avv. Emilio Caucci

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL LAZIO

- Roma -

RICORSO

con istanza cautelare

di **ELISA FERRARI** (C.F. FRRLSE01E58L483F), residente a Imperia (IM) in Corso Garibaldi 102, rappresentata e difesa per mandato in calce al presente atto, secondo quanto normativamente previsto, dall'avv. Emilio Caucci (C.F. CCCMLE69T27G888L) del Foro di Treviso, con domicilio digitale che si elegge presso l'indirizzo pec emiliocaucci@pec.ordineavvocatitreviso.it (per comunicazioni: via fax 0438-402221 – via pec: emiliocaucci@pec.ordineavvocatitreviso.it)

contro

MINISTERO dell'UNIVERSITÀ e della RICERCA (C.F. 96446770586) in persona del Ministro *pro tempore*, con sede in 00153 Roma, Largo Antonio Ruberti n. 1, rappresentato e difeso *ex lege* dall'Avvocatura Generale dello Stato presso i cui uffici in Roma, Via dei Portoghesi n. 12, è domiciliato;

nei confronti di

Dott. LUIGI FRANCIOSA (C.F. FRNLGU99P10I158H), iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia al n. 8280, nella qualità di candidato la cui posizione in graduatoria (n. 66) è suscettibile di essere pregiudicata dall'accoglimento del presente ricorso e dunque controinteressato ai sensi e per gli effetti dell'art. 41, comma 2, c.p.a.

- **per l'annullamento**, previa concessione di misura cautelare
  - del provvedimento di approvazione della graduatoria nazionale di merito nominativa, e comunque la graduatoria nazionale medesima, del concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione Medica

per l'anno accademico 2025/2026 (Concorso SSM 2026), pubblicata in data 6 agosto 2026 ("Graduatoria SSM 2026 al 06/08/2026" - doc. 1), nella parte in cui attribuisce alla ricorrente un punteggio inferiore a quello spettante, a causa dell'errata correzione dei quesiti n. 34 e n. 102;

- dei verbali di commissione o comunque degli atti anche non conosciuti che hanno formato e validato le risposte ai quesiti 34 e 102 sottoposti ai candidati o per quanto occorra quelli riguardanti la fase di predisposizione e validazione dei due quesiti;
- di tutti gli atti connessi e conseguenti, anche non conosciuti, nella parte in cui hanno valutato come errata la risposta della ricorrente ai quesiti n. 34 e 102;

- **e per la condanna**
  - dell'Amministrazione resistente, previa rideterminazione del punteggio spettante alla ricorrente, alla riformulazione della graduatoria nei termini di cui in ricorso con conseguente attribuzione del punteggio corretto e collocazione della ricorrente in posizione più utile;
- **con ogni riserva** di impugnazione con motivi aggiunti dei provvedimenti successivi del Ministero dell'Università e della Ricerca che dovranno indicare e attribuire, in rapporto alle determinazioni sui contingenti globali da formare ripartiti per tipologia di Scuole, i posti disponibili per ciascuna Scuola di specializzazione accreditata.

Fatto

1. **La procedura concorsuale**

1.1. La ricorrente Elisa Ferrari, dopo avere brillantemente conseguito la laurea in medicina e chirurgia, ha partecipato in data 21 luglio 2026 al Concorso nazionale per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione indetto dal Ministero dell'Università e della Ricerca (doc. 2).

Si tratta di un concorso per titoli (voto di laurea e altro) ed esami che si svolge telematicamente una sola volta l'anno, generalmente in luglio, fra migliaia di candidati. L'esame consiste in una prova scritta con 140 quesiti a risposta multipla, di cui una sola considerata corretta (art. 3, comma 1, decreto ministeriale 10.8.2017, n. 130). La scelta di formare un'unica graduatoria nazionale per tutte le diverse tipologie di scuole di specializzazione e di far svolgere a tutti la medesima prova serve sostanzialmente a impedire che troppi candidati si concentrino su poche scuole: per dirlo con codesto Tribunale, è "*ispirata all'esigenza di ottenere la massima possibile copertura di queste ultime, evitando che l'eccessiva convergenza di preferenze su alcune di esse determini vacanze di posti ancora maggiori*" (TAR Lazio, Sez. III Stralcio, 3.1.2024 n. 154).

1.2. Pertanto, la posizione in graduatoria è decisiva perché determina, per ogni candidato, le chances di accedere alla specializzazione più ambita dopo una vita di studi.

I laureati che superano il concorso sono poi ammessi alle scuole di specializzazione a condizione che conseguano l'abilitazione entro la data di inizio delle attività didattiche di dette scuole immediatamente successiva al concorso espletato: inizio nel caso già fissato per il 2.11.2026.

1.3. Al Concorso del 2026 hanno partecipato ben 17.652 candidati (doc. 1). La prova scritta si è consumata il 21.7.2026.

Il sistema di punteggio ministeriale, sperimentato negli anni, era anche stavolta il seguente: +1,00 punto alla risposta corretta, -0,25 punti alla risposta errata e 0 punti alla risposta omessa.

In una situazione del genere e con oltre 17.000 candidati, quindi, è intuitivo che piccoli scarti di punteggio significano decine o centinaia di posti guadagnati o persi in graduatoria, con esiti sempre decisivi sulle possibilità di scelta della scuola (e della sede).

2. Segue: la graduatoria e la posizione del ricorrente

2.1. Stando alla graduatoria pubblicata il 6.8.2026 sul portale Universitaly (portale ufficiale del Ministero dell'Università e della Ricerca creato per orientare gli studenti e gestire l'accesso alla formazione superiore in Italia), la ricorrente ha conseguito un buon punteggio totale (98,25, di cui 93,75 per il test), collocandosi alla posizione n. 3.476 in graduatoria: sufficiente per accedere a molte scuole di specializzazione, ma non per accedere ad altre, alle più ambite (come per esempio Oftalmologia, la principale cui la ricorrente aspira).

2.2. Dall'esame della documentazione della prova sostenuta dalla ricorrente (doc. 3) risulta che sono state considerate sbagliate due risposte in realtà corrette: e non si tratta di un'interpretazione scientifica alternativa, bensì del fatto oggettivo che la risposta indicata come corretta dal MUR ai quesiti 34 e 102 è manifestamente errata alla luce di criteri condivisi e non opinabili dalla comunità scientifica.

2.3. Per effetto di questo duplice errore, la ricorrente ha ricevuto ingiustamente una doppia penalizzazione da risposta errata (-0,25x2= -0,5 punti) in luogo di 2 punti pieni per altrettante risposte corrette.

2.4. Coi 2,5 punti in più e perciò con un punteggio totale di 100,75, la ricorrente scalerebbe 650/670 posizioni in graduatoria passando dall'attuale 3.476° ai dintorni del 2.800°. Una posizione che, tenuto conto anche dell'andamento generale degli ultimi concorsi, le consentirebbe di scegliere davvero le scuole (fra cui Oftalmologia) e le sedi cui aspira.

3. <u>Prima illegittimità: risposta corretta della ricorrente valutata come errata (quesito n. 34)</u>

3.1. Il quesito n. 34 (Codice quesito: ssm20261114) era così formulato: «*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?*".

Le opzioni di risposta erano le seguenti:

"A - Eparina a basso peso molecolare dopo il parto

B - Eparina a basso peso molecolare durante tutta la gravidanza

C - Nessuna profilassi

D - Eparina a basso peso molecolare dalla 28° settimana sino al termine della gestazione

E - Aspirina a basso dosaggio".

La risposta corretta ufficiale era la "A - Eparina a basso peso molecolare dopo il parto". Che però è sbagliata.

La risposta oggettivamente e scientificamente giusta era quella data dalla ricorrente: "C – Nessuna profilassi".

3.2. Le fonti attuali pertinenti al profilo descritto, infatti, non sostengono la necessità di profilassi postpartum in caso di eterozigosi per il fattore V di Leiden.

3.2.1. I riferimenti più diretti, attuali e specifici sono quelli riportati da European Society of Cardiology (ESC) 2025 e American Society of Hematology (ASH) 2018.

Le prime (doc. 4) affrontano in modo specifico la tromboprofilassi durante gravidanza e puerperio e nel paragrafo 11.3.1 indicano che nelle donne con trombofilia a basso rischio e senza storia di VTE non è richiesta una tromboprofilassi antepartum routinaria. Nella Tabella 13, alla voce "heterozygous factor V Leiden mutation", compare l'indicazione 'no' sia per l'antepartum sia per il postpartum.

Si tratta di un passaggio particolarmente rilevante perché coincide *esattamente* con il profilo descritto nel quesito e non supporta l'idea che l'EBPM dopo il parto debba essere prescritta automaticamente.

3.2.2. La seconda fonte (doc. 5) affronta direttamente la prevenzione del primo evento tromboembolico nelle donne con trombofilia ereditaria. Le Recommendations 22-23 suggeriscono di non utilizzare una profilassi antitrombotica postpartum nelle donne eterozigoti per FVL, anche quando è presente una storia familiare di VTE, se l'obiettivo è prevenire un primo evento (*«For women without a family history of VTE who are heterozygous for the factor V Leiden mutation or prothrombin mutation or who have antithrombin, protein C,*

or protein S deficiency, the ASH guideline panel suggests against antithrombotic prophylaxis in the postpartum period to prevent a first venous thromboembolic event.» ossia «Nelle donne senza storia familiare di tromboembolismo venoso (VTE) che siano eterozigoti per la mutazione del Fattore V Leiden o per la mutazione della protrombina, oppure che presentino deficit di antitrombina, proteina C o proteina S, il panel delle linee guida ASH suggerisce di non effettuare profilassi antitrombotica nel periodo postpartum al fine di prevenire un primo evento tromboembolico venoso».

E poiché il quesito ministeriale specificava espressamente il caso della donna che non presenta alcun altro fattore di rischio, anche per American Society of Hematology la risposta corretta era quella data dalla ricorrente ("Nessuna Profilassi").

3.2.3. La stessa conclusione si ricava un po' ovunque, per esempio anche nelle Linea guida Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top n. "37a" (doc. 6) che impostano la gestione delle trombofilie ereditarie asintomatiche sulla stratificazione del rischio e considerano l'eterozigosi per Fattore V Leiden a basso rischio rispetto alle forme omozigoti o alle trombofilie maggiori.

3.2.4. Soprattutto, la stessa conclusione (risposta C) derivava dal riferimento nazionale più attuale, il documento pubblicato nel 2018 dalla **Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)** col titolo "*Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio*" e con esplicita indicazione che esso **andava a sostituire le precedenti raccomandazioni del 2014** (doc. 7).

L'impostazione del documento si basa sulla valutazione cumulativa del rischio: la trombofilia conosciuta a basso rischio entra nel punteggio, ma la sola presenza della FVL eterozigote, in assenza di ulteriori elementi, non raggiunge di per sé la necessità di profilassi postpartum. Quindi estrapolando dalle linee guida SIGO 2018 la risposta corretta è la risposta C: "Nessuna profilassi". Il riferimento

nazionale smentisce l'automatismo “FVL eterozigote = EBPM postpartum” della risposta “A”.

3.3. Ne consegue che nel caso clinico proposto dal quesito n. 34 la risposta C - “Nessuna profilassi” era la più aderente alle raccomandazioni contemporanee delle più autorevoli società scientifiche. Sintetizziamo il tutto in una tabella.

Fonte	**Condizione clinica**	**Profilassi postpartum**	**Effetto sul quesito**
ESC 2025	FVL eterozigote	NO	Sostiene C
ASH 2018	FVL eterozigote, prevenzione primo VTE	Contro profilassi	SostieneC
RCOG 37a	FVL eterozigoto = basso rischio	Dipende da ulteriori fattori	Sostiene C
SIGO 2018	Trombofilia low-risk senza VTE	Soglia a punteggio	Sostiene C
Bollettino di Pratica ACOG n. 197	Trombofilia a basso rischio (inclusa FVL eterozigote), senza VTE	Sorveglianza; profilassi solo se ulteriori fattori di rischio	Sostiene C
SISET/SIGO 2008	Nota sulla trombofilia	EBPM puerperale	Compatibile con A, ma fonte storica superata

3.4. Benché non sia necessario fare ipotesi, è assai probabile che il Ministero abbia impostato come corretta la risposta “A” basandosi delle “linee guida” nazionali più datate sulla profilassi tromboembolica, emesse dalla Società italiana per lo Studio dell’Emostasi e della Trombosi (SISET) insieme a SIGO nel 2008 8doc. 8). È in quel documento che, per le donne portatrici di Fattore V Leiden in eterozigosi, si affermava che la profilassi è consigliata per le donne con trombofilia nota, come da risposta “A” al quesito.

Il che ovviamente non giustifica l’errore: al massimo, lo spiega.

Qui interessa solo che, in un quesito proposto nel 2026, il generico riferimento a “linee guida” poteva e doveva essere associato unicamente a quelle attualmente vigenti, avendo quelle del passato perso ogni funzione di “guida”. Il che significa

solo una cosa: la risposta del MUR ("Eparina a basso peso molecolare dopo il parto") è contraddetta dalle stesse fonti che il MUR avrebbe dovuto porre a base del quesito.

4. **Seconda illegittimità: seconda risposta corretta della ricorrente valutata come errata (quesito n. 102)**

4.1. Il quesito n. 102 (Codice quesito: ssm20261182) era così formulato: «*Un bambino di 2 anni presenta un quadro clinico caratterizzato da febbre, atteggiamento tendenziale in iperestensione del collo con rigidità, stridore respiratorio, disfagia e dolore alla deglutizione; lo stato di coscienza è preservato. Quale tra le seguenti è l'ipotesi diagnostica più probabile?*"

Le cinque opzioni di risposta erano le seguenti:

"A - Ascesso retrofaringeo

B - Laringite ipoglottica

C - Epiglottite

D - Meningite

E - Mononucleosi».

Il quesito è stato posto in questi termini "probabilistici" perché alcune delle cinque opzioni indicate possono condividere fra loro singoli segni o sintomi, ma ciò non comporta affatto una "equivalente probabilità" diagnostica: donde la richiesta ai candidati di individuare <u>la sola</u> diagnosi che meglio li comprendesse insieme

4.2. Ciò posto, la risposta ufficiale considerata "più probabile" ossia corretta era la "A ascesso retrofaringeo".

Ma la risposta "più probabile" sulla base del complessivo quadro clinico descritto era *oggettivamente* quella selezionata dalla ricorrente: la "C – epiglottite".

Lo dimostriamo.

4.3. Per comprendere quanto seguirà è opportuno anticipare la capacità selettiva assegnabile ai sintomi descritti all'interno del quesito. Il primo dato (*bambino di 2 anni*) indirizzava verso una patologia probabilmente pediatrica (l'età rende poco probabile la sola mononucleosi tra le 5 possibilità di risposta ma non la fa

escludere); il dato "febbre" è notoriamente un sintomo generico e non particolarmente indicativo per nessuna delle opzioni possibili; l'ultimo dato *(stato di coscienza preservato*) non è particolarmente indicativo per nessuna delle risposte possibili potendo essere comune a tutte le opzioni proposte; disfagia e odinofagia, poi, presentano limitato valore discriminante.

Si veda la seguente tabella riepilogativa.

Reperto	**Epiglottite**	**Ascesso retrofaringeo**	**Laringite ipoglottica**	**Meningite**	**Mononucleosi**
Febbre	Tipica	Tipica	Possibile	Tipica	Tipica
Disfagia	Tipica	Tipica	Assente	Assente	Assente
Odinofagia	Tipica	Tipica	Assente	Assente	Assente
Stridore	Tipico	Possibile ma raro	Tipico/Grave	Non tipico	Assente
Iperestensione collo con rigidità	Possibile	Assente, solo rigidità	Assente	Assente	Assente
Coscienza preservata	Compatibile	Compatibile	Compatibile	Compatibile	Compatibile

Nel caso di specie, come diremo, la letteratura scientifica converge nell'assegnare rilievo dirimente a due sintomi, lo stridore respiratorio e l'atteggiamento del collo in iperestensione con rigidità: nell'epiglottite pediatrica sono descritti lo stridore associato alla posizione a tripode e l'estensione o iperestensione del collo; nell'ascesso retrofaringeo, invece, risultano più tipici rigidità e dolore cervicale, torcicollo e soprattutto limitazione o rifiuto all'estensione del collo.

4.4. Fatta questa premessa illustrativa, passiamo a dimostrare che, valutati congiuntamente, i reperti descritti nel quesito depongono in maniera preponderante per l'epiglottite (risposta "C") quale diagnosi "più probabile". Lo

faremo ovviamente basandoci sulle più autorevoli fonti in campo medico, pediatrico e pneumologico.

4.4.1. Nel Manuale MSD/Merck Professional (doc. 9=, da decenni punto di riferimento per medici e specialisti (è arrivato alla ventesima edizione nel 2018, con continui aggiornamenti on-line, l'ultimo nel giugno 2026), frutto della redazione di oltre 300 specialisti di livello internazionale e vari esperti qualificati – e di un processo editoriale pluristrutturato comprendente autore esterno, revisione tra pari da parte di esperti indipendenti, revisione farmacologica quando pertinente, revisione medica interna e controllo finale dell'autore – si legge (omettiamo il testo originale inglese): "*Nei bambini con* ***epiglottite****, mal di gola, odinofagia (dolore alla deglutizione ndr) e disfagia insorgono bruscamente, spesso in assenza di un'infiammazione orofaringea visibile. Può verificarsi asfissia fatale entro poche ore dall'esordio. La scialorrea in assenza di tosse abbaiante rappresenta una caratteristica tipica ed è considerata altamente specifica e sensibile per l'epiglottite. Inoltre, il bambino presenta tipicamente segni di compromissione generale, quali contatto visivo scarso o assente, cianosi, irritabilità e incapacità di essere consolato o distratto, ed è febbrile e ansioso. Possono essere presenti dispnea, tachipnea e stridore inspiratorio, che spesso* ***inducono il bambino a stare seduto in posizione eretta, inclinarsi in avanti e iperestendere il collo, con la mandibola protrusa in avanti e la bocca aperta, nel tentativo di massimizzare il passaggio dell'aria (posizione a tripode).*** *L'abbandono di tale posizione può preannunciare un'insufficienza respiratoria. Possono inoltre essere presenti rientramenti inspiratori sovrasternali, sovraclaveari e sottocostali*".

Quanto invece all'Ascesso retrofaringeo si legge: "*I sintomi e i segni di un ascesso retrofaringeo sono generalmente preceduti, nei bambini, da un'infezione acuta delle alte vie respiratorie e, negli adulti, dall'ingestione di un corpo estraneo o da manovre strumentali. I bambini possono presentare odinofagia, disfagia, febbre, linfoadenopatia cervicale, rigidità nucale, stridore, dispnea, russamento*

o respirazione rumorosa e torcicollo. Gli adulti possono presentare intenso dolore cervicale, ma meno frequentemente stridore. All'esame obiettivo, la parete faringea posteriore può apparire protrusa da un lato"

Come si vede, l'iperestensione del collo con rigidità" non viene descritta in questi termini letterali in nessuna delle due patologie: ma solo per l'epiglottite viene descritta l'iperestensione spontanea del collo (posizione a tripode), mentre nell'ascesso retrofaringeo viene riportata la rigidità nucale e torcicollo. Tutti gli altri sintomi quali stridore, disfagia, dolore alla deglutizione sono presenti in entrambe le patologie.

4.4.2. In StatPearls / NCBI Bookshelf (raccolta di capitoli medico-scientifici di consultazione redatti da specialisti e destinati alla formazione e all'aggiornamento, accessibili attraverso NCBI Bookshelf, biblioteca digitale sviluppata e gestita dal National Center for Biotechnology Information nell'ambito della U.S. National Library of Medicine -NLM, parte dei National Institutes of Health – NIH – doc. 10), si legge relativamente all'**epiglottite pediatrica** un quadro caratterizzato da febbre, stridore, disfagia, difficoltà respiratoria e possibile assunzione della posizione a tripode quanto segue: "*Nei bambini i sintomi prodromici possono essere assenti oppure può comparire febbre a esordio improvviso. Stridore, respirazione difficoltosa, disfagia, rifiuto di mangiare o bere, raucedine, mal di gola e ansia possono costituire le manifestazioni cliniche d'esordio. La classica triade clinica è rappresentata dalle "3 D": scialorrea, disfagia e distress respiratorio con fame d'aria, associati a un'espressione di panico. Possono inoltre essere presenti retrazioni intercostali, sottocostali o soprasternali, linfoadenopatia cervicale e tachipnea associate a stridore. Il bambino può trovarsi seduto nella posizione a tripode; la presenza di cianosi è indicativa di prognosi sfavorevole. Nei bambini più grandi possono essere presenti dolorabilità e dolore alla palpazione dell'osso ioide*».

Quanto invece all'Ascesso retrofaringeo, si segnalano tra gli elementi tipici il dolore o la difficoltà a estendere il collo e specifica che questi pazienti tendono

spesso a mantenerlo in flessione: «*Un ascesso retrofaringeo nelle fasi iniziali può assomigliare a una faringite non complicata. Il sospetto di ascesso retrofaringeo deve aumentare in presenza di una storia di precedenti infezioni delle alte vie respiratorie o di trauma della parete faringea posteriore. Con la progressione dell'infezione retrofaringea, i sintomi di ostruzione delle alte vie aerodigestive diventano progressivamente più evidenti, generalmente peggiorando nell'arco di diversi giorni.*

I segni d'allarme anamnestici che devono far sospettare un'ostruzione delle alte vie aerodigestive comprendono disfagia, odinofagia, incapacità di tollerare le secrezioni orali, rigidità cervicale, torcicollo, ***rifiuto di estendere il collo a causa di dolore o disagio,*** *alterazioni della voce ("voce a patata bollente", voce ipernasale o voce ovattata), trisma, tumefazione cervicale, linfoadenopatia cervicale, dolore toracico (dovuto al coinvolgimento mediastinico) e distress respiratorio (stridore, tachipnea e retrazioni).*

I pazienti con ascesso retrofaringeo sono tipicamente febbrili e appaiono in condizioni generali compromesse. Nelle fasi iniziali della malattia possono presentare soltanto un eritema faringeo lieve o moderato e difficoltà nell'assunzione di alimenti o liquidi per via orale. L'eritema e la tumefazione faringea diventano più pronunciati con la progressione dell'infezione, rendendo difficile la gestione delle secrezioni orali. ***I pazienti presentano spesso notevole dolore o disagio durante l'estensione del collo e frequentemente preferiscono mantenere il collo in flessione, a differenza di quanto avviene nell'epiglottite, nella quale i pazienti preferiscono l'estensione del collo***" (doc. 11).

Pertanto, anche in questa fonte scientifica l"iperestensione del collo con rigidità" non viene descritta letteralmente in nessuna delle due patologie e tuttavia viene descritta l'iperestensione spontanea del collo solo nell'epiglottite**.** La presenza di rigidità cervicale viene invece descritta solo nell'ascesso retrofaringeo con un atteggiamento del collo preferenzialmente in flessione. Riguardo agli altri sintomi, questa fonte riporta nell'epiglottite disfagia e stridore, mentre

nell'ascesso retrofaringeo, oltre ai due sintomi appena descritti, riporta anche dolore alla deglutizione.

4.4.3. La European Respiratory Society (ERS) è una delle principali società scientifiche europee nell'ambito delle malattie respiratorie e riunisce specialisti, ricercatori e professionisti sanitari provenienti da tutto il mondo. La sua rivista ufficiale "Breathe" (doc. 12), dedicata alla formazione e all'aggiornamento clinico dei professionisti sanitari con contributi affidati ad autori con specifica competenza settoriale, leggiamo quanto alla Epiglottite: "*Esordio improvviso e rapida progressione. Caratteristiche principali: le tre "D" — disfagia, scialorrea e distress respiratorio — febbre, aspetto tossico, voce rauca, stridore e faringite. Il quadro può presentarsi con diversi gradi di gravità. Nei bambini più piccoli: distress respiratorio, ansia, posizione "a tripode" / "sniffing", scialorrea; la tosse non è caratteristica. Nei bambini più grandi può essere presente anche soltanto un intenso mal di gola*."

Quanto invece all'Ascesso retrofaringeo: "*Spesso insorge dopo un'infezione delle alte vie respiratorie, come tonsillite, faringite o linfoadenite. Nelle fasi iniziali i sintomi possono essere indistinguibili da quelli di una faringite non complicata. Nelle fasi più avanzate: disfagia, odinofagia, scialorrea, torcicollo, dolore cervicale, disfonia, distress respiratorio, stridore, trisma, febbre e dolore toracico. I sintomi possono essere simili a quelli dell'epiglottite, ma progrediscono più lentamente*".

Anche qui, in nessuna delle due patologie compare letteralmente il sintomo della "iperestensione del collo con rigidità", e tuttavia (solo) nell'epiglottite viene descritta l'iperestensione spontanea del collo (posizione a tripode), mentre nell'ascesso retrofaringeo viene riportato torcicollo e dolore cervicale. Riguardo agli altri sintomi, questa fonte riporta nell'epiglottite disfagia e stridore, mentre nell'ascesso retrofaringeo riporta odinofagia, disfagia e stridore.

4.4.4. Si potrebbe continuare, ad esempio con le linee guida pubblicate dal Royal Children's Hospital Melbourne ("Clinical Practice Guidelines" – doc. 13),

ospedale pediatrico specialistico di riferimento mondiale. Le "linee guida" dedicate alla valutazione e alla gestione delle principali condizioni cliniche dell'età pediatrica redatte nell'ambito del Paediatric Improvement Collaborative (PIC) recitano relativamente all'Epiglottite: «*Esordio brusco, distress respiratorio, febbre elevata, aspetto tossico, odinofagia, disfagia, stridore, voce ovattata "a patata bollente", posizione a tripode con estensione del collo e linfoadenopatia cervicale*».

Quanto all'Ascesso retrofaringeo: «*Febbre, odinofagia, disfagia, tumefazione o dolorabilità cervicale, soprattutto nei bambini più piccoli, torcicollo, limitazione dell'estensione del collo e protrusione/rigonfiamento retrofaringeo*».

Ancora, l "iperestensione del collo con rigidità" non viene descritta in nessuna delle due patologie, viene descritta l'iperestensione spontanea del collo solo nell'epiglottite (posizione a tripode con estensione del collo) mentre nell'ascesso retrofaringeo viene riportato torcicollo e limitazione all'estensione del collo.

Riguardo agli altri sintomi, questa fonte riporta nell'epiglottite disfagia, stridore e odinofagia, mentre nell'ascesso retrofaringeo odinofagia e disfagia.

4.4.5. Veniamo allo "stridore" combinato con gli altri fattori. Questo sintomo di ostruzione delle alte vie aeree è una manifestazione classica dell'epiglottite pediatrica. Può comparire anche nell'ascesso retrofaringeo, ma è molto meno frequente.

Nello studio di Craig e Schunk pubblicato su Pediatrics che si produce (doc. 14), condotto su 64 bambini con ascesso retrofaringeo, la limitazione dell'estensione cervicale (ma non l'iperestensione del collo) era presente nel 45% dei casi e il torcicollo nel 36,5%, mentre distress respiratorio o stridore era presente solo nel 5%. Gli autori sottolineano quindi che, nell'ascesso retrofaringeo, sono più tipici i disturbi dei movimenti del collo e in particolare la difficoltà a estenderlo.

Il manuale MSD/Merck Professional, lo StatPearls/NCBI, la rivista Breathe dell'European respiratory society (ERS) e il Royal Children's Hospital Melbourne evidenziano, tutti, che sintomi come lo stridore possono essere presenti anche

nella laringite ipoglottica, ma senza accompagnarsi a iperestensione del collo con rigidità" né a iperestensione del collo o alla posizione a tripode (e neppure a disfagia e odinofagia).

4.5. Il risultato della combinazione di queste fonti, che si riassume nella seguente tabella, è univoco: la risposta corretta – e in ogni caso **la più "probabile"** e quindi ancora una volta l'unica giusta in un quesito impostato in termini di "probabilità scientifica" - era proprio la "C" selezionata dalla ricorrente, e non la "A".

Opzione	Contenuto	Valutazione
A	Ascesso retrofaringeo	Risposta ufficiale contestata: compatibile solo con alcuni dei sintomi.
B	Laringite ipoglottica	Risposta considerata errata: compatibile solo con alcuni dei sintomi.
C	Epiglottite	Risposta selezionata dalla candidata, **compatibile con tutti i sintomi,** da riconoscere come corretta.
D	Meningite	Non spiega bene il quadro respiratorio complessivo
E	Mononucleosi	Non coerente con l'insieme dei sintomi

Solo nell'epiglottite è ripetutamente descritta la posizione a tripode e collo esteso o iperesteso, fino alla possibile assenza di movimento del collo nella postura mantenuta (di fatto la condizione più vicina a quanto riportato nella domanda, al punto che Queensland Health riporta, nella medesima descrizione clinica, "Hyperextension of neck, may not move neck", accostando quindi l'iperestensione del collo alla possibile assenza di movimento cervicale – doc. 15 – e che JAMA Pediatrics, nell'ambito della discussione diagnostica di un lattante febbrile con rigidità cervicale e collo mantenuto in estensione, considera proprio l'epiglottite nel bambino che "does not want to move his neck or swallow" – doc. 16; StatPearls, addirittura, contrappone l'estensione del collo nell'epiglottite alla

flessione o alla difficoltà di estensione tipica dell'ascesso retrofaringeo). L'altro sintomo scriminante, lo stridore, è frequente nell'epiglottite.

Nell'ascesso retrofaringeo prevalgono invece altri sintomi, come la limitazione dolorosa dei movimenti, torcicollo e difficoltà o rifiuto dell'estensione (l'opposto di una "*"atteggiamento tendenziale in iperestensione del collo con rigidità"*).

A ciò si aggiunge la diversa frequenza dello stridore: raro nelle principali casistiche di ascesso retrofaringeo e molto più rappresentato nelle serie pediatriche di epiglottite.

* * *

Diritto: sull'interesse specifico al ricorso

5. La prova di resistenza

5.1. Si è già detto che alla dott.ssa Ferrari sono stati assegnati 1 punto per ciascuna risposta esatta e 0,25 punti di penalizzazione per ciascuna risposta errata. Col risultato complessivo finale di 98,25 punti compresi i "punti carriera".

Sia con riguardo al quesito n. 34, sia con riguardo al quesito 102, ha subito una decurtazione illegittima di 0,25 punti (penalizzazione per risposta errata) e non ha ottenuto i punti (2) spettanti per due risposte che erano esatte. Ne risulta un differenziale complessivo negativo di 2,5 punti.

5.2. Si è detto anche che il punteggio corretto che avrebbe dovuto essere attribuito alla ricorrente ammonta a punti 100,75.

5.3. L'interesse al ricorso – che contesta unicamente la risposta ministeriale a due specifici quesiti - sta già nel fatto che, con un punteggio di 100,75, la ricorrente scalerebbe oltre 650/670 posizioni.

Un'enormità, se si considera quanto può valere la posizione finale ai fini delle potenzialità di scelta della Scuola di specializzazione. Comunque, un salto sufficiente a migliorare la posizione in graduatoria quanto basta per poter ampliare esponenzialmente le possibilità di scelta di scuola e sede, ad esempio per poter optare con fondate speranze per la Scuola di Oftalmologia.

Ergo: l'attuale posizionamento in graduatoria determina già adesso una perdita esponenziale di chance e in ciò configura lesione attuale. Senza contare che la graduatoria è soggetta pure a scorrimento e quindi ammette il subentro dei migliori "esclusi" a migliori classificati che optando per una "prima scelta" rinuncino a una seconda, secondo meccanismi automatizzati gestiti dal MUR tramite il portale Universitaly (il sistema assegna i posti incrociando il punteggio del candidato con l'ordine di preferenza delle scelte inserite).

Segue: premessa ai singoli motivi

6. Principi generali

6.1. In tema di selezioni concorsuali fondate su domande a risposta multipla, sia il quesito che le distinte soluzioni alternative devono essere strutturati e redatti in maniera tale da permettere un apprezzamento positivo o negativo delle conoscenze tecnico-scientifiche e professionali del candidato, senza ambiguità o travisamenti che alterino il risultato della valutazione.

6.2. Stringendo il fuoco della disamina, va evidenziato, con le parole del Consiglio di Stato, che "*ogni quiz a risposta multipla deve prevedere con certezza una risposta univocamente esatta per evitare una valutazione dei candidati in violazione del principio della* par condicio *desumibile dall'art. 97 Cost. (Cons. St., sez. V, 17 giugno 2015, n. 3060)*" (Cons. Stato, Sez. III, n. 1999/2022), e che una volta posta la domanda a risposta multipla "*non può ricondursi alla esclusiva discrezionalità tecnica dell'ente l'individuazione del contenuto coerente ed esatto della risposta (v., ex plurimis, Cons. St., sez. III, 5gennaio 2021, n. 158)*" (Cons. Stato, Sez. III, 5.6.2024, n. 5053).

Di conseguenza, se la discrezionalità tecnica esprime l'obbligo del pubblico potere d'interpretare un certo dato di fatto solo alla luce di regole della scienza e dell'arte applicata, quando tali regole sono univoche e convergenti, non vi è spazio per una valutazione "discrezionale" del loro contenuto. Non si verte più in tema di "discrezionalità" quando la risposta indicata come corretta dall'Amministrazione è **obiettivamente e inequivocabilmente errata** alla luce

del **consenso scientifico unanime** delle più autorevoli fonti internazionali, e la risposta corretta è determinabile senza alcun margine di discrezionalità valutativa, in quanto il sindacato giurisdizionale sulla discrezionalità tecnica «*si può svolgere in base non al mero controllo formale ed estrinseco dell'iter logico seguito dall'autorità amministrativa, bensì alla verifica diretta dell'attendibilità delle operazioni tecniche sotto il profilo della loro correttezza quanto a criterio tecnico e procedimento applicativo*» (TAR Lazio, Sez. II, n. 5646/2007; conforme, Cons. St., sez. VI, n. 2001/2006).

6.3. La ricorrente contesta l'attribuzione di una risposta ufficiale obiettivamente errata a due specifici quesiti, con pregiudizio individuale e misurabile alla propria posizione in graduatoria.

Il ricorso mira sostanzialmente a una modifica circoscritta della valutazione ("soluzione correttiva" della graduatoria), senza alcuno stravolgimento della prova. In altre parole: premesso che i quesiti oggetto di gravame sono soltanto due, non si chiede al Giudice di travolgere l'intera procedura ma solo di annullare la graduatoria nella parte in cui recepisce l'erronea valutazione derivante dai quesiti nn. 34 e 102, con conseguente ricalcolo del punteggio (i.e.: correzione mirata dell'errore).

6.4. Solo in subordine, per il caso in cui il Collegio ritenesse che la risposta ministeriale al quesito 102 sia "altrettanto corretta", e non già "sbagliata", si contesta col secondo mezzo l'illegittimità (non della risposta ministeriale ma) del quesito stesso per ambiguità, in quanto capace di ammettere come "altrettanto probabile" la risposta "A".

6.5. Il presente ricorso viene notificato, oltre che al Ministero, anche a un controinteressato, nella specie individuato (con selezione casuale fra gli anteposti in graduatoria) nel dott. Luigi Franciosa, graduatosi al 66° posto.

6.6. Tutto ciò premesso, gli atti in proemio indicati vengono in questa sede impugnati in quanto illegittimi e gravemente pregiudizievoli per i seguenti

Motivi

I. <u>Violazione e falsa applicazione dell'art. 97 Cost. e del principio di *par condicio* – Violazione del D.M. 25 febbraio 2003, n. 99 – Eccesso di potere per errore manifesto nei presupposti di fatto e di diritto – Eccesso di potere per difetto di istruttoria e di motivazione tecnica nella validazione e nella correzione dei quesiti nn. 34 e 102. Illogicità e irragionevolezza manifesta</u>

I.1. La domanda n. 34 verteva sulla profilassi antitromboembolica da suggerire a una donna di 30 anni alla prima gravidanza, asintomatica, senza fattori di rischio, con riscontro occasionale di eterozigosi per la variante fattore V di Leiden.
Il MUR ha indicato come unica risposta esatta l'Opzione A ("Eparina a basso peso molecolare dopo il parto"). <u>Tale determinazione è scientificamente errata</u>.

I.1.1. Il profilo clinico descritto nel quesito è esattamente quello regolato dalle seguenti fonti, che convergono tutte nel senso della risposta C («Nessuna profilassi»):

- ESC 2025 (*Guidelines on cardiovascular disease in pregnancy*): nel paragrafo 11.3.1 e nella Tabella 13, alla voce «heterozygous factor V Leiden mutation», l'indicazione è «no» sia per il periodo antepartum sia per il postpartum, in assenza di storia di VTE (doc. 4).
- ASH 2018 (*American Society of Hematology Guidelines*): le Recommendations 22-23 stabiliscono espressamente: «*Nelle donne senza storia familiare di tromboembolismo venoso (VTE) che siano eterozigoti per la mutazione del Fattore V di Leiden (...) il panel delle linee guida ASH suggerisce di non effettuare profilassi antitrombotica nel periodo postpartum al fine di prevenire un primo evento tromboembolico venoso*». Il caso descritto nel quesito rientra esattamente in questo profilo (doc. 5).
- RCOG Green-top Guideline n. 37a: l'eterozigosi per Fattore V di Leiden è classificata a basso rischio rispetto alle forme omozigoti o alle trombofilie maggiori; la profilassi è condizionata alla stratificazione del rischio e non automatica (doc. 6).

- SIGO 2018 («Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio»): documento nazionale che ha esplicitamente sostituito le raccomandazioni SIGO 2014 e che, nella sua impostazione per punteggio cumulativo di rischio, non fa scattare l'indicazione alla profilassi postpartum per la sola eterozigosi FVL in assenza di ulteriori fattori (doc. 7).
- ACOG Bollettino di Pratica n. 197: per le trombofilie a basso rischio, inclusa la FVL eterozigote senza storia di VTE, la raccomandazione è sorveglianza, con profilassi farmacologica solo in presenza di fattori di rischio aggiuntivi (doc. 8).

L'unica fonte compatibile con la risposta ministeriale (Opzione A) è il documento SISET/SIGO 2008, che raccomandava l'EBPM puerperale per le donne con trombofilia nota. Si tratta tuttavia di una fonte superata da quasi vent'anni, sostituita da quelle più recenti sopra citate. Il quesito faceva riferimento esplicito a «le linee guida», locuzione che — nella corretta interpretazione tecnico-scientifica e giuridica — può riferirsi esclusivamente alle linee guida attualmente vigenti al momento della prova (luglio 2026), non a quelle storicamente superate.

I.1.2. La convergenza assoluta di cinque fonti aggiornate (ESC 2025, ASH 2018, RCOG, SIGO 2018, ACOG) esclude che si tratti di una mera divergenza scientifica "opinabile". La risposta C («Nessuna profilassi») non è una delle possibili risposte plausibili: è l'unica risposta corretta alla stregua del consenso scientifico internazionale vigente.

Di conseguenza, la risposta data dalla ricorrente è corretta e avrebbe dovuto essere validata con 1 punto.

I.2. Il quesito n. 102 presentava un caso clinico relativo a un bambino di 2 anni con febbre, iperestensione del collo con rigidità, stridore respiratorio, disfagia e dolore alla deglutizione, con stato di coscienza preservato.

I.2.1. Il quesito era formulato in termini di «probabilità» («l'ipotesi diagnostica **più probabile**»). Questa formulazione, come detto, ha un preciso significato tecnico-giuridico: richiede di identificare la diagnosi che presenta la **maggiore**

coerenza complessiva con l'insieme dei reperti clinici forniti, non quella meramente compatibile con alcuni di essi.

I.2.2. La risposta «C – Epiglottite» soddisfa questo requisito; la risposta «A – Ascesso retrofaringeo» non lo soddisfa, in quanto contraddetta dall'elemento clinico più dirimente (iperestensione del collo) e dall'elemento più discriminante (stridore).

La circostanza che alcune delle alternative prospettate appartengano alla medesima diagnosi differenziale non attribuisce loro pari valore diagnostico, e non impedisce quindi di individuare la condizione che presenta la maggiore coerenza con l'insieme dei reperti descritti: l'epiglottite, cioè all'opzione "C" indicata dalla ricorrente.

I.3. La conferma definitiva dell'esattezza delle due risposte date dalla ricorrente ai quesiti 34 e 102 proviene dall'utilizzo di uno strumento di **verifica indipendente e convergente** a disposizione di chiunque lo desideri: l'intelligenza artificiale, non quella generica, s'intende, ma proprio quella "specializzata" in campo medico.

Se sottoponiamo i quesiti n. 34 e n. 102 nella identica formulazione utilizzata nella prova concorsuale – naturalmente, senza indicazione preventiva della risposta sostenuta dalla ricorrente – alla piattaforma A.i. di "Vera Health", concepita per la consultazione e la sintesi della letteratura medico-scientifica a supporto delle decisioni cliniche, il risultato in entrambi i casi è quello indicato dalla ricorrente: per il quesito n. 34, «C – Nessuna profilassi»; per il quesito n. 102, «C – Epiglottite» (doc. 17-19).

E stiamo parlando di una piattaforma dotata di un motore di ricerca capace di interrogare un patrimonio scientifico immenso di oltre 60 milioni di articoli sottoposti a peer review, linee guida e percorsi clinici disponibili in formato digitale, collegando le affermazioni alle fonti originarie, accessibile e consultabile

in rete con tutta la letteratura corrente e le pubblicazioni scientifiche rese disponibili e indicizzate in formato digitale[1].

I.4. Sia per il quesito 34, sia per il quesito 102, pertanto, il vizio si sostanzia in una risposta non corretta da parte del MUR e quindi in un **errore manifesto nei presupposti di fatto**, che inficia la validità della valutazione attribuita alla ricorrente e rende necessaria la rielaborazione della graduatoria limitatamente alla posizione della medesima ricorrente con l'attribuzione di 1 punto sul quesito 34 e di 1 punto sul quesito 102, in luogo della penalizzazione di 0,25 applicata per entrambi (+2,5 punti) (si rinvia alle conclusioni).

II. <u>In subordine, limitatamente al quesito 102: violazione e falsa applicazione dell'art. 97 Cost. – Violazione del D.M. 25 febbraio 2003, n. 99 – Eccesso di potere per illogicità manifesta e contraddittorietà – Eccesso di potere per difetto di istruttoria e di motivazione tecnica nella formulazione del quesito. Violazione del principio della *par condicio*</u>

II.1. Si è detto nel primo motivo che l'indicazione ministeriale dell'Opzione A ("Ascesso retrofaringeo") come chiave di correzione del quesito 102 è sbagliata proprio in ragione della formulazione del quesito in termini di "maggiore probabilità" e del fatto quindi che la ben possibile sovrapposizione di alcuni segni e sintomi tra patologie appartenenti alla medesima diagnosi differenziale non equivalga a una eguale probabilità diagnostica.

Non sarebbe tuttavia buon esercizio delle facoltà defensionali trascurare nel presente ricorso la possibilità, per vero remota, che il Ministero riesca a convincere il Collegio che la risposta "A" non fosse del tutto sbagliata, che cioè il quesito 102, per come concepito ossia nel suo enunciare elementi

---

[1] Tutto ciò è verificabile presso le seguenti coordinate: https://www.verahealth.ai/it/home
Vera Health, Terms of Use: https://www.verahealth.ai/it/terms
American College of Emergency Physicians (ACEP), "ACEP and Vera Health Partner to Deliver Trusted AI to Emergency Physicians", 3 marzo 2026: https://www.acep.org/news/acep-newsroom-articles/3-3-26-acep-and-vera-health-partner-to-deliver-trusted-ai-to-emergency-physicians).

patognomonici volutamente non esclusivi o dirimenti, non fosse tale da escludere con certezza scientifica assoluta un quadro clinico altrettanto compatibile.
In tale caso, però, il quesito stesso risulterebbe illegittimo, perché ambiguo.
A tale ambiguità fa riferimento il presente mezzo subordinato.

II.2. Il quesito n. 102 sarebbe *ab origine* viziato nell'ammettere più di una risposta "più probabile" scientificamente corretta: un simile tasso di equivocità e ambiguità non è mai ammissibile in un test a risposta multipla con un'unica opzione corretta. Troverebbe allora cittadinanza l'insegnamento giurisprudenziale secondo il quale la formulazione di un quesito clinico privo di dettagli differenziali univoci viola il principio della trasparenza e della parità di trattamento, inducendo il candidato in errore a fronte di opzioni parimenti valide dal punto di vista medico.

II.3. In punto di fatto e poi nel primo motivo si è detto che la letteratura scientifica e la documentazione ufficiale indicano una ben precisa risposta "più probabile" al quesito 102.
In questa sede subordinata si deve invece sottolineare che la sola presenza di una letteratura scientifica e di una documentazione ufficiale che accreditino come corretta la risposta ritenuta erronea dall'Amministrazione, costituisce parametro dirimente per apprezzare (quantomeno) l'equivocità del quesito. Al solo verificarsi di questa circostanza, infatti, il sindacato del Giudice Amministrativo non riguarda più l'operato tecnico-discrezionale dell'Amministrazione, ma proprio la illegittima sola presenza di più soluzioni/risposte scientificamente altrettanto valide.

II.4. Dall'accoglimento del presente motivo subordinato dovrebbe conseguire l'effetto caducatorio dell'intero quesito per tutti i candidati (i.e.: la condanna del Ministero ad annullarlo per tutti), in quanto il quesito è inscindibilmente stato sottoposto a tutti i candidati e un suo annullamento per "cattiva formulazione" non potrebbe che inscindibilmente prodursi per tutti, con conseguente sua

neutralizzazione totale nella graduatoria. Ricordiamo a noi stessi alcuni approdi giurisprudenziali:

- l'annullamento del quesito con più risposte esatte (ipotesi che, lo si ripete, viene qui formulata in via subordinata) risponde all'esigenza di neutralizzare il rischio che una maggiore probabilità di individuare risposte corrette favorisca la mera casualità a scapito dei candidati più preparati (Cons. Stato, Sez. VI, n. 2673/2015);
- "*Nelle prove concorsuali fondate su quesiti a risposta multipla contenenti soluzioni simili, la formulazione della domanda deve contemplare la presenza di una sola risposta oggettivamente esatta, rimanendo preclusa ogni possibilità di interpretazione soggettiva da parte della commissione e, una volta posto il quesito, non può ricondursi alla esclusiva discrezionalità tecnica dell'ente l'individuazione del contenuto coerente ed esatto della risposta. Pertanto, i quesiti che prevedano più risposte esatte o nessuna risposta esatta sono da considerare illegittimi e dunque da annullare in modo tale da neutralizzare l'incidenza negativa svolta dal quesito errato sulla valutazione complessiva dei candidati"* (TAR Campania, Napoli, Sez. V, 2.10.2024, n. 5183; Cons. Stato, sez. III, 5.6.2024, n. 5053; 20.2.2024, n. 1694; 21.3.2022, n. 1999; 5.1.2021, n. 158; sez. II, 5.10.2020, n. 5820, sez. VI, n. 2673/2015).

II.5. In via tecnicamente subordinata, si chiede l'azzeramento del quesito 102 quantomeno per la sola ricorrente, tenuto conto che, almeno in un caso, è stato deciso che "*In definitiva, per le suesposte considerazioni, risulta parzialmente fondato il secondo motivo di impugnazione con riguardo alla censurata ambiguità del quesito n. 21, e, per l'effetto, va dichiarata tenuta l'Amministrazione resistente a procedere alla rielaborazione della graduatoria previa rimodulazione del punteggio conseguito da parte ricorrente. In conseguenza dell'esito della predetta rielaborazione, l'Amministrazione dovrà eventualmente provvedere* (…) *all'immatricolazione, anche in soprannumero, di parte ricorrente presso uno*

degli Atenei opzionati in ragione del risultante posizionamento in graduatoria" (così, in motivazione, TAR Lazio, Roma, Sez. III, 6.6.2024, n. 11545; conformi, sul medesimo quesito, TAR Lazio, Sez. III, nn. 13103/2022 e 16495/2022).

La ricorrente ne ricaverebbe comunque una utilità: la cancellazione, quantomeno, dell'ingiusta penalità di 0,25 punti per una risposta al quesito 102 che si è dimostrata corretta.

* * *

Istanza istruttoria

La dott.ssa Elisa Ferrari chiede a codesto Tribunale di valutare la nomina di un Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) o di un verificatore con competenza specifica nelle materie medico-specialistiche oggetto dei quesiti contestati, al fine di accertare la correttezza scientifica di entrambe le risposte fornite dalla ricorrente ai quesiti n. 34 e 102.

Analogo accertamento tecnico, disposto in sede cautelare e affidato all'Istituto Superiore di Sanità, ha già condotto all'accoglimento di censure omologhe (cfr. TAR Lazio, Sez. III, n. 11545/2024, cit.).

Chiede altresì che, ai sensi dell'art. 63 c.p.a., il Collegio valuti di ordinare all'Amministrazione il deposito di tutti gli atti relativi alla predisposizione dei quesiti, all'individuazione delle risposte ufficiali.

Istanza di notifica per pubblici proclami

Si ritiene di avere assolto l'onere di notifica ad almeno un controinteressato.

Qualora codesto Tribunale non ritenga sufficiente la notifica già eseguita all'indirizzo pec di un controinteressato e ritenga invece (ex artt. 27, comma 2, e 49 c.p.a.) di ordinare l'integrazione del contraddittorio nei confronti di tutti i controinteressati, utilmente inseriti nell'impugnata graduatoria di merito, si chiede l'autorizzazione a provvedere alla notifica per pubblici proclami ex art. 41 c.p.a., in ragione della difficile individuazione degli indirizzi di altri

controinteressati in una graduatoria che espone solo nomi cognomi e data di nascita dei partecipanti a concorso.

* * *

Istanza cautelare

Il 6 agosto è stata pubblicata la graduatoria sul portale Universitaly.

Dal 16 al 22 settembre, i candidati dovranno esprimere, sul medesimo portale, la propria preferenza sulla Scuola di specializzazione e sulla relativa sede.

Il 24 settembre saranno pubblicate le relative assegnazioni.

L'iscrizione alla Scuola di specializzazione potrà poi avvenire nel periodo fra il 24 settembre e il 2 ottobre, con gli esiti delle immatricolazioni pubblicati sempre su Universitaly il 6 ottobre e con inizio delle attività didattiche nelle Scuole di Specializzazione fissato al 2 novembre 2026 (art. 1.1 del decreto ministeriale di indizione).

È evidente, in questa situazione, la necessità di chiedere al Tribunale di concedere un provvedimento cautelare urgente, da assumere, se non prima che vengano pubblicate le assegnazioni, almeno in tempo utile a consentire alla ricorrente una fattiva partecipazione alla Scuola di specializzazione cui aspira.

La mera possibilità di ripetere il concorso in una successiva edizione - perdendo quindi un anno - non costituisce una tutela equivalente, ovvio essendo che un nuovo svolgimento della prova non garantisce alla ricorrente il conseguimento di un punteggio superiore a quello attuale.

Su queste basi, la ricorrente chiede la concessione di misura cautelare ex art. 55 c.p.a., al fine di ottenere la sospensione degli effetti della graduatoria impugnata nella sola parte lesiva e/o l'ammissione con riserva alla scuola di specializzazione che sarà (da qui all'udienza camerale) prescelta, ricorrendone i presupposti del *fumus boni iuris* (le illegittimità sopra illustrate) e del *periculum in mora* (il rischio di perdita irreversibile del posto disponibile per l'anno accademico 2026, con compromissione definitiva del percorso formativo).

* * *

Conclusioni

Per tutte le ragioni esposte, la ricorrente dott.ssa **Elisa Ferrari**, rappresentata e difesa come in atti,

chiede

- **In via cautelare**: sospendersi nella parte lesiva l'efficacia della graduatoria impugnata o comunque concedersi la misura cautelare idonea ad assicurare interinalmente gli effetti della decisione di merito;
- **In via principale**: dichiarare corrette le risposte fornite dalla ricorrente ai quesiti n. 34 e n. 102 e annullare la graduatoria impugnata nella parte in cui attribuisce alla ricorrente il punteggio di punti 98,25 e l'ha collocata in posizione n. 3476, e per l'effetto:
    - condannare l'Amministrazione resistente a rideterminare il punteggio della ricorrente in punti **100,75** e a riformulare conseguentemente la graduatoria;
    - condannare l'Amministrazione resistente, qualora dalla riformulazione della graduatoria risulti la ricorrente in posizione utile, ad ammetterla alla Scuola di Specializzazione prescelta anche in soprannumero, ovvero a consentirle la partecipazione alla scelta della scuola e della sede in forza del punteggio rideterminato;
- **In via subordinata**:
    - annullare la graduatoria impugnata nella parte in cui ha assegnato alla ricorrente il punteggio di punti 98,25 e l'ha collocata in posizione n. 3476, con conseguente obbligo per l'Amministrazione di riformulare la graduatoria, rispettivamente, considerando corretta la risposta al quesito 34 e annullando a ogni effetto il quesito 102 per tutti i candidati neutralizzandone gli effetti;
- **In via ulteriormente subordinata:**
    - annullare la graduatoria impugnata nella parte in cui ha assegnato alla ricorrente il punteggio di punti 98,25 e l'ha collocata in posizione n.

3476, con conseguente obbligo per l'Amministrazione di riformulare la graduatoria, rispettivamente, considerando corretta la risposta al quesito 34 e annullando il quesito 102 per la sola ricorrente con conseguente rideterminazione del punteggio della ricorrente

- **In ogni caso**: condannare l'Amministrazione alle spese di lite.
- **In via istruttoria**:
  - nominare un Consulente Tecnico d'Ufficio o un verificatore con specifica competenza in ematologia/ostetricia (per il quesito n. 34) e in pediatria/pneumologia pediatrica (per il quesito n. 102), al fine di accertare la correttezza scientifica delle risposte fornite dalla ricorrente; in subordine, disporre un accertamento istruttorio affidato all'Istituto Superiore di Sanità, sul modello di quanto già disposto in TAR Lazio, Sez. III, n. 11545/2024;
  - ordinare all'Amministrazione, ai sensi dell'art. 63 c.p.a., il deposito di tutti gli atti relativi alla predisposizione, validazione e correzione dei quesiti nn. 34 e 102.
  - Con ogni riserva di altro dedurre e produrre, si producono allo stato i documenti indicati in ricorso, come da separato elenco.

Ai fini del contributo unificato per spese di giustizia, si dichiara che il presente ricorso impugnatorio ha valore indeterminato e che pertanto il contributo unificato ammonta a euro 650.

* * *

San Fior, 11 settembre 2026

avv. Emilio Caucci

CAUCCI EMILIO

Firmato digitalmente da CAUCCI EMILIO
Data: 2026.09.11 17:49:51 +02'00'