** (*Università degli Studi di Roma La Sapienza*)

ore 16:20  
**PROSPETTIVE DI UN'UNIONE EUROPEA DELLA SALUTE A PIÙ VELOCITÀ**

**Emanuela PISTOIA** (*Università degli Studi di Teramo*)

ore 16:40  
Question time



JM EU  
CROSS  
HEALTH