

A S.E. IL PRESIDENTE DEL TAR DEL LAZIO – ROMA

ISTANZA DI PASSAGGIO IN DECISIONE

RG 9732/2024

Per i dottori

Cognome	Nome	Cod. Fisc.
Galeano	Federica	GLNFR00P58D969K
Gloria	Flavia	GLRFLV01B52A522S
Iorio	Monica	RIOMNC00C71H860D
Minasso	Chiara	MNSCHR99B57D969A

tutti rappresentati e difesi dall' Avv. Andrea Santini (C.F. SNTNDR79M16A390X) il quale dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni al seguente indirizzo PEC: *avvocatosantini@pec.it*, con domicilio digitale eletto presso le pec del nominato difensore, come da mandato rilasciato su documento informatico separato, da intendersi apposto in calce al presente atto, e domicilio fisico presso lo studio in Arezzo alla Via Monte Falco n. 49;

contro

la **PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI** (C.F. e P. IVA 80188230587) in persona del Presidente del Consiglio pro tempore
il **MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA** (C.F. e P.IVA 96446770586) in persona del Ministro pro-tempore
domiciliati *ex lege* presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Via dei Portoghesi n. 12 - 00186 ROMA

e nei confronti

di MUSLIMANI MUHAMMAD ALI Codice Fiscale MSLMMM92A18Z229X Data di nascita 18/01/1992 Luogo di nascita Libano
Domicilio Pavia Via Angelo Amati N. 8 Indirizzo PEC *dr.muslimani@pec.it*

per l'annullamento

previa concessione di idonea misura cautelare

- del Decreto Direttoriale del Ministero dell'università e della ricerca n. 77 del 21-05-2026 che ha indetto il concorso per titoli ed esami di ammissione dei medici alle Scuole di specializzazione di area medica per l'anno accademico 2025/2026
- del conseguenziale provvedimento di ignoti estremi di approvazione della graduatoria relativa al predetto concorso
- del conseguenziale provvedimento di ignoti estremi di assegnazione dei medici alle Scuole di specializzazione di area medica
- di tutti gli atti ad essi presupposti, consequenziali e connessi, ancorché sconosciuti ai ricorrenti

nonché per l'accertamento

del diritto dei ricorrenti di vedersi attribuire la miglior posizione in graduatoria per cui è causa per cui è causa, e la conseguente condanna dell'Amministrazione intimata all'adozione di tutte le misure idonee ed opportune al soddisfacimento di tale pretesa.

PREMESSA

La controversia riguarda l'individuazione della risposta corretta al seguente quesito della prova di ammissione alle Scuole di specializzazione di area medica per l'anno accademico 2025/2026:

«Che tipo di profilassi antitromboembolica va suggerita – secondo le linee-guida – ad una giovane donna di 30 anni alla sua prima gravidanza, senza alcun fattore di rischio e con riscontro occasionale di eterozigosi per la variante fattore V di Leiden?»

La Commissione ha individuato come corretta l'alternativa «Eparina a basso peso molecolare dopo il parto» (opzione A nel compito master), mentre il ricorso e gli interventi sostengono la correttezza dell'alternativa

«Nessuna profilassi». Le lettere identificative delle risposte variano tra gli elaborati individuali; il riferimento è pertanto al codice SSM20261114 e al contenuto sostanziale del quesito.

La presente memoria illustra le censure già dedotte senza introdurre nuovi motivi di impugnazione, e si articola in tre sezioni.

ULTERIORI CONSIDERAZIONI SULLA DOMANDA IN OGGETTO

1. La formulazione interrogativa non presuppone un'indicazione farmacologica già accertata

Vale la pena di precisare, che anche solo sintatticamente, l'espressione «che tipo di profilassi [...] va suggerita» non implica che la necessità della profilassi sia stata già stabilita, lasciando al candidato soltanto la scelta della modalità di somministrazione.

Tale interpretazione non è coerente con la struttura complessiva del quesito.

La traccia non afferma che sia stata accertata un'indicazione alla profilassi farmacologica. Al contrario, descrive un profilo clinico e chiede quale condotta debba essere suggerita «secondo le linee-guida». È quindi il confronto tra quel profilo e le raccomandazioni scientifiche a determinare se un trattamento sia indicato.

La presenza dell'alternativa «Nessuna profilassi» conferma che il candidato doveva valutare anche la possibilità di non prescrivere un intervento farmacologico. Qualificarla successivamente come semplice distrattore non dimostra che essa fosse scientificamente errata: tale qualificazione costituisce l'esito della scelta della chiave, non una ragione autonoma a suo sostegno.

La lettura ministeriale finisce pertanto per assumere come premessa proprio la conclusione contestata, ossia l'esistenza di un'indicazione all'eparina non esplicitata dalla traccia.

2. Sorveglianza clinica e profilassi con EBPM non sono alternative equivalenti

Bisogna innanzitutto elidere la confusione terminologica tra “profilassi” e “sorveglianza clinica”. L'argomento sovrappone due piani differenti:

- la sorveglianza clinica, l'informazione e la rivalutazione del rischio;
- la profilassi farmacologica con eparina a basso peso molecolare.

Anche ammettendo che il termine «profilassi» possa avere, in astratto, un significato ampio, ciò non giustifica la prescrizione di EBPM. Dalla necessità di monitorare una paziente non discende la necessità di somministrarle un anticoagulante.

Nel contesto delle alternative proposte, «Nessuna profilassi» deve essere interpretata come assenza di profilassi farmacologica routinaria nello scenario descritto, ferma restando la sorveglianza clinica. Questa distinzione è espressamente sviluppata nelle consulenze tecniche di parte.

Se invece la Commissione pretendeva di attribuire a «Nessuna profilassi» il significato di esclusione persino del monitoraggio, il quesito presentava un'ambiguità semantica non esplicitata ai candidati e non risolvibile attraverso una precisazione successiva.

3. Non possono essere aggiunti alla traccia fattori di rischio non dichiarati

Il quesito specifica l'assenza di fattori di rischio e il carattere occasionale del riscontro di eterozigosi.

Non è quindi consentito presumere una familiarità positiva, un precedente evento tromboembolico, un taglio cesareo, obesità, immobilizzazione o complicanze ostetriche non descritte. Né è consentito trasformare eventi futuri meramente possibili in condizioni già presenti e decisive per la risposta.

La necessità di rivalutare il rischio dopo il parto è perfettamente compatibile con l'assenza, al momento descritto dal quesito, di un'indicazione alla profilassi farmacologica routinaria.

4. La discrezionalità tecnica non sottrae la chiave di risposta al controllo di attendibilità

La censura proposta, tuttavia, non chiede al Giudice di sostituire una propria preferenza clinica a quella della Commissione. Chiede di verificare la coerenza della risposta ufficiale con i dati della traccia e con le fonti scientifiche richiamate dal quesito.

Il controllo sulle valutazioni tecniche può riguardare la correttezza dei presupposti fattuali, del criterio utilizzato e del procedimento applicativo, senza comportare una sostituzione negli apprezzamenti effettivamente opinabili. Il richiamo alla discrezionalità non risolve dunque la questione centrale: quale raccomandazione scientifica renda l'EBPM dopo il parto l'unica risposta corretta per il caso descritto.

SEZIONE II

FONDAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO DELLA RISPOSTA «NESSUNA PROFILASSI»

1. Eterozigosi isolata e trombofilia ad alto rischio devono essere tenute distinte

Il dossier ItOSS e la linea guida RCOG distinguono le trombofilie ad alto rischio dall'eterozigosi per il fattore V Leiden, classificata tra le trombofilie a basso rischio.

La sola presenza della variante eterozigote non consente quindi di applicare automaticamente le indicazioni previste per omozigosi, trombofilie combinate o altre condizioni a rischio maggiore.

La paziente descritta dal quesito presenta il reperto genetico isolato, senza ulteriori fattori dichiarati: la valutazione deve restare circoscritta a tale scenario.

2. La RCOG subordina la profilassi postnatale alla presenza di ulteriori fattori

La Green-top Guideline n. 37a non richiede profilassi antenatale routinaria nelle donne con predisposizione trombofilica a basso rischio in assenza di ulteriori fattori clinici rilevanti. Per l'eterozigosi del fattore V Leiden, la raccomandazione segue una progressione numerica applicando i punteggi di rischio.

La consulenza tecnica riporta testualmente dalla RCOG:

«Heterozygosity for factor V Leiden or prothrombin gene mutation or antiphospholipid antibodies are considered as risk factors for thrombosis in asymptomatic women. In the presence of three other risk factors such women may be considered for antenatal thromboprophylaxis, if there are two other risk factors thromboprophylaxis should be considered from 28 weeks and if there is one other risk factor postnatal thromboprophylaxis for 10 days should be considered.» [Consulenza Tecnica Ago 26]

«Antenatal thromboprophylaxis is not routinely required in women with a low-risk thrombophilic tendency (heterozygosity of factor V Leiden or the prothrombin gene mutation) unless there are additional clinical risk factors including a strong family history particularly of pregnancy-related VTE.» [Consulenza Tecnica Ago 26]

«L'eterozigosi per il fattore V Leiden, la mutazione del gene della protrombina o la presenza di anticorpi antifosfolipidi sono considerate fattori di rischio per la trombosi nelle donne asintomatiche. In presenza di altri tre fattori di rischio, si può valutare la tromboprofilassi prenatale; in presenza di altri due fattori di rischio, la tromboprofilassi dovrebbe essere presa in considerazione a partire dalla 28ª settimana; infine, in presenza di un ulteriore fattore di rischio, si dovrebbe valutare una tromboprofilassi postnatale della durata di 10 giorni.» [Consulenza Tecnica Ago 26]

«La tromboprofilassi prenatale non è richiesta di routine nelle donne con una tendenza trombofilica a basso rischio (eterozigosi per il fattore V Leiden o mutazione del gene della protrombina), a meno che non siano presenti ulteriori fattori di rischio clinici, inclusa una forte anamnesi familiare, in particolare per TEV (tromboembolismo venoso) correlato alla gravidanza.» [Consulenza Tecnica Ago 26]

Il passaggio decisivo è quello relativo al puerperio: la profilassi postnatale di dieci giorni viene considerata in presenza di un ulteriore fattore, non per la sola eterozigosi.

3. Il modello a punteggio applicato alla traccia conferma il mancato raggiungimento della soglia

Le fonti cliniche allegate applicano al caso il modello cumulativo RCOG/ItOSS, ottenendo il seguente risultato:

Fattore di rischio	Punteggio attribuito
Età > 35 anni	0 (paziente di 30 anni)
Prima gravidanza (nullipara)	0
BMI ≥ 30	0 (non dichiarato)
Pregresso TEV	0 (assente)
Comorbidità (fumo, varici, immobilizzazione, ecc.)	0 (assenti per traccia)

Trombofilia congenita a basso rischio (eterozigosi FVL)	1
Totale	1

Le soglie operative dell'algoritmo RCOG/ItOSS sono le seguenti:

Punteggio	Indicazione
≥ 4 (antenatale)	EBPM per tutta la gravidanza
(antenatale)	EBPM dalla 28ª settimana
≥ 2 (postnatale)	EBPM per almeno 10 giorni dopo il parto
1	Misure generali; nessuna EBPM routinaria

Con punteggio totale pari a 1, nessuna delle soglie che attivano la profilassi farmacologica risulta raggiunta, né in gravidanza né nel puerperio.

Come efficacemente sintetizzato nella memoria tecnica del Dr. Santini: la profilassi post-partum con EBPM si attiva solo con un punteggio maggiore o uguale a 2 punti. Validare la risposta «EBPM dopo il parto» significa affermare che 1 sia uguale a 2. [

L'algoritmo della Fondazione Ragonese, adattamento italiano della RCOG Green-top Guideline n. 37a, conferma la medesima stratificazione: la fascia di rischio basso corrisponde all'adozione di misure conservative (mobilitazione precoce, idratazione), senza indicazione a EBPM.

4. Le linee guida ASH 2018 ed ESC 2025 indicano esplicitamente l'assenza di profilassi. Le fonti cliniche allegate documentano che:

- Le linee guida ASH 2018 indicano l'assenza di profilassi sia antepartum sia postpartum per la donna eterozigote per FVL senza precedente TEV, anche in presenza di familiarità;
- La Tabella 13 delle ESC Guidelines 2025 indica analogamente l'assenza di tromboprofilassi postpartum per il medesimo profilo.

Tali indicazioni convergono nella medesima direzione delle raccomandazioni RCOG/ItOSS sopra illustrate. Come sintetizzato nella consulenza tecnica allegata all'atto di intervento:

«durante la gravidanza, la profilassi routinaria con eparina a basso peso molecolare (EBPM) non è raccomandata nelle donne eterozigoti per il fattore V di Leiden, in assenza di pregressi eventi trombotici e di ulteriori fattori di rischio; nel post-partum – periodo di massimo rischio trombotico – la profilassi con EBPM viene presa in considerazione solo in presenza di un rischio globale aumentato. La sola eterozigosi per il fattore V di Leiden non giustifica automaticamente una profilassi post-partum.»

5. La profilassi non indicata espone la paziente a rischi concreti

La prescrizione di EBPM in assenza di indicazione non è clinicamente neutrale. Il dossier Panunti e la consulenza tecnica segnalano i seguenti rischi associati alla somministrazione non giustificata di eparina: [Panunti]

- aumento del rischio di emorragia post-partum;
- ematomi in sede di iniezione;
- trombocitopenia indotta da eparina (HIT);
- complicanze anestesiolgiche (ematoma spinale in caso di anestesia neuroassiale).

La valutazione GRADE riportata nella medesima fonte indica che la qualità delle prove a favore della profilassi nelle trombofilie a basso rischio è molto bassa e la raccomandazione risulta forte contro l'intervento farmacologico. [Panunti]

Ne deriva che l'opzione «EBPM dopo il parto», lungi dall'essere la risposta più prudente, introduce un rischio iatrogeno non giustificato dal profilo clinico descritto.

6. La divergenza del consenso internazionale 2024 non depone a favore della chiave ministeriale

Il documento *Guidelines VTE* (International Angiology, febbraio 2024) contiene un passaggio che suggerisce, nelle donne eterozigoti per FVL senza precedente trombosi, la profilassi nelle sei-otto settimane postpartum, con livello di evidenza basso e raccomandazione debole. [Guidelines_VTE (parte 3 di 5)]

Tale passaggio non deve essere occultato. Esso dimostra, però, che non può essere sostenuta un'unanimità assoluta delle fonti. Inoltre, il medesimo documento riporta i modelli RCOG e svedese nei quali l'eterozigosi isolata vale un punto e non raggiunge la soglia di profilassi. [Guidelines_VTE (parte 2 di 5)]

Una raccomandazione debole e a bassa evidenza non può costituire il fondamento dell'unica risposta corretta in un concorso pubblico. Al contrario, la sua presenza rafforza la censura subordinata: quando il panorama delle linee guida è divergente, il quesito che rinvia genericamente alle «linee-guida» senza identificarne una è privo del requisito di univocità.

SEZIONE III

MEMORIA TECNICA QUESITO N. 34 (codice SSM20261114)

1. Identificazione del caso clinico e del quesito

Il quesito oggetto di contestazione descrive il seguente profilo clinico:

- Sesso femminile;
- Età: 30 anni;
- Gravidanza: prima (nullipara);
- Fattori di rischio aggiuntivi: nessuno («senza alcun fattore di rischio»);
- Dato genetico: riscontro occasionale di eterozigosi per la variante fattore V di Leiden. Le opzioni di

risposta nel compito master erano le seguenti:

Lettera	Contenuto
A	Eparina a basso peso molecolare dopo il parto (chiave ufficiale)
B	Eparina a basso peso molecolare durante tutta la gravidanza
C	Nessuna profilassi (risposta sostenuta nel ricorso)
D	Eparina a basso peso molecolare dalla 28ª settimana sino al termine della gestazione
E	Aspirina a basso dosaggio

Il quesito chiede quale profilassi debba essere suggerita «secondo le linee-guida», rimettendo pertanto al candidato la verifica della conformità del profilo clinico alle raccomandazioni scientifiche vigenti.

2. Classificazione della condizione: trombofilia a basso rischio

L'eterozigosi per il fattore V Leiden è classificata da tutte le principali linee guida internazionali come trombofilia a basso rischio, distinta dalle forme ad alto rischio quali: [dossier_ItOSS_trombosi][gtg-no37a-2015_amended-2023]

- deficit di antitrombina;
- deficit di proteina C o proteina S;

- omozigosi per FVL o per la mutazione del gene della protrombina;
- trombofilia combinata;
- sindrome da anticorpi antifosfolipidi con pregresso TEV.

Questa distinzione è fondamentale: le indicazioni terapeutiche previste per le forme ad alto rischio non sono trasponibili alla eterozigosi isolata.

Il caso descrive inoltre un riscontro occasionale (asintomatico) e una prevenzione primaria (nessun precedente evento trombotico personale o familiare dichiarato). Entrambe le caratteristiche collocano il profilo nella fascia di rischio più bassa dello spettro trombofilico.

3. Applicazione delle linee guida RCOG/ItOSS al caso concreto

3.1 Fonti di riferimento

Le fonti pertinenti al profilo descritto sono:

1. RCOG Green-top Guideline No. 37a (aprile 2015, emendata 2023): «Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium». Linea guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, adottata come riferimento internazionale.
2. Dossier ItOSS/ISS 2021: «Il tromboembolismo venoso in gravidanza e in puerperio», a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, approvato da AOGOI, AGUI, SIAARTI, SIMP, SIGO, FNOPO. Adotta e adatta l'algoritmo RCOG alla realtà clinica italiana.
3. Algoritmo Fondazione Ragonese: traduzione e integrazione italiana della RCOG Green-top Guideline n. 37a, a cura della Prof.ssa Mariarosaria Di Tommaso.
4. ASH 2018 (American Society of Hematology): linee guida sulla gestione del TEV in gravidanza.
5. ESC Guidelines 2025 — Malattie cardiovascolari in gravidanza (Tabella 13). [Linee guida ESC 2025_Gravidanza (e1-e113) (parte 1 di 3)]
6. Guidelines VTE — International Angiology, International Consensus Statement (sesta revisione, aggiornamento 2023/2024). [Guidelines_VTE (parte 1 di 5)]

3.2 Calcolo del punteggio di rischio secondo l'algoritmo RCOG/ItOSS

L'algoritmo RCOG/ItOSS attribuisce un punteggio numerico a ciascun fattore di rischio e stabilisce soglie operative differenziate per il periodo antenatale e per quello postnatale.

Applicazione al caso del quesito:

Fattore di rischio esaminato	Presenza nella traccia	Punteggio
Età > 35 anni	No (paziente di 30 anni)	0
Parità ≥ 3	No (prima gravidanza)	0
BMI ≥ 30	Non dichiarato / assente	0
BMI ≥ 40	Non dichiarato / assente	0
Fumo > 10 sigarette/die	Non dichiarato / assente	0

Varici varicose	Non dichiarato / assente	0
Pregresso TEV	Non dichiarato / assente	0
Familiarità di primo grado per TEV	Non dichiarata / assente	0
Trombofilia congenita a basso rischio (eterozigosi FVL)	Sì	1
Gravidanza multipla	Non dichiarata / assente	0
Tecniche di riproduzione assistita (OHSS)	Non dichiarate / assenti	0
Immobilizzazione, viaggio prolungato	Non dichiarati / assenti	0
Cesareo, parto pretermine, complicanze (da valutarsi al parto)	Non presenti al momento del quesito	0

Soglia	Periodo	Condotta indicata dalle linee guida
≥ 4 punti	Antenatale	EBPM per tutta la gravidanza, solitamente protratta 6 settimane postnatale
3 punti	Antenatale	EBPM dalla 28ª settimana
≥ 2 punti	Postnatale	EBPM per almeno 10 giorni
1 punto	Antenatale e postnatale	Misure conservative (mobilizzazione precoce, idratazione); nessuna EBPM routinaria

Conclusione dell'applicazione dell'algoritmo: con punteggio totale pari a 1, le soglie che attivano la profilassi farmacologica non sono raggiunte né per il periodo antenatale né per il puerperio. La condotta indicata è costituita da misure generali e rivalutazione del rischio al momento del parto, ove potrebbero sopravvenire nuovi fattori (cesareo d'urgenza, emorragia, immobilizzazione prolungata, complicanze).

3.3 Il testo della RCOG conferma la non indicazione per il profilo isolato La RCOG

Green-top Guideline No. 37a dispone espressamente:

«Heterozygosity for factor V Leiden or prothrombin gene mutation or antiphospholipid antibodies are considered as risk factors for thrombosis in asymptomatic women. In the presence of three other risk factors such women may be considered for antenatal thromboprophylaxis, if there are two other risk factors thromboprophylaxis should be considered from 28 weeks and if there is one other risk factor postnatal thromboprophylaxis for 10 days should be considered.» [Consulenza Tecnica Ago 26]

La struttura della raccomandazione è chiara: la profilassi postnatale è «considerata» in presenza di un ulteriore fattore. Nel caso descritto tale fattore ulteriore è assente. Non è quindi la sola eterozigosi a determinare l'indicazione, ma la sua combinazione con almeno un'altra condizione.

La medesima fonte afferma altresì:

«Antenatal thromboprophylaxis is not routinely required in women with a low-risk thrombophilic tendency (heterozygosity of factor V Leiden or the prothrombin gene mutation) unless there are additional clinical risk factors including a strong family history particularly of pregnancy-related VTE.» [Consulenza Tecnica Ago 26]

3.4 Convergenza con ASH 2018 ed ESC 2025

Le linee guida ASH 2018 e la Tabella 13 delle ESC 2025 indicano entrambe l'assenza di profilassi ante- e post-partum per la donna eterozigote per FVL senza precedente TEV. [CONSULENZA TECNICA DI PARTE]

La convergenza tra l'approccio algoritmico RCOG/tOSS e le raccomandazioni puntuali ASH/ESC per il profilo isolato rende la risposta «Nessuna profilassi» la posizione sostenuta dal nucleo principale del consenso scientifico internazionale.

4. Critica metodologica alla risposta ufficiale

4.1 L'automatismo terapeutico contraddice l'algoritmo di stratificazione

L'assegnazione di EBPM postnatale come risposta corretta per il solo riscontro di eterozigosi FVL — in assenza di qualunque fattore ulteriore — equivale a trasformare una trombofilia a basso rischio in un'indicazione automatica al trattamento farmacologico, indipendentemente dal punteggio cumulativo.

Questa operazione contraddice la logica stessa dell'algoritmo RCOG/tOSS, che è costruito precisamente per distinguere i profili che necessitano di intervento farmacologico da quelli per i quali sono sufficienti misure conservative.

4.2 Non è ammissibile l'introduzione di fattori non dichiarati dalla traccia

La traccia enuncia espressamente l'assenza di fattori di rischio. Non è scientificamente né giuridicamente corretto introdurre ex post fattori non descritti — familiarità positiva, modalità del parto, complicanze perinatali — per giustificare una risposta che il testo del quesito, applicato alle linee guida, non consente.

Come segnalato nelle consulenze allegate, il candidato che ha risposto «Nessuna profilassi» ha applicato correttamente l'algoritmo ai dati forniti, mentre chi ha risposto «EBPM dopo il parto» ha implicitamente assunto la presenza di almeno un ulteriore fattore non dichiarato.

4.3 La profilassi non indicata espone a rischi concreti

La somministrazione di EBPM in assenza di indicazione non è clinicamente neutrale. I rischi documentati dalle fonti allegate includono:

- emorragia post-partum aumentata;
- ematomi in sede di iniezione;
- trombocitopenia indotta da eparina (HIT);
- complicanze anestesologiche.

La valutazione GRADE riportata indica che la qualità delle prove a favore della profilassi nelle trombofilie a basso rischio è molto bassa e la raccomandazione risulta forte contro l'intervento farmacologico. [Panunti]

Pertanto, l'indicazione di EBPM non solo non è supportata dalle linee guida, ma si pone in contrasto con il principio di appropriatezza prescrittiva e con il bilanciamento rischio/beneficio per il profilo in esame.

4.4 La raccomandazione del consenso 2024 (Guidelines VTE) non costituisce prova dell'univocità ministeriale

Come già esposto nella Sezione II, il documento *Guidelines VTE* del 2024 contiene una raccomandazione — debole e a bassa evidenza — a favore della profilassi postpartum nelle eterozigoti FVL. [Guidelines_VTE (parte 3 di 5)]

Questa posizione isolata:

1. non supera la valutazione GRADE contraria riportata nelle fonti nazionali;
2. coesiste, nello stesso documento, con i modelli RCOG e svedese che non raggiungono la soglia per il profilo in questione; [Guidelines_VTE (parte 2 di 5)]
3. è classificata come raccomandazione debole a basso livello di evidenza, il che la rende inadatta a qualificare la risposta contraria come errata in un contesto concorsuale.

La divergenza tra fonti conferma l'assenza di quell'univocità che è presupposto necessario di un quesito a risposta multipla in un concorso pubblico.

5. Impatto sul punteggio e sulla graduatoria

Il riconoscimento della risposta «Nessuna profilassi» come corretta comporta, per ciascun candidato che l'abbia scelta: eliminazione della penalizzazione di – 0,25 punti attribuita per risposta errata;

- assegnazione del punteggio di + 1,00 punto per risposta esatta;
- incremento netto del punteggio individuale di 1,25 punti.

Per i candidati che hanno selezionato la risposta ufficiale (opzione A), il riconoscimento della duplice correttezza o l'annullamento del quesito imporrebbe una corrispondente rettifica della graduatoria nazionale, con i conseguenti effetti sulle posizioni e sulle assegnazioni alle Scuole di specializzazione.

6. Conclusioni tecnico-scientifiche

Sulla base dell'analisi sopra svolta, si conclude che:

1. l'eterozigosi per il fattore V Leiden è classificata unanimemente come trombofilia a basso rischio;
2. l'applicazione dell'algoritmo RCOG/ItOSS alla traccia produce un punteggio di 1, inferiore a tutte le soglie di profilassi farmacologica;
3. la risposta «Nessuna profilassi» — intesa come assenza di profilassi farmacologica routinaria — è la condotta indicata da RCOG/ItOSS, ASH 2018 ed ESC 2025 per il profilo descritto;
4. la risposta «EBPM dopo il parto» presuppone la presenza di almeno un ulteriore fattore di rischio, assente nella traccia, e non trova supporto nelle raccomandazioni di prima linea;
5. la divergenza presente nel consenso 2024 non costituisce base per l'univocità della chiave ministeriale, ma ne evidenzia al contrario la problematicità.

CONSIDERATO CHE

A. Ad oggi il MUR nulla ha depositato se non la costituzione formale, già ritenuta insufficiente da Codesto TAR in due omologhi ricorso (RG 8904 e 9240 del 2026) discussi all'udienza del 7.10.2026 nella quale il Collegio ha evidenziato

- i ricorrenti chiedono, in via principale, l'attribuzione di ulteriori 1,25 punti ciascuno;
- essi richiamano a sostegno del ricorso diverse linee guida nazionali e internazionali e producono consulenze tecniche secondo le quali, in assenza di precedenti eventi tromboembolici e di ulteriori fattori di rischio, l'eterozigosi isolata per il fattore V di Leiden non giustificerebbe una profilassi farmacologica routinaria, neppure nel periodo successivo al parto;

- Considerato che il Ministero si è costituito in giudizio, depositando memoria di pura forma, senza depositare il verbale della Commissione nazionale recante la validazione o l'eventuale riesame del quesito contestato né la documentazione tecnico-scientifica posta a fondamento dell'individuazione della risposta ritenuta corretta;

- Ritenuto, dunque, che la documentazione attualmente acquisita al giudizio non consente, pertanto, di ricostruire le ragioni della scelta compiuta dalla Commissione né di individuare le linee guida espressamente richiamate nel testo del quesito e assunte quale parametro per la determinazione della risposta corretta;

- Ritenuto, pertanto, necessario, anche al fine di decidere sull'istanza cautelare proposta, ordinare al Ministero dell'Università e della Ricerca di depositare in giudizio, entro il termine di venti giorni dalla comunicazione o, se anteriore, dalla notificazione della presente ordinanza:

a) una circostanziata e documentata relazione che, in specifica considerazione delle censure dedotte dai ricorrenti, chiarisca le ragioni tecnico-scientifiche per le quali la risposta «eparina a basso peso molecolare dopo il parto» è stata individuata come l'unica risposta corretta al quesito n. 34;

b) l'indicazione puntuale delle «linee-guida» espressamente richiamate nel testo del quesito e assunte a fondamento della risposta individuata come corretta, con deposito del relativo testo o della pertinente documentazione;

c) i verbali della Commissione nazionale e ogni altro atto concernente la predisposizione, la validazione e l'eventuale successivo riesame del quesito contestato, comprese le determinazioni assunte a seguito delle segnalazioni formulate dai candidati;

B. ogni ulteriore documento o elemento istruttorio utilizzato dalla Commissione ai fini della conferma della correttezza e dell'univocità del quesito e della relativa risposta;

C. nonostante tali censure il MUR nulla ha depositato in questa sede

D. concedere allo stesso un ulteriore termine per deposito documenti non sarebbe una integrazione istruttoria, ma una – non richiesta! – sanatoria del negligente sforamento dei termini defensoriali da parte del convenuto

FA ISTANZA

Per il passaggio in decisione e l'accoglimento delle conclusioni declinate.

Con ossequio

Avv. Andrea Santini