

SP

SISTEMA
PENALE

NUMERO SPECIALE 2024

LA CONVENZIONE MEDICRIME SULLA
CONTRAFFAZIONE DEI PRODOTTI SANITARI E LA
TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA IN ITALIA

Atti del Convegno internazionale di Studi, Brescia, 16-17 novembre 2023

A cura di Oscar Alarcón-Jiménez, Luca Maserà, Andrea Perin, Lorenzo Salazar

COMITATO EDITORIALE Giuseppe Amarelli, Roberto Bartoli, Hervè Belluta, Michele Caianiello, Massimo Ceresca-Gastaldo, Adolfo Ceretti, Cristiano Cupelli, Francesco D'Alessandro, Angela Della Bella, Gian Paolo Demuro, Emilio Dolcini, Novella Galantini, Mitja Gialuz, Glauco Giostra, Antonio Gullo, Stefano Manacorda, Vittorio Manes, Luca Maserà, Anna Maria Maugeri, Melissa Miedico, Vincenzo Mongillo, Francesco Mucciarelli, Claudia Pecorella, Marco Pelissero, Lucia Risicato, Marco Scoletta, Carlo Sotis, Costantino Visconti.

COMITATO SCIENTIFICO (REVISORI) Andrea Abbagnano Trione, Alberto Alessandri, Silvia Allegrezza, Chiara Amalfitano, Enrico Mario Ambrosetti, Ennio Amodio, Gastone Andreatza, Ercole Aprile, Giuliano Balbi, Marta Bargis, Enrico Basile, Fabio Basile, Alessandra Bassi, Teresa Bene, Carlo Benussi, Alessandro Bernardi, Marta Bertolino, Francesca Biondi, Rocco Blaiotta, Manfredi Bontempelli, Carlo Bonzano, Matilde Brancaccio, Carlo Bray, Renato Bricchetti, David Brunelli, Carlo Brusco, Silvia Buzzelli, Alberto Cadoppi, Lucio Camaldo, Gaia Caneschi, Stefano Canestrari, Giovanni Canzio, Francesco Caprioli, Matteo Caputo, Fabio Salvatore Cassibba, Donato Castronuovo, Elena Maria Catalano, Mauro Catenacci, Antonio Cavaliere, Francesco Centonze, Federico Consulich, Carlotta Conti, Stefano Corbetta, Roberto Cornelli, Fabrizio D'Arcangelo, Marcello Daniele, Gaetano De Amicis, Cristina De Maglie, Alberto De Vita, Jacopo Della Torre, Ombretta Di Giovine, Gabriella Di Paolo, Giandomenico Dodaro, Massimo Donini, Salvatore Dovere, Tomaso Emilio Epidendio, Luciano Eusebi, Riccardo Ferrante, Giovanni Fiandaca, Giorgio Fidelbo, Stefano Finocchiaro, Carlo Fiorio, Roberto Flor, Luigi Foffani, Désirée Fondaroli, Gabriele Fornasari, Gabrio Forti, Piero Gaeta, Alessandra Galluccio, Marco Gambardella, Alberto Gargani, Loredana Garlati, Giovanni Grasso, Giulio Illuminati, Gaetano Insolera, Roberto E. Kostoris, Giorgio Lattanzi, Sergio Lorusso, Ernesto Lupo, Raffaello Magi, Vincenzo Maiello, Adelmo Manna, Grazia Mannozi, Marco Mantovani, Luca Marafioti, Enrico Marzaduri, Maria Novella Masullo, Oliviero Mazza, Francesco Mazzacuva, Claudia Mazzucato, Alessandro Melchionda, Chantal Meloni, Vincenzo Militello, Andrea Montagni, Gaetana Morgante, Lorenzo Natali, Renzo Orlandi, Luigi Orsi, Francesco Palazzo, Carlo Enrico Paliero, Lucia Parlato, Annamaria Peccioli, Chiara Perini, Lorenzo Picotti, Carlo Piergallini, Paolo Pisa, Luca Pistorelli, Daniele Piva, Oreste Pollicino, Domenico Pulitanò, Serena Quattrocchio, Tommaso Rafaraci, Paolo Renon, Maurizio Romanelli, Bartolomeo Romano, Gioacchino Romeo, Alessandra Rossi, Carlo Ruga Riva, Francesca Ruggieri, Elisa Scaroina, Laura Scomparin, Nicola Selvaggi, Sergio Seminara, Paola Severino, Rosaria Sicurella, Piero Silvestri, Fabrizio Siracusano, Nicola Triggiani, Andrea Francesco Tripodi, Giulio Ubertis, Maria Chiara Ubiali, Antonio Vallini, Gianluca Varraso, Vito Velluzzi, Paolo Veneziani, Francesco Viganò, Daniela Vigoni, Francesco Zacchè, Stefano Zirulia.

REDAZIONE Francesco Lazzeri, Giulia Mentasti (coordinatori), Enrico Andolfatto, Silvia Bernardi, Pietro Chiaraviglio, Beatrice Fragasso, Cecilia Pagella, Emmanuele Penco, Gabriele Pontepino, Tommaso Trincherà.

Sistema penale (SP) è una rivista *online*, aggiornata quotidianamente e fascicolata mensilmente, ad accesso libero, pubblicata dal 18 novembre 2019.

La *Rivista*, realizzata con la collaborazione scientifica dell'Università degli Studi di Milano e dell'Università Bocconi di Milano, è edita da Progetto giustizia penale, associazione senza fine di lucro con sede presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche "C. Beccaria" dell'Università degli Studi di Milano, dove pure hanno sede la direzione e la redazione centrale. Tutte le collaborazioni organizzative ed editoriali sono a titolo gratuito e agli autori non sono imposti costi di elaborazione e pubblicazione.

La *Rivista* si informa agli standard internazionali definiti dal *Committee on Publication Ethics (COPE)* e fa proprie le relative linee guida.

I materiali pubblicati su *Sistema Penale* sono oggetto di licenza CC BY-NC-ND 4.00 International. Il lettore può riprodurli e condividerli, in tutto o in parte, con ogni mezzo di comunicazione e segnalazione anche tramite collegamento ipertestuale, con qualsiasi mezzo, supporto e formato, per qualsiasi scopo lecito e non commerciale, conservando l'indicazione del nome dell'autore, del titolo del contributo, della fonte, del logo e del formato grafico originale (salve le modifiche tecnicamente indispensabili). La licenza è consultabile su <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Peer review I contributi che la direzione ritiene di destinare alla sezione "Articoli" del fascicolo mensile sono inviati a un revisore, individuato secondo criteri di rotazione tra i membri del Comitato scientifico, composto da esperti esterni alla direzione e al comitato editoriale. La scelta del revisore è effettuata garantendo l'assenza di conflitti di interesse. I contributi sono inviati ai revisori in forma anonima. La direzione, tramite la redazione, comunica all'autore l'esito della valutazione, garantendo l'anonimato dei revisori. Se la valutazione è positiva, il contributo è pubblicato. Se il revisore raccomanda modifiche, il contributo è pubblicato previa revisione dell'autore, in base ai commenti ricevuti, e verifica del loro accoglimento da parte della direzione. Il contributo non è pubblicato se il revisore esprime parere negativo alla pubblicazione. La direzione si riserva la facoltà di pubblicare nella sezione "Altri contributi" una selezione di contributi diversi dagli articoli, non previamente sottoposti alla procedura di *peer review*. Di ciò è data notizia nella prima pagina della relativa sezione.

Di tutte le operazioni compiute nella procedura di *peer review* è conservata idonea documentazione presso la redazione.

Modalità di citazione Per la citazione dei contributi presenti nei fascicoli di *Sistema penale*, si consiglia di utilizzare la forma di seguito esemplificata: N. COGNOME, *Titolo del contributo*, in *Sist. pen.* (o *SP*), 1/2023, p. 5 ss.

**LA CONVENZIONE MEDICRIME
SULLA CONTRAFFAZIONE DEI PRODOTTI SANITARI
E LA TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA IN ITALIA**

Atti del Convegno internazionale di studi
Brescia, 16-17 novembre 2023

a cura di
Oscar Alarcón-Jiménez, Luca Masera, Andrea Perin, Lorenzo Salazar

INDICE DEI CONTRIBUTI

<i>Presentazione</i>	3
O. ALARCÓN-JIMENEZ, <i>La protección penal de la salud pública en el convenio MEDICRIME</i>	7
A. GARGANI, <i>Tecniche di tutela penale della salute pubblica: il settore dei prodotti sanitari</i>	19
D. CASTRONUOVO, <i>La convenzione MEDICRIME e i delitti contro la salute pubblica. Una valutazione di impatto</i>	39
A. MELCHIONDA, <i>Riflessioni sul sistema sanzionatorio a tutela della salute pubblica nella prospettiva di ratifica della convenzione “MEDICRIME”</i>	63
L. SALAZAR, <i>La convenzione MEDICRIME e la cooperazione internazionale</i>	81
D. DI GIORGIO, <i>Il valore aggiunto della convenzione MEDICRIME nel contesto farmaceutico</i>	87
C. PERINI, <i>La tutela delle vittime alla luce della convenzione MEDICRIME</i>	97
S. CACACE, <i>La libertà e il diritto di curarsi. Limiti e responsabilità</i>	111
A. CARMINATI, <i>Il diritto costituzionale di accesso a medicinali sicuri e i possibili effetti protezionistici della lotta alla contraffazione</i>	125
C.M. ROMEO CASABONA, <i>La posición de lo estados parte en la ejecución del convenio MEDICRIME: la colaboración entre las autoridades y la cooperación internacional</i>	149
A. URRUELA MORA, <i>El rol del Comité de las partes en la implementación del convenio MEDICRIME</i>	165
A. PERIN, <i>La convenzione “MEDICRIME” del Consiglio d’Europa: la tutela penale della salute pubblica mediante il contrasto alla contraffazione dei prodotti sanitari. Conclusioni e prospettive</i>	193
<i>Dichiarazione del Convegno di Brescia sulla Convenzione MEDICRIME in materia di contraffazione dei prodotti sanitari ed altri reati affini</i>	213

LA TUTELA DELLE VITTIME ALLA LUCE DELLA CONVENZIONE MEDICRIME*

di Chiara Perini

Il contributo analizza le disposizioni che la Convenzione MEDICRIME del Consiglio d'Europa (2011) dedica alla protezione delle vittime dei reati ivi previsti con riguardo alla produzione, fornitura, commercializzazione di prodotti sanitari contraffatti e alle altre condotte criminologicamente correlate ed offensive della salute pubblica. Particolare attenzione è rivolta alla nozione di "vittima" accolta dalla Convenzione, che appare più restrittiva rispetto a quella tradizionalmente associata ai delitti contro la salute pubblica nell'ordinamento italiano. L'interpretazione sistematica di tale definizione con il catalogo delle circostanze aggravanti stabilite dalla Convenzione può consentire di mettere a fuoco il modello di incriminazione sotteso agli obblighi di criminalizzazione introdotti dalla Convenzione medesima. Si evidenzia, poi, come le vittime considerate dalla Convenzione MEDICRIME presentino profili di vulnerabilità e siano spesso collettive, per procedere infine all'esame della strategia di tutela delle stesse delineata dalla Convenzione sul piano sia sostanziale che processuale, che appare in linea con gli sviluppi successivi delle norme poste a supporto delle vittime di reato in ambito europeo ed italiano, anche se bisognosa di una interpretazione evolutiva aggiornata con riguardo al "right of victims to compensation".

SOMMARIO: 1. La centralità della protezione delle vittime nella Convenzione MEDICRIME. – 2. La nozione di "vittima" accolta dalla Convenzione MEDICRIME. – 2.1. Possibili ricadute sulla tipizzazione dei reati a tutela della salute privata e pubblica? – 3. Caratteristiche distintive delle vittime considerate dalla Convenzione MEDICRIME. – 4. Le "misure di protezione" delle vittime di reato nella Convenzione MEDICRIME. – 4.1. Le misure 'sostanziali'. – 4.2. La protezione nel processo. – 5. Per concludere: salute, equità, giustizia.

1. La centralità della protezione delle vittime nella Convenzione MEDICRIME.

Nell'esplicitare il proprio scopo ("*purpose*") la "Convenzione sulla contraffazione dei prodotti sanitari e reati affini che rappresentano una minaccia per la salute pubblica", adottata dal Consiglio d'Europa a Mosca il 28 ottobre 2011, assegna rilievo centrale alla protezione delle vittime.

* Il testo riproduce, con minimi aggiustamenti e note, la relazione presentata in occasione del Convegno "La Convenzione MEDICRIME sulla contraffazione dei prodotti sanitari e la tutela della salute pubblica in Italia", Università degli Studi di Brescia - Dipartimento di Giurisprudenza, 16-17 novembre 2023.

N.d.r.: i contributi pubblicati nel presente Fascicolo non sono stati sottoposti alla procedura di peer review, la qualità dei contributi è assicurata dalla supervisione scientifica del Comitato dei curatori".

Ai sensi dell'art. 1, infatti, la Convenzione intende "prevenire e contrastare le minacce alla salute pubblica" grazie ad una strategia articolata lungo tre direttrici¹: accanto alla richiesta di criminalizzare una serie di condotte elencate e tipizzate nella Convenzione stessa e alla promozione della cooperazione nazionale ed internazionale, il Consiglio d'Europa identifica, infatti, espressamente la "protezione dei diritti delle vittime di reati istituiti ai sensi della presente Convenzione"² come strumento per il raggiungimento del proprio obiettivo. Tra l'altro, proprio "alla possibilità di beneficiare delle misure che mirano a proteggere i diritti delle vittime" (art. 2) è esplicitamente riferito il principio di non discriminazione, individuato come *fil rouge* per l'attuazione delle disposizioni della Convenzione³.

In vista delle argomentazioni che seguiranno⁴, giova osservare sin d'ora come nell'art. 1 citato l'espressione "vittime" sia *strettamente correlata*, quindi, al catalogo di fattispecie incriminatrici *contemplate dalla Convenzione* medesima (artt. 5-8).

2. La nozione di "vittima" accolta dalla Convenzione MEDICRIME.

L'analisi della tutela delle vittime alla luce della Convenzione MEDICRIME non può che prendere le mosse dalla definizione di "vittima" fatta propria dalla Convenzione medesima.

In base all'art. 4, lett. k), "vittima" è "una persona fisica che subisca effetti avversi di tipo fisico o psicologico [nel testo ufficiale inglese: "*adverse physical or psychological effects*"] risultanti dall'utilizzazione di un prodotto sanitario contraffatto o di un prodotto sanitario fabbricato, fornito o commercializzato senza autorizzazione o senza essere conforme ai requisiti, così come definiti all'articolo 8" della Convenzione.

Dunque, la definizione di "vittima" in commento è correlata:

(i) per un verso, all'*uso del prodotto* e quindi al *contatto diretto* tra vittima e prodotto sanitario contraffatto;

(ii) e, per altro verso, all'insorgenza di *conseguenze negative, causalmente derivate* da tale uso, a carico dell'integrità psico-fisica di una persona *determinata*.

Simile nozione rappresenta senz'altro una novità rispetto alla qualificazione del soggetto passivo tradizionalmente invalsa con riguardo ai *reati contro la salute pubblica* previsti dalla legislazione italiana: è questo, infatti, il settore di parte speciale al quale si

¹ In considerazione del dato letterale dell'art. 1 citato, si tratta delle c.d. "tre P" su cui la Convenzione si fonda: "*The purpose of this Convention is to prevent and combat threats to public health by: a) providing for the criminalisation of certain acts; b) protecting the rights of victims of the offences established under this Convention; c) promoting national and international co-operation*" (enfasi aggiunta).

² Enfasi aggiunta.

³ Ai sensi dell'art. 2 della Convenzione, infatti: "*The implementation of the provisions of this Convention by the Parties, in particular the enjoyment of measures to protect the rights of victims, shall be secured without discrimination on any ground such as sex, race, colour, language, age, religion, political or any other opinion, national or social origin, association with a national minority, property, birth, sexual orientation, state of health, disability or other status*" (enfasi aggiunta).

⁴ V. *infra* §. 2.1.

deve necessariamente guardare in considerazione delle condotte da criminalizzare ai sensi della Convenzione in parola⁵. In tale ambito, infatti, ove la tutela penale è tendenzialmente *anticipata* e collocata sul terreno dei reati di pericolo⁶, il titolare del bene giuridico protetto corrisponde ad una *collettività indeterminata* sia sul piano *quantitativo*, che sul piano *qualitativo*, nel senso che per l'integrazione del reato non rileva l'identità dei soggetti concretamente offesi⁷.

Rispetto al termine di raffronto nazionale, la definizione di "vittima" accolta dalla Convenzione MEDICRIME risulta, pertanto, *restrittiva*. Al tempo stesso, tale nozione – se messa in relazione con lo *specifico rischio d'offesa* preso in carico dalla Convenzione – può risultare chiarificatrice non solo rispetto alla politica criminale promossa dal Consiglio d'Europa in questa occasione, ma anche in rapporto ad eventuali interventi di riforma da varare sul versante italiano.

Ma procediamo per gradi.

(a) Il rischio d'offesa intercettato dalla Convenzione può essere senz'altro definito come un "rischio da produzione e da prodotto"⁸.

Lo si evince dalla definizione dell'oggetto della Convenzione che – ai sensi dell'art. 3 – riguarda i "prodotti sanitari", "inclusi gli accessori destinati ad essere utilizzati con i dispositivi medici, così come le sostanze attive, gli eccipienti, i componenti e i materiali destinati ad essere utilizzati nella *produzione*" dei "prodotti sanitari" stessi. Dunque, più che un *rischio* legato al solo *prodotto finale*, il cono protettivo disegnato dalla Convenzione comprende – in una strategia di tutela globale – anche il *rischio* legato al *processo produttivo* stesso. Per questo, possiamo dire di trovarci di fronte a un "rischio da produzione e da prodotto".

(b) Ebbene, rispetto a un "rischio da produzione e da prodotto" quale, appunto, può essere considerato il "rischio da prodotto sanitario contraffatto" i *gradi di prossimità*

⁵ Cfr. in particolare l'art. 5 (*Manufacturing of counterfeits*) e l'art. 6 (*Supplying, offering to supply, and trafficking in counterfeits*) della Convenzione.

⁶ In merito, cfr. per tutti A. GARGANI, *Il danno qualificato dal pericolo. Profili sistematici e politico-criminali dei delitti contro l'incolumità pubblica*, Torino, Giappichelli, 2005, pp. 338 ss.; ID., *Reati contro l'incolumità pubblica*, Tomo II, *Reati di comune pericolo mediante frode*, Milano, Giuffrè, 2013, pp. 163 ss.

⁷ Sul "requisito dell'indeterminatezza (...) in bilico tra la dimensione numerico-quantitativa (vastità e non precisabilità della cerchia delle vittime) e quella qualitativa (non individuabilità della persona o delle persone in pericolo: messa in pericolo di *un* soggetto indeterminato)", cfr. A. GARGANI, *Reati di comune pericolo mediante frode*, cit., pp. 73 ss.

⁸ In relazione a tale "tipo" di "rischio", cfr. per tutti C. PIERGALLINI, *Danno da prodotto e responsabilità penale. Profili dommatici e politico-criminali*, Giuffrè, 2004, pp. 33 ss., 140 ss., 355 ss., 524 ss. Per una riflessione recente sul "rischio da produzione o da prodotto" in prospettiva di riforma dei reati contro la salute pubblica e privata, sia consentito il rinvio a C. PERINI, *Osservazioni sulla categoria dei delitti di pericolo concreto individuale nella proposta di riforma*, in Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale (AIPDP) e Laboratorio Permanente di Diritto e Procedura Penale (DiPLaP) (a cura di), *La riforma dei delitti contro la persona. Proposte dei gruppi di lavoro dell'AIPDP. Atti dei seminari di discussione in collaborazione con il DiPLaP*, Edizioni DiPLaP, 2023, pp. 879 ss.

della singola persona al “vettore di rischio” (cioè, il prodotto sanitario contraffatto stesso) possono essere diversi.

Si può considerare:

- il grado corrispondente ad una “*disponibilità potenziale*”, quale sarebbe quella dei possibili e futuri acquirenti o utilizzatori del prodotto;
- oppure il grado corrispondente ad una “*disponibilità effettiva*”, che implica l’ingresso del medicinale contraffatto nella sfera di disponibilità di un soggetto *determinato*;
- oppure, ancora – ed è *qui* che si concentra la nozione restrittiva di “vittima” adottata dalla Convenzione – il grado, per così dire, di *ulteriore prossimità* corrispondente al vero e proprio “*utilizzo*” del medicinale contraffatto da parte dell’individuo che lo detiene.

(c) Non solo. Come detto, la Convenzione considera “vittima” non già la persona che abbia semplicemente *fatto uso* del medicinale contraffatto, ma che *da tale uso* abbia anche ricavato “effetti avversi sul piano fisico o psicologico”.

Ciò, da un lato, illumina il disegno di tutela della “salute pubblica” che la Convenzione intende promuovere: si tratta di una prospettiva molto più carica di *lesività in concreto* rispetto a quella su cui tradizionalmente s’impernia la legislazione italiana, che – come detto – appresta forme di tutela più anticipate⁹.

Dall’altro lato – e *paradossalmente* – pur ispirata dall’intento di approntare una *tutela efficace* alla vittima del “rischio da produzione e da prodotto” considerato, con tale definizione la Convenzione, per così dire, ‘scarica’ sulla vittima stessa le difficoltà di accertamento della causalità tra utilizzo del farmaco contraffatto e insorgenza dell’effetto avverso, che notoriamente affliggono questo campo¹⁰: solo una volta provato il legame causale tra l’antecedente e il susseguente appena citati, una persona potrà dirsi, infatti, “vittima” ai sensi della Convenzione.

2.1. Possibili ricadute sulla tipizzazione dei reati a tutela della salute privata e pubblica?

Se si sposasse una lettura sistematica delle disposizioni della Convenzione, proprio la definizione di “vittima” appena esaminata (artt. 1 e 4 lett. *k*)¹¹ potrebbe contribuire a risolvere un interrogativo relativo alla struttura dei reati previsti dalla Convenzione stessa: si tratterebbe, in particolare, di chiarire se sia possibile oppure no qualificare come *concretamente pericolose* le condotte che la Convenzione impone agli Stati parte di criminalizzare, pur senza citare espressamente il requisito della pericolosità delle stesse (artt. 5-8).

⁹ V. nota 6.

¹⁰ Cfr. A. GARGANI, *Delitti di pericolo personale e individuale. Osservazioni in prospettiva di riforma*, in *Legisl. pen.*, 9 settembre 2020, pp. 1 ss.

¹¹ Cfr. infatti *supra* non solo §. 2., ma anche le precisazioni espresse sul punto al §. 1.

Oltre alla definizione di “vittima” fornita dall’art. 4 lett. k) e agli obblighi di criminalizzazione tipizzati agli artt. 5-8, occorre mettere in relazione – in una interpretazione sistematica, appunto – la circostanza aggravante contemplata dall’art. 13 lett. a), che scatta allorché uno dei reati previsti dalla Convenzione (ossia i “fatti” ex artt. 5-8) abbia “determinato la morte o un danno [in inglese: “*damage*”] alla salute fisica o mentale della vittima”¹².

Il dato letterale appare, nell’analisi, assolutamente centrale.

In particolare, va sottolineato come, mentre la definizione di “vittima” è legata alla comparsa di “effetti avversi” (“*adverse effects*”) a carico dell’utilizzatore del prodotto sanitario contraffatto, la circostanza aggravante in parola – che evidentemente ‘coglie’ una fase *ulteriore* nella *progressione offensiva* rispetto a quella corrispondente all’integrazione delle fattispecie-base (non aggravate) di cui agli artt. 5-8 – ricorre ad un’espressione significativamente diversa e, cioè, al termine “danno” (“*damage*”).

Nel mezzo, dunque, ‘sta’ il *tipo* dei citati “fatti-base”, caratterizzato dalla presenza di *effetti* che sono *avversi* (posto che una “vittima” a tale tipo è necessariamente associata), ma *non* possono ancora essere *qualificati* come “danno”. Ciò pare chiarire la portata offensiva delle fattispecie-base in parola: ai sensi della Convenzione, in altri termini, i reati previsti dagli artt. 5-8 – benché di *pericolo inespresso*, secondo il gergo specialistico della dottrina italiana – dovranno essere almeno *pericolosi in concreto*, ma *non già* per una collettività indeterminata di persone, bensì per il soggetto (*determinato*) che abbia fatto uso del prodotto sanitario contraffatto. In questo caso, dunque, l’“effetto avverso” che rende “vittima” l’utilizzatore sarà costituito dal prodursi di una “*situazione tipica di pericolo*” a carico della salute di *tale* persona (come nel modello di incriminazione che chiamiamo *reato di pericolo concreto*).

Si staglia, dunque, uno iato tra il catalogo delle incriminazioni previste dalla Convenzione MEDICRIME (di pericolo *concreto* rispetto ad una persona *individuata*) e le norme penali già presenti nell’ordinamento italiano a tutela della salute pubblica che sono, da una parte, *più anticipate* (non attendono cioè l’insorgenza di effetti avversi a carico di un *singolo* utilizzatore) e, dall’altra parte, più “generalisti” (o “*comuni*”, se si vuole) per la situazione di pericolo (appunto, “*comune*”) verso la quale si proiettano (costituita da un *pericolo* non per un singolo, ma *per una collettività indeterminata*).

Nondimeno, se la Convenzione MEDICRIME fissa per i legislatori degli Stati parte – com’è usuale – una *soglia minima* di difesa degli interessi ritenuti meritevoli, l’assetto attuale della legislazione penale italiana potrebbe comunque essere giustificato in virtù di una scelta politico-criminale che ritenga *opportuno* approntare una tutela *maggiore* (e, quindi, *anticipata* e “*comune*”, nel senso chiarito).

¹² Cfr. l’art. 13 della Convenzione, ai sensi del quale: «Aggravating circumstances. Each Party shall take the necessary legislative and other measures to ensure that the following circumstances, in so far as they do not already form part of the constituent elements of the offence, may, in conformity with the relevant provisions of domestic law, be taken into consideration as aggravating circumstances in determining the sanctions in relation to the offences established in accordance with this Convention: a) the offence caused the death of, or damage to the physical or mental health of, the victim; (...)».

3. Caratteristiche distintive delle vittime considerate dalla Convenzione MEDICRIME.

Le “vittime di reati istituiti ai sensi della (...) Convenzione” MEDICRIME (art. 1) sono spesso *vittime collettive* in ragione delle particolari modalità di diffusione del rischio associato al prodotto sanitario contraffatto, fisiologicamente affidato ad una catena seriale di produzione, distribuzione, commercializzazione e somministrazione e, quindi, in grado in quanto tale di entrare in contatto con una molteplicità di persone¹³.

Le vittime in parola presentano poi (almeno) un duplice profilo di *vulnerabilità*.

(a) Per un verso, la vulnerabilità dipende dall’asimmetria informativa circa la *reale natura* del medicinale contraffatto e i suoi possibili *effetti avversi* a carico della salute, che l’utente del prodotto sanitario si trova a subire. Con cadenze tipiche della c.d. “società del rischio”¹⁴, questi è *esposto* infatti al rischio d’offesa molto spesso *a propria insaputa* e senza averlo scelto direttamente, ma solo perché *sottostà* alla decisione di correre il rischio assunta da altri: i c.d. “decisori”¹⁵ che, nella specie, sono rappresentati dai diversi attori collocati nella già citata “catena di diffusione” del “vettore del rischio” (*i.e.* del prodotto sanitario contraffatto).

Alcuni fattori alla base di tale asimmetria informativa hanno natura *oggettiva*: ad esempio, essa è in parte dovuta alla tendenziale opacità dei meccanismi causali sottesi alla dinamica offensiva legata al “rischio da produzione e da prodotto” in sé (c.d. “effetto *black box*”)¹⁶. Altri fattori hanno invece natura *soggettiva*, dipendendo cioè da una scelta di comportamento dell’autore del reato. Un elemento è, ad esempio, rappresentato dalla propensione dell’attore della contraffazione (spesso una *corporation*) a creare, per ragioni strategiche, uno schermo di (fraudolenta) confidenzialità in merito ai dettagli della propria condotta; sicché chi utilizza il medicinale contraffatto è, in definitiva, all’oscuro di ciò che effettivamente assume e che può essere un medicinale *dannoso* o un (non meno pericoloso) medicinale *inefficace*.

¹³ La complessità propria della vittimizzazione collettiva è segnalata da G. MANNOZZI – G. A. LODIGIANI, *La giustizia riparativa. Formanti, parole, metodi*, Torino, Giappichelli, 2017, p. 19 s., che osservano come essa non sia necessariamente associata ad “un uso distorto o criminale del potere politico, legislativo o giudiziario”, ma si produca anche rispetto ai “fenomeni di vittimizzazione diffusa legati al settore economico o al campo della scienza e della tecnologia”, quale appunto deve ritenersi l’ambito considerato in questa sede.

¹⁴ Sul punto sia consentito il rinvio a C. PERINI, *Il concetto di rischio nel diritto penale moderno*, Milano, Giuffrè, 2010, p. 174 ss.

¹⁵ Per la distinzione sociologica tra “decisori” e “coinvolti” rispetto all’esposizione ad un certo rischio d’offesa, cfr. N. LUHMANN, *Sociologia del rischio*, Milano, Mondadori, 1996 (trad. it. dell’originale *Soziologie des Risikos*, Berlin, W. de Gruyter, 1991), pp. 118 ss., 168, 188; nonché U. BECK, *Conditio humana. Il rischio nell’età globale*, Roma – Bari, Laterza, 2008 (trad. it. dell’originale *Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, 2007), pp. 223 ss.

¹⁶ In merito cfr. W. HASSEMER, *Produktverantwortung im modernen Strafrecht*, 2. Auf., Heidelberg, C. F. Müller, 1996, p. 38; nonché – anche per maggiori riferimenti bibliografici – C. PERINI, *Il concetto di rischio*, cit., pp. 249 ss.

(b) La vulnerabilità delle vittime in commento deriva però anche da un'altra circostanza. Si tratta, infatti, di persone che “ripongono fiducia” in un certo medicinale per come esso si presenta in ragione dell'*identità e/o dell'origine* del prodotto e, dunque, *scelgono* di assumerlo, scoprendo tuttavia *ex post* che la propria “fiducia” è stata tradita¹⁷.

È chiaro che questo “affidamento” nella genuinità e bontà del medicinale riflette la posizione di vulnerabilità dell'assuntore rispetto alle diverse figure che partecipano alla catena della produzione, distribuzione, commercializzazione e somministrazione del medicinale contraffatto.

Che la “fiducia” – o meglio il “tradimento della fiducia” – abbia un peso nel delineare i fatti che la Convenzione impone di criminalizzare si coglie, ancora una volta, dal catalogo delle circostanze aggravanti previste dall'art. 13. È un'aggravante, infatti, aver commesso il fatto *abusando della fiducia (“confidence”) in sé riposta in quanto professionisti* (ed è questo, ad esempio, il caso del medico che prescrive un medicinale contraffatto); nonché aver commesso il fatto *abusando della fiducia (“confidence”) in sé riposta in quanto produttori o fornitori del prodotto sanitario*¹⁸.

Tra l'altro, la scelta del termine “confidence” da parte del Consiglio d'Europa non pare neutra, poiché – a differenza del termine “trust” – allude ad una *fiducia dinamica*, carica di *attesa e speranza*, come ha messo recentemente in luce Grazia Mannozi¹⁹. Attitudini che ben si riconoscono in chi si affida ad un professionista e/o ad un medicinale per ragioni di salute e che, quindi, giustificano – qualora il prodotto sanitario sia contraffatto – il *surplus* di disvalore previsto dall'art. 13 della Convenzione.

4. Le “misure di protezione” delle vittime di reato nella Convenzione MEDICRIME.

Alle “Misure di protezione” a favore delle vittime di reato la Convenzione MEDICRIME dedica due disposizioni specifiche: l'una rivolta al versante, per così dire, *sostanziale* della tutela (l'art. 19, rubricato “Protezione delle vittime”), l'altra al versante *processuale* (l'art. 20, intitolato “Lo status di vittime nelle indagini e nei procedimenti penali”).

¹⁷ Cfr. al riguardo la condotta di “contraffazione” che la Convenzione definisce come “falsa rappresentazione in relazione alla identità e/o all'origine” del prodotto (art. 4 lett. j).

¹⁸ Cfr. rispettivamente art. 13 della Convenzione, lett. b) e c): “Aggravating circumstances. Each Party shall take the necessary legislative and other measures to ensure that the following circumstances, in so far as they do not already form part of the constituent elements of the offence, may, in conformity with the relevant provisions of domestic law, be taken into consideration as aggravating circumstances in determining the sanctions in relation to the offences established in accordance with this Convention: (...) b) the offence was committed by persons abusing the confidence placed in them in their capacity as professionals; c) the offence was committed by persons abusing the confidence placed in them as manufacturers as well as suppliers; (...)”.

¹⁹ Cfr. G. MANNOZZI, relazione al seminario “La fiducia. Riflessioni interdisciplinari per un dibattito contemporaneo su giustizia, diritto di punire e pena” (19-20 maggio 2023, Badia San Pietro, Sirolo), in corso di pubblicazione nel n. 5/2023 del *Quaderno di storia del penale e della giustizia*, Università degli Studi di Macerata.

4.1. Le misure 'sostanziali'.

Sul piano 'sostanziale', la protezione delle vittime si sviluppa in tre direzioni.

(i) Essa riguarda, anzitutto, le *informazioni* a disposizione delle vittime. La Convenzione impone, infatti, agli Stati parte di assicurare ad esse *l'accesso alle informazioni* rilevanti per il *proprio caso*, nonché a quelle necessarie per la *protezione della propria salute* (art. 19 lett. a). Si tratta evidentemente di una disposizione centrale per ovviare all'*asimmetria informativa* che rende vulnerabili le vittime in parola, come già segnalato²⁰. Tale passaggio, inoltre, consente di apprezzare l'immediata utilità del sistema di condivisione delle informazioni inter-statuale a livello istituzionale previsto dall'art. 17 della Convenzione, poiché sarà proprio a simile piattaforma informativa che le vittime potranno fare accesso. Tenuto conto che quella della contraffazione di prodotti sanitari è spesso criminalità d'impresa, come già osservato, in base alla Convenzione occorrerà immaginare anche un accesso alle informazioni che – per ragioni di tutela della salute pubblica e delle persone – superi il regime di confidenzialità e riservatezza abitualmente praticato dalle *corporation*.

(ii) Il secondo binario della strategia *sostanziale* di supporto delineata dalla Convenzione è relativo ai *servizi di assistenza* in vista del recupero da parte della vittima del proprio *benessere fisico e psicologico*, nonché "*sociale*"²¹.

Il punto merita attenzione.

In primo luogo, su questo versante si può cogliere una *continuità* tra la Convenzione MEDICRIME e gli atti generali sovranazionali che l'Unione Europea e il Consiglio d'Europa hanno adottato a favore delle vittime di reato *successivamente* alla Convenzione stessa. Il pensiero corre naturalmente alla direttiva 2012/29/UE che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, nonché da ultimo alla Raccomandazione del Consiglio d'Europa CM/Rec(2023)2 su diritti, servizi e supporto per le vittime di reato.

Basti ricordare, da una parte, il Considerando 9 della direttiva 2012/29/UE, secondo il quale:

"Un reato è non solo un torto alla società, ma anche una violazione dei diritti individuali delle vittime. Come tali, le vittime di reato dovrebbero essere riconosciute e trattate in maniera rispettosa, sensibile e professionale, senza discriminazioni di sorta (...). Le vittime di reato dovrebbero essere protette dalla vittimizzazione secondaria e ripetuta, dall'intimidazione e dalle ritorsioni, dovrebbero ricevere adeguata assistenza per facilitarne il recupero e dovrebbe essere garantito loro un adeguato accesso alla giustizia".

²⁰ V. *supra* §. 3.

²¹ Cfr. art. 19 lett. b) della Convenzione: «Each Party shall take the necessary legislative and other measures to protect the rights and interests of victims, in particular by: (...) b) assisting victims in their physical, psychological and social recovery;» (enfasi aggiunta).

Dall'altra parte, si consideri il primo principio espresso dalla Raccomandazione CM/Rec(2023)2:

«*Crime is a wrong against society and a violation of the individual rights of victims. Member States should, therefore, ensure the effective recognition of, and respect for, the rights of victims with regard to their human rights; they should, in particular, respect the liberty, security, property, dignity, private and family life of victims and recognise the negative effects of crime on victims*».

In secondo luogo, merita attenzione il riferimento al recupero delle condizioni di benessere della vittima non solo rispetto alla dimensione fisica e psicologica, ma anche in *prospettiva sociale*. Per comprendere quest'ultima direttrice, può essere utile rivolgersi ad atti adottati dal Consiglio d'Europa successivamente alla Convenzione MEDICRIME, in particolare alla Raccomandazione CM/Rec(2018)8 sulla giustizia riparativa in materia penale.

Come noto, la *Restorative Justice* – quale forma di giustizia che “cura” le relazioni tra le persone dopo il reato²² – consente di mettere a fuoco il significato profondo dell'espressione che allude al “*social recovery*” della vittima di reato. Tale ristoro non si determina semplicemente allorché questi torni ad essere – dopo la dolorosa esperienza legata alla propria vittimizzazione primaria – un componente attivo della società dal punto di vista reddituale ed economico; esso richiede anche, se non soprattutto, che la vittima riesca a riappropriarsi della propria dimensione di “essere *umano* come essere *sociale*”, ripristinando cioè la propria capacità di coltivare *relazioni sociali positive*. Simile abilità – *riattivata* grazie al c.d. “effetto di *empowerment*” caratteristico della giustizia riparativa²³ – è invece spesso neutralizzata dal “vissuto” del reato che frantuma il sentimento di fiducia verso le altre persone.

(iii) La terza direttrice concerne, infine, il diritto delle vittime di ottenere dai responsabili del reato “*compensation*” in base al diritto nazionale (art. 19 lett. c).

Il termine utilizzato dalla Convenzione (“*compensation*”) è tradizionalmente invalso nel linguaggio giuridico inglese per indicare il “risarcimento del danno”²⁴. L'ottica, quindi, è quella di una monetizzazione del ristoro che la vittima riceve dai responsabili del fatto di reato.

Sul punto l'impostazione della Convenzione può essere utilmente aggiornata – in vista dell'obiettivo di una miglior tutela delle vittime – grazie alle fonti successive sviluppate in ambito non solo sovranazionale, ma anche italiano.

Per implementare un'efficace strategia di prevenzione del fenomeno criminale in esame, occorre prendere le mosse dalla considerazione del divario delle “prospettive di valore” che animano le parti: il soggetto attivo è un *tipico criminale orientato al profitto*, mentre la vittima *si affida a figure di riferimento* – medici, farmacisti, aziende

²² Cfr. G. MANNOZZI – G. A. LODIGIANI, *La giustizia riparativa*, cit., pp. 353 ss.

²³ Cfr. *ibi*, p. 245.

²⁴ Ciò sin dalla *Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power* dell'ONU del 1985 (Principi n. 12-13).

farmaceutiche, ecc. – per ricevere cura e salute e in tale aspettativa viene “tradita”. A fronte di simile cornice, sembra necessario un cambio di orizzonte che includa l’elemento della compensazione economico-materiale, ma non si limiti ad esso. Ciò proprio per consentire all’autore di maturare una piena consapevolezza del disvalore del fatto commesso, al di là dell’eventuale scarsa convenienza economica dello stesso a valle dell’obbligazione avente ad oggetto il risarcimento del danno a favore della vittima.

Emerge quindi l’opportunità di applicare la raccomandazione espressa dal Consiglio d’Europa sempre nell’ambito della CM/Rec(2018)8 con la Rule 59, e cioè di procedere ad una *interpretazione evolutiva* – in senso “*restorative*” – degli istituti in tal senso idonei, anche se non espressamente legati alla giustizia riparativa. Di conseguenza, il diritto della vittima alla “*compensation*”, previsto dalla Convenzione MEDICRIME, può essere letto come tassello di una più ampia e globale “*reparation*” a favore della vittima di reato²⁵, comprensiva – come stabilisce da ultimo, per l’Italia, il Titolo IV del d.lgs. 150/2022 (attuativo della c.d. “Riforma Cartabia”) – di elementi di riparazione non solo *materiale*, ma anche *simbolica* (art. 56).

Le “*dichiarazioni o scuse formali*”, gli “*impegni comportamentali anche pubblici o rivolti alla comunità*”, gli “*accordi relativi alla frequentazione di persone o luoghi*” (elencati a titolo esemplificativo nell’art. 56, comma 2, d.lgs. 150/2022) hanno infatti maggiori *chance* di offrire a una vittima – tradita nella fiducia e lesa nella propria integrità psico-fisica – *possibilità reali di recupero*, anche *psicologico* e *sociale* come la Convenzione richiede, rispetto ad una compensazione meramente monetaria dell’offesa subita.

4.2. La protezione nel processo.

L’art. 20 della Convenzione – in linea con la successiva direttiva 2012/29/UE e con la Raccomandazione del Consiglio d’Europa CM/Rec(2023)2 – declina una serie di diritti della vittima “nel” procedimento penale. Alcuni profili – già considerati anche dall’art. 19 (ad esempio, quello dell’accesso alle informazioni) – sono ora disciplinati con riferimento alla partecipazione della vittima nel processo.

Al di là dei *diritti più strettamente processuali*, che comunque si collocano in linea con le previsioni delle fonti sovranazionali già citate (ad esempio, il diritto all’assistenza legale, eventualmente gratuita; il diritto di denunciare, ecc.), interessa qui richiamare i diritti che impattano su una tutela *effettiva* della vittima da un punto di vista *restorative* (o riparativo), dato che – nel raccordo con il versante sostanziale delle misure di protezione già esaminato – sembra questa la prospettiva più promettente per una *reale* presa in carico dei *bisogni* di una ‘persona’ rimasta vittima di un reato previsto dalla Convenzione.

In questa direzione, assume rilievo una rosa di disposizioni volte a portare la “voce” della vittima all’interno del processo: non solo – preliminarmente – il diritto ad

²⁵ Cfr. G. MANNOZZI – G. A. LODIGIANI, *La giustizia riparativa*, cit., p. 354.

essere informata circa i propri diritti e servizi a propria disposizione, nonché del seguito delle proprie denunce, ecc., ma soprattutto il diritto ad *essere ascoltata* ed il diritto a scegliere i mezzi per presentare il proprio punto di vista (“*views*”), i propri bisogni (“*needs*”) e le proprie preoccupazioni (“*concerns*”) direttamente o tramite un proprio rappresentante, affinché siano presi in considerazione (art. 20 par. 1 lett. *a* e *b*).

Di primaria importanza sono inoltre i diritti che assicurano alla vittima *supporto* e *sicurezza*, obbligando gli Stati parte a mettere a disposizione idonei servizi di assistenza e ad adottare misure che prevengano in modo efficace intimidazioni e ritorsioni contro le vittime e le loro famiglie (art. 20 par. 1 lett. *c* e *d*).

La Convenzione prevede inoltre la possibilità per gruppi, fondazioni, organizzazioni governative e non-governative di assistere e/o supportare le vittime, con il loro consenso, nei procedimenti penali (art. 20 par. 5). Simile previsione mira evidentemente ad ovviare alla posizione di vulnerabilità propria della vittima così come definita dalla Convenzione, ma anche a farsi carico della dimensione collettiva del processo di vittimizzazione spesso legato ai reati qui in commento²⁶.

L’art. 20 citato presenta numerosi punti di contatto non solo con le fonti internazionali rilevanti in materia di tutela delle vittime di reato e *Restorative Justice*, ma anche con la nuova *Disciplina organica della giustizia riparativa* prevista dal Titolo IV d.lgs. 150/2022. Basti ricordare, a tale ultimo riguardo, che è proprio la *Restorative Justice* ad implementare una dimensione c.d. di “ascolto attivo” da parte del mediatore esperto in giustizia riparativa, grazie alla quale la vittima può esprimere i propri punti di vista, i propri bisogni e le proprie preoccupazioni. Inoltre, sin dalla definizione di “giustizia riparativa” dettata dall’art. 42, comma 1, lett. a) d.lgs. 150/2022, è prevista la partecipazione al programma riparativo di “soggetti appartenenti alla comunità”; ed il “coinvolgimento della comunità nei programmi di giustizia riparativa” è individuato come principio generale dei programmi riparativi (art. 43, comma 1, lett. c), che possono aprirsi anche a *vittime collettive* grazie all’equiparazione alla “vittima” del “soggetto giuridico offeso dal reato” (art. 42, comma 2).

5. Per concludere: salute, equità e giustizia.

Nel suo ultimo libro, intitolato “*Le parole della salute circolare*” (Aboca, 2023), la virologa Ilaria Capua individua come “parole del domani”, tra le altre, il termine “*equità*” quale tassello del legame che unisce “salute e sostenibilità”²⁷:

- «Guardando alla salute come una risorsa fluida e circolare per tutti gli abitanti del pianeta,» – scrive Capua – «si dovrebbero immaginare percorsi innovativi che tutelino la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell’ambiente, appunto perché questi sono interconnessi»²⁸;

²⁶ V. *supra* §. 3.

²⁷ I. CAPUA, *Le parole della salute circolare*, Sansepolcro, Aboca, 2023, p. 127 ss.

²⁸ I. CAPUA, *Le parole della salute circolare*, cit., p. 114.

- «Se abbiamo la volontà di ricreare un ecosistema sostenibile, resiliente e durevole,» – aggiunge Capua – «le componenti devono essere in equilibrio e in salute avendo pari dignità. Per salvarci non possiamo lasciare indietro nessuno e proprio per questo dobbiamo rimettere al centro il concetto di *equità*»²⁹.

Ebbene, i diritti e le garanzie sanciti a favore delle vittime di reato dagli artt. 19 e 20 della Convenzione MEDICRIME contribuiscono all'*equità* del sistema di giustizia penale posto a tutela della salute pubblica e così – in un *approccio olistico*³⁰ – all'*equità del "sistema" e della "salute"* nel loro complesso. Peraltro, la circostanza che la "salute" sia "circolare" anche nella prospettiva della Convenzione MEDICRIME si ricava dalla definizione stessa di "prodotto sanitario" che comprende i "medicinali" e i "dispositivi medici" ai sensi dell'art. 4, quando però – in base allo stesso articolo – per "medicinale" s'intendono sia i medicinali ad uso umano, sia quelli ad uso veterinario, in un'ottica appunto *olistica*.

Nel richiamo di Ilaria Capua all'*equità*, si può cogliere una immediata correlazione con le componenti che Grazia Mannozi e Roberto Mancini hanno individuato come costitutive di una "*giustizia accogliente*", ossia gli elementi della "*Giustizia*" (come *valore* prima che, ovviamente, come *apparato*), della "*democrazia*" e della "*sostenibilità*"³¹.

Nella prospettiva di Mannozi e Mancini, infatti, è necessario richiamarsi all'"*idea di una sostenibilità complessiva*" che promuova «forme di organizzazione sociale (...) incentrate sull'equilibrio, sull'armonia, sulla giustizia, sulla cura del mondo»³². In particolare, «è indispensabile che anche la giustizia diventi partecipe della ricerca della sostenibilità in ragione del suo *compito specifico* di assicurare le condizioni per lo svolgimento di procedure – processuali, alternative al processo, di esecuzione della pena, a tutela delle vittime, risocializzative e in senso ampio riparative – in modo che ogni passaggio sia "sostenibile" dal punto di vista del rispetto della dignità delle persone»³³.

Ciò richiede – secondo Mannozi e Mancini –, tra l'altro, di «migliorare la capacità dell'ordinamento di *tutelare la persona*»³⁴ su molteplici versanti che, nella dinamica del sistema di giustizia penale, non possono fare a meno di coinvolgere, da un lato, *le vittime* e, dall'altro lato, *gli autori di reato*.

Con riguardo alle vittime di reato occorre:

«in linea con quanto chiedono le fonti sovranazionali, dare effettività a una serie di elementi: l'ascolto attento e attivo delle vittime sin dal primo contatto con la pubblica autorità; la valutazione individualizzata affinché vengano individuate le caratteristiche personologiche delle vittime e i loro bisogni; la tutela adeguata delle vittime vulnerabili e particolarmente vulnerabili,

²⁹ I. CAPUA, *Le parole della salute circolare*, cit., p. 110.

³⁰ Cfr. I. CAPUA, *Le parole della salute circolare*, cit., p. 127.

³¹ G. MANNOZZI – R. MANCINI, *La giustizia accogliente*, Milano, FrancoAngeli, 2022, p. 231 ss.

³² G. MANNOZZI – R. MANCINI, *La giustizia accogliente*, cit., p. 236.

³³ G. MANNOZZI – R. MANCINI, *La giustizia accogliente*, cit., p. 237.

³⁴ G. MANNOZZI – R. MANCINI, *La giustizia accogliente*, cit., p. 239.

le quali possono esprimere specifici bisogni di protezione; la disponibilità sul territorio di servizi di supporto alle vittime e di centri di giustizia riparativa affidabili e sicuri; l'accesso alla giustizia; il diritto delle vittime all'informazione (e alla traduzione in una lingua comprensibile o adeguata alla eventuale *disabilità*); e a essere sentite nell'ambito del processo»³⁵.

Come si vede, si tratta di dimensioni valorizzate – nello specifico settore considerato – dagli artt. 19 e 20 della Convenzione MEDICRIME, confermando dunque l'opportunità di impostare adeguate soluzioni normative di attuazione della stessa nell'ordinamento giuridico italiano.

³⁵ *Ibidem*.