

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL LAZIO

- Roma -

Nel giudizio n. 9925/2026 r.g.

MOTIVI AGGIUNTI

a valere anche come

RICORSO AUTONOMO

con istanza cautelare

proposti da **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

Dott. MARICA PESCARILLA (C.F. PSCMRC01B45G596G), iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Ferrara al n. 6002;

(a) per l'annullamento, previa sospensione o comunque previa concessione di idonea misura cautelare

(a.1) oltre che

- del provvedimento di approvazione della graduatoria nazionale di merito nominativa (decreto del Segretariato generale del Ministero dell'Università e della Ricerca n. 127/2026), e comunque della 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 si è attribuito alla ricorrente un punteggio complessivo inferiore a quello spettante secondo quanto indicato nella presente azione impugnatoria, a causa dell'errata valutazione delle risposte date ai quesiti n. 34 e n. 102 e dei punteggi parziali al riguardo assegnati alla ricorrente;
- dei verbali di commissione o comunque degli atti anche non conosciuti che hanno formato e validato la correzione/valutazione delle risposte ai quesiti 34 e 102 sottoposti ai candidati nella parte in cui si è attribuito alla ricorrente un punteggio inferiore a quello spettante o per quanto occorra, in parte qua, quelli riguardanti la fase di predisposizione e validazione dei quesiti 34 e 102;
- di tutti gli atti connessi e conseguenti, anche non conosciuti, nella parte in cui si è attribuito alla ricorrente un punteggio complessivo inferiore a quello spettante secondo quanto indicato nella presente azione impugnatoria, a causa dell'errata valutazione delle risposte date ai quesiti n. 34 e n. 102 e dei punteggi parziali al riguardo assegnati alla ricorrente;

già impugnati con il ricorso introduttivo del giudizio n. 9925/2026 r.g

(a.2) anche dei seguenti atti

- graduatoria contenente assegnazione dei posti pubblicata il 24.9.2026 sul portale University.it (doc. 21)
- atto di approvazione della graduatoria contenente l'assegnazione dei posti pubblicata il 24.09.2026 sul portale University.it;
- per quanto di ragione, Decreto Ministeriale n. 1271 del 16.9.2026 (doc. 22), nella parte in cui è stato stabilito per l'a.a. 2025/2026 il numero di 14.631 posti disponibili coperti con contratti finanziati con risorse statali distribuiti per ciascuna scuola di specializzazione accreditata e attivata per l'a.a. 2025/2026 secondo quanto indicato nella tabella ivi allegata (art. 1 comma 1), e posti aggiuntivi coperti con contratti finanziati da Regioni e Province autonome, o con contratti finanziati con fondi di altri enti pubblici e/o privati, sempre secondo quanto indicato nella anzidetta tabella allegata
- per quanto di ragione, Decreto del Segretariato generale del Ministero dell'Università e della Ricerca n. 77/2026 del 21.05.2026 di approvazione del bando ("Bando n. 77/2026") per l'accesso dei medici alle scuole di specializzazione di area sanitaria per l'a.a. 2025/2026 secondo l'ordine decrescente del punteggio conseguito dai candidati dato dalla somma del punteggio dei titoli e del punteggio della prova di esame (doc. 23);

(b) per insistere nella condanna

- dell'Amministrazione resistente, previa rideterminazione del punteggio spettante alla ricorrente, alla rielaborazione e riformulazione delle graduatorie impugnate nei termini di cui alla presente azione giudiziale con conseguente attribuzione del punteggio corretto e collocazione della ricorrente in posizione più utile e con l'adozione degli atti conseguenti

(c) con riserva di motivi aggiunti

Fatto

1. La procedura concorsuale

1.1. La ricorrente Elisa Ferrari, laureatasi in medicina e chirurgia, ha partecipato in data 21.7.2026 al Concorso nazionale per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione indetto dal Ministero dell'Università e della Ricerca (doc. 3) con decreto n. 77/2026 del Segretariato generale del MUR (doc. 23).

Si tratta di un concorso per titoli ed esame che si svolge telematicamente una sola volta l'anno fra migliaia di candidati.

L'esame consiste in una prova scritta con quesiti a risposta multipla, di cui una sola considerata corretta (art. 3, comma 1, decreto ministeriale 10.8.2017, n. 130).

Il sistema di punteggio è il seguente: +1,00 punto alla risposta corretta, -0,25 punti alla risposta errata e 0 punti alla risposta omessa.

1.2. Al Concorso del 2026 hanno partecipato ben 17.652 candidati. La prova si è articolata in 140 quesiti, gli stessi per tutti, sebbene diversamente ordinati a seconda della sede delle prove.

1.3. La graduatoria unica nazionale risultante dal concorso (doc. 1) è stata approvata il 6.8.2026 (decreto MUR – Segretariato Generale n. 127/2026 – doc. 2), e subito pubblicata sul portale University (portale ufficiale del MUR).

1.4. 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, certo utile per l'accesso a molte scuole, ma non rassicurante per l'unica davvero ambita, quella di Oftalmologia.

1.5. In un concorso con 17.652 candidati, uno scarto di pochi punti può essere decisivo.

Si può dunque immaginare facilmente con quanta sorpresa e disappunto la ricorrente abbia scoperto dalla graduatoria che le erano state considerate sbagliate due risposte in realtà corrette (quesiti 34 e 102 nella sua prova, rispettivamente codice #ssm20261114 e #ssm20261182) - una delle quali vertente per giunta sulla mutazione (“*variante fattore V di Leiden*”) da cui è affetta lei stessa (doc. 24) – con conseguente doppia ingiusta penalizzazione da risposta errata ($-0,25 \times 2 = -0,5$

punti) in luogo di 2 punti pieni per altrettante risposte corrette. Con 2,5 punti in più, infatti, avrebbe raggiunto il punteggio totale di 100,75, collocandosi in graduatoria fra il 2792° e il 2840° posto (dall'attuale 3.476°: un balzo tra i 636 e i 684 posti)

A fronte di ciò, la dott.ssa Elisa Ferrari ha presentato immediata segnalazione di errore sul portale University (doc. 20), senza però ricevere riscontro alcuno: donde l'impugnazione della graduatoria unica nazionale del 6.8.2026 con ricorso a codesto TAR rubricato al ruolo generale al n. 9925/2026, giusta l'interesse a coprire un posto migliore in graduatoria, pacifico essendo che una posizione più avanzata in graduatoria consentiva e consente al candidato non solo di avere più *chance* di accedere ad una scuola di specializzazione più gradita, ma anche di scegliere, nell'ambito della specializzazione *de qua*, la sede più vicina e comunque più gradita.

1.6. Successivamente alla proposizione del ricorso, è stato (approvato e) pubblicato (in data 24.9.2026, nel portale Univeritaly) l'elenco delle assegnazioni (doc. 21).

La ricorrente ha dovuto prendere atto, da questo ulteriore documento, della gravità del pregiudizio cagionatole da quanto sopra, vedendosi costretta alla presente azione impugnatoria. In particolare, la dott.ssa Ferrari, che secondo quanto indicato dal bando n. 77/2026 aveva optato unicamente per la Scuola di specializzazione di Oftalmologia indicandone ogni possibile sede nazionale (doc. 25), non vi ha trovato posto. Per un soffio.

L'ultimo posto in una scuola di Oftalmologia risultava assegnato al 3257° classificato (con 99 punti) (doc. 21): candidato cui si notifica pertanto il presente atto.

Per entrare in una scuola di Oftalmologia fra quelle (tutte) selezionate, le sarebbe bastato, per dire, il riconoscimento anche solo di una delle due risposte giuste che aveva dato ($98,25 + 1,25 = 99,50$).

1.7. Detto ciò anche ai fini della rituale “prova di resistenza”, in questa sede – nell’impugnare con il presente ricorso per motivi aggiunti, a valere anche quali ricorso autonomo, tutti gli atti della procedura e tra questi pure la graduatoria del 24.9.2026 che ha definito le assegnazioni e lasciato fuori la ricorrente – bisogna ribadire quanto esposto nel precedente ricorso. A cominciare da un dato di fondo. Non è tanto in discussione la formulazione dei quesiti da parte del MUR: è in discussione la risposta corretta ai quesiti.

Non interessa perciò sindacare la *discrezionalità* del MUR nella scelta o nell’enunciazione delle domande e delle possibili risposte. Interessa individuare la vera risposta giusta, che poteva essere soltanto una.

1.8. La ricorrente ritiene di poter dimostrare *oggettivamente* che le sue risposte ai quesiti 34 e 102 (codice #ssm20261114 e #ssm20261182) non erano solo corrette, ma erano le uniche scientificamente corrette, essendo sbagliate tutte le altre. Questo

- a) sia attraverso le *ampiamente documentate* lezioni concordanti della **comunità scientifica**;
- b) sia interrogando l'**intelligenza artificiale “specializzata” in campo medico**.

1.8.1. Alle risultanze della comunità scientifica daremo ampio spazio nei prossimi due paragrafi (§2 e §3).

1.8.2. Si può supporre, tuttavia, che possa destare immediata curiosità e attenzione l’esito dell’interpello dell’intelligenza artificiale. Pertanto, ne parliamo subito.

La ricorrente documenta (doc. 17)

- a) di avere sottoposto 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;

- b) che in entrambi i casi la piattaforma ha risposto come aveva fatto la ricorrente: per il quesito n. 34, «C – Nessuna profilassi»; per il quesito n. 102, «C – Epiglottite» (v. infra).

Ovviamente, questa verifica *obiettiva* è ripetibile in qualsiasi momento: il risultato sarà sempre lo stesso.

Poiché stiamo parlando della carriera e della vita di una persona, non possiamo consentire a nessuno di banalizzare questo dato: la piattaforma di a.i. cui stiamo parlando non è un giocattolo, ma uno strumento progettato apposta per supportare medici e professionisti sanitari nella consultazione efficace dell'intera letteratura scientifica esistente, una sorta di biblioteca intelligente 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, di collegare costantemente 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 (doc. 18 e nota¹).

1.9. Di seguito, si riporta e si ribadisce integralmente la parte del ricorso dedicata all'analisi della concorde letteratura scientifica sui due quesiti.

* * *

2. Prima illegittimità: risposta corretta della ricorrente valutata come errata (sul quesito n. 34)

2.1. 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:

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>).

“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”.

2.2. 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”.

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.

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

In European Society of Cardiology (ESC) 2025 (doc. 4) si affronta in modo specifico la tromboprofilassi durante gravidanza e puerperio. Nel paragrafo 11.3.1 si legge 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

2.2.2. In American Society of Hematology (ASH) 2018 (doc. 5) viene affrontato direttamente il tema della 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 con “variante fattore V di Leyden”. Letteralmente

- ✓ *«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 34 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”).

2.2.3. La stessa conclusione si ricava un po’ ovunque.

Ad esempio, le Linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-top n. “37a” (doc. 6) 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.

Se poi si vuole una conferma definitiva, e nazionale, che la risposta corretta fosse la “C” e non la “A”, la si può trovare nel riferimento italiano più recente, 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 anche qui la sola

presenza della “eterozigosi per la variante fattore V di Leyden” (FVL eterozigote), in assenza di ulteriori elementi, non raggiunge la soglia di necessità di profilassi postpartum.

In breve: anche le linee guida SIGO 2018, riferimento nazionale, smentiscono l'automatismo “FVL eterozigote = EBPM postpartum” della risposta “A”.

2.3. La seguente tabella sintetizza come le raccomandazioni contemporanee delle più autorevoli società scientifiche suggeriscano inequivocabilmente la risposta “C-“nessuna profilassi” nel caso clinico proposto dal quesito n. 34.

Fonte	Condizione clinica	Profilassi postpartum	Effetto sul quesito 34
ESC 2025	FVL eterozigote	NO	Sostiene C
ASH 2018	FVL eterozigote, prevenzione primo VTE	Contro profilassi	Sostiene C
RCOG 37a	FVL eterozigote = 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
SISSET/SIGO 2008	Nota sulla trombofilia	EBPM puerperale	Compatibile con A, ma fonte storica superata

Il che conduce a una sola conclusione: 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.

2.4. Benché non ci spetti fare ipotesi, è possibile che il Ministero abbia impostato come corretta la risposta "A" basandosi su "linee guida" nazionali più datate, quelle emesse dalla Società italiana per lo Studio dell'Emostasi e della Trombosi (SISET) insieme a SIGO nel 2008 (doc. 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.

In un quesito proposto nel 2026, il riferimento a "linee guida" poteva e doveva essere inteso da tutti, candidati e Ministero, come riferito unicamente a quelle vigenti, ovvio essendo che quelle del passato una volta superate (anzi: esplicitamente sostituite: v. sopra. § 2.2.4) hanno perso ogni funzione di "guida".

2.5. Sia consentita un'ultima, significativa notazione.

La dott.ssa Ferrari conosce perfettamente la mutazione del fattore V di Leiden. Suo malgrado.

Ha scoperto infatti di esserne affetta lei stessa dopo una trombosi venosa profonda occorsale a seguito di un lungo viaggio aereo (anche in questo caso, produciamo la relativa documentazione, benché altamente riservata – doc. 24, p. 2, ultimo riquadro). Sicché, da medico, ha voluto saperne ogni cosa. La domanda 34 era per lei facilissima, e non l'ha sbagliata.

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

3.1. 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».

Va subito chiarito che il quesito è stato posto in termini “probabilistici” in una chiave prettamente scientifica (non potrebbe essere altrimenti): il candidato era perciò volutamente posto dinanzi a cinque opzioni che potevano benissimo condividere fra loro singoli segni o sintomi, ma quello che gli si chiedeva era dimostrare di sapere che ciò non comporta affatto una “equivalente probabilità” diagnostica e individuare così la sola diagnosi che meglio li comprendesse insieme.

3.2. La risposta ufficiale considerata “più probabile” ossia corretta dal Ministero era la “A - ascesso retrofaringeo”.

Ma la risposta “più probabile” sulla base del complessivo quadro clinico descritto era *oggettivamente un'altra*; quella selezionata dalla ricorrente: la “C – epiglottite”.

Anche in questo caso, riteniamo di poterlo dimostrare.

3.3. L'impostazione del quesito in termini “probabilistici”, come accennato, imponeva anzitutto di distinguere i sintomi descritti a seconda della rispettiva attitudine a restringere il campo delle “probabilità”. Alcuni sintomi, pertanto, non erano significativi in quanto potenzialmente comuni a più soluzioni.

Nel dettaglio: la “febbre” è notoriamente un sintomo generico e non particolarmente indicativo; l'ultimo dato (*stato di coscienza preservato*) nella sua intrinseca normalità può presentarsi in tutte le opzioni proposte.

Altri dati presentavano limitato valore scriminante: così la disfagia e odinofagia.

Infine, 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).

Nel caso di specie, come ci apprestiamo a dire e documentare, la letteratura scientifica converge nell'assegnare rilievo dirimente a due sintomi in particolare:

- ✓ lo stridore respiratorio
- ✓ l'atteggiamento del collo in iperestensione con rigidità.

Nell'epiglottite pediatrica (risposta "C", data dalla ricorrente) sono descritti sia lo stridore associato alla posizione a tripode, sia l'estensione o iperestensione del collo.

Nell'ascesso retrofaringeo (risposta "A", considerata corretta dal Ministero), invece, lo stridore è sostanzialmente assente e risultano tipici la rigidità e il dolore cervicale, il torcicollo e soprattutto la limitazione o rifiuto all'estensione del collo.

La combinazione dei fattori selettivi implicati dal quesito 102 è riassunta nella 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
----------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

3.4. Si può ora dimostrare, sempre sulla base delle più autorevoli fonti in campo medico, pediatrico e pneumologico, che, valutati congiuntamente, i reperti descritti nel quesito 102 deponevano e depongono in maniera preponderante per l'epiglottite (risposta “C”), rendendola così la diagnosi “più probabile”.

3.4.1. Il Manuale MSD/Merck Professional (doc. 9) è 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.

- ❖ In questa fonte 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'infezione orofaringea visibile. Può verificarsi asfissia fatale entro poche ore dall'esordio. La scialorrea in assenza di tosse abbaiente 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, linfadenopatia 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”.*

Benché non si usi per nessuna delle due patologie l’espressione “iperestensione del collo con rigidità” indicata dal quesito, è evidente che solo per l’epiglottite (risposta “C”) è descritta l’analoga se non identica “iperestensione spontanea del collo (posizione a tripode)”.

Nell’ascesso retrofaringeo viene riportata solo la rigidità nucale e torcicollo.

Tutti gli altri sintomi quali stridore, disfagia, dolore alla deglutizione sono presenti in entrambe le patologie.

3.4.2. In StatPearls / NCBI Bookshelf, raccolta di capitoli medico-scientifici di consultazione redatti da specialisti e 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** (risposta “C”): *“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, linfadenopatia 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, linfadenopatia cervicale, dolore toracico (dovuto al coinvolgimento mediastinico) e distress respiratorio (stridore, tachipnea e retrazioni).*

*I pazienti con ascesso retrofaringeo sono tipicamente febrili 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, benché nemmeno in questa fonte scientifica si usi l'espressione "iperestensione del collo con rigidità" presente nel quesito, l'iperestensione spontanea del collo è descritta solo nell'epiglottite.

La presenza di rigidità cervicale viene invece descritta solo nell'ascesso retrofaringeo, ma con atteggiamento del collo preferenzialmente in flessione (nessuna iperestensione).

Riguardo agli altri sintomi di cui al quesito, compaiono solo nell'epiglottite disfagia e stridore, mentre nell'ascesso retrofaringeo, oltre ai due sintomi appena descritti, è riportato anche dolore alla deglutizione.

3.4.3. 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) è dedicata alla formazione e all'aggiornamento clinico dei professionisti sanitari con contributi affidati ad autori con specifica competenza settoriale. Vi 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 linfadenite. 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, (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.

3.4.4. Il Royal Children's Hospital Melbourne ("Clinical Practice Guidelines" – doc. 13), ospedale pediatrico specialistico di riferimento mondiale, pubblica delle "linee guida" dedicate alla valutazione e alla gestione delle principali condizioni cliniche dell'età pediatrica, nell'ambito del Paediatric Improvement Collaborative (PIC).

Queste linee guida recitano

- Quanto 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 linfadenopatia 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" è associabile esclusivamente all'epiglottite (posizione a tripode con estensione del collo), mentre nell'ascesso retrofaringeo viene riportato l'opposto, cioè la limitazione all'estensione del collo, con torcicollo.

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

3.4.5. L'ultimo sintomo scriminante, probabilmente il più importante di tutti per la nettezza del risultato che produce in termini di “probabilità” diagnostica, è lo “stridore”, ostruzione delle alte vie aeree: esso è una manifestazione classica dell'epiglottite pediatrica.

Nell'ascesso retrofaringeo 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.

Ancora: 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).

3.5. Riassumendo, 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 nettamente frequente nelle serie pediatriche di epiglottite, mentre è raro nelle principali casistiche di ascesso retrofaringeo. Nell'ascesso retrofaringeo prevalgono altri sintomi, come la limitazione dolorosa dei movimenti, torcicollo e difficoltà o **rifiuto dell'estensione** (l'opposto di quell'“*atteggiamento tendenziale in iperestensione del collo con rigidità*” descritto nel quesito).

Il risultato è uno solo e può essere visivamente colto dalla seguente tabella: la risposta corretta – in quanto **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

* * *

Diritto: sull'interesse specifico al ricorso

4. La prova di resistenza

4.1. Si è già detto che il collocamento in graduatoria della dott.ssa Ferrari, determinato dal punteggio complessivo finale di 98,25 punti compresi i “punti

carriera”, è stato alterato a suo danno dalla decurtazione illegittima di 2,5 punti cui avrebbe avuto diritto per le risposte corrette date ai quesiti n. 34 e 102: il punteggio che le spetta ammonta perciò a punti 100,75.

4.2. L’interesse al ricorso, già insito nel solo fatto di poter scalare almeno 638 posizioni in graduatoria ed accrescere esponenzialmente le *chance* di scelta per accedere alla scuola di specializzazione più gradita (cfr. supra, §1.5 della parte in “fatto”), è ora fuori discussione. La cd. “prova di resistenza” si è definita e consolidata con l’assegnazione pubblicata il 24.9.2026 (§1.6 della parte in “fatto”), visto che con 100,75 punti (e quindi con il riconoscimento della bontà delle risposte date dalla ricorrente ad entrambi i quesiti *sub judice*), ma anche con 1,25 p. in meno ovverosia con 99,50 (e quindi con il riconoscimento della bontà anche di una sola delle due risposte date dalla ricorrente ai quesiti *de quibus* – cfr. amplius supra, §1.6), la ricorrente avrebbe diritto di accedere all’unica scuola di specializzazione che ha scelto, Oftalmologia, la sola che davvero le interessa: al punto di essere disposta a frequentarla in una qualsiasi delle sedi nazionali.

Segue: premessa ai singoli motivi
--

5. Principi generali

5.1. 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, 5 gennaio 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.

5.2. Lo si ripete: essendo in gioco la carriera e la vita di una persona, non è consentito deresponsabilizzarsi ricorrendo alla consueta barriera della “discrezionalità” tecnica amministrativa, quando la risposta indicata come corretta dall'Amministrazione è **obiettivamente e inequivocabilmente errata** alla luce del **consenso scientifico unanime** delle più autorevoli fonti internazionali, quando la risposta corretta è determinabile senza alcun margine di discrezionalità valutativa.

5.3. Il ricorso (sia quello originario che i presenti motivi aggiunti) mira sostanzialmente a una modifica circoscritta della valutazione (“soluzione correttiva” della graduatoria), senza alcuno stravolgimento della prova.

Pertanto, 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 per la ricorrente l'erronea valutazione derivante dai quesiti nn. 34 e 102 (o quantomeno l'erronea valutazione di almeno uno dei due [cfr. supra]), con conseguente ricalcolo del suo punteggio (i.e.: correzione mirata dell'errore).

5.4. Solo in subordine, per il caso in cui il Collegio ritenesse che la risposta ministeriale al quesito 102 non sia “sbagliata” ma altrettanto corretta, si contesta col secondo mezzo di gravame l'illegittimità (non della risposta ministeriale ma) del quesito stesso per ambiguità, in quanto capace di ammettere come “altrettanto probabile” la risposta “A” (con la conseguenza che va quantomeno tolta la penalizzazione di -0,25 punti data alla ricorrente per aver la commissione ritenuto non corretta la corretta risposta data ad un quesito che, ammettendo più risposte corrette ed essendo per l'effetto ambiguo, va “neutralizzato” negli effetti secondo l'insegnamento giurisprudenziale in materia). Ma francamente non riteniamo sia questo il caso.

5.5. I motivi di cui al presente ricorso, identici a quelli del ricorso originario notificato in data 11.9.2026 e depositato il 23.9.2026, valgono qui sia come motivi di autonoma illegittimità degli ulteriori atti impugnati, sia a sostegno di un ulteriore mezzo, da intendersi preposto agli altri, di “**illegittimità derivata**” dall’illegittimità dedotta in ricorso originario della graduatoria pubblicata il 6.8.2026 e del coevo decreto ministeriale di approvazione (e degli altri atti gravati).

5.6. Tutto ciò premesso, gli atti in proemio indicati, tutti (da quelli già impugnati col ricorso originario a quelli gravati col presente atto) vengono in questa sede impugnati in quanto illegittimi e gravemente pregiudizievoli per i seguenti

Motivi

I. 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

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"). Tale determinazione è scientificamente errata.

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, sulle quali, soggiungiamo, nessun candidato era tenuto a prepararsi.

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 individuare la condizione che presenta la maggiore coerenza con l'insieme dei reperti descritti, di identificare cioè la diagnosi che presenta il **maggiore grado di coerenza complessiva** con l'insieme dei reperti clinici forniti, sapendo in partenza che più diagnosi possono essere meramente compatibili con alcuni di essi senza per questo assumere pari valore diagnostico;

I.2.2. La risposta «C – Epiglottite» indicata dalla ricorrente è quella con il “maggiore grado di coerenza complessiva”; la risposta «A – Ascesso retrofaringeo» non è neppure paragonabile per grado di coerenza, in quanto contraddetta dai due elementi clinici più dirimenti, l'iperestensione del collo e lo stridore.

I.3. Si richiamano per completezza le considerazioni prima esposte in ordine al fatto che anche semplicemente il riconoscimento della bontà di una sola delle due risposte date dalla ricorrente e di cui si è detto determinerebbe per la dott.ssa Ferrari l'effetto utile di collocarsi in graduatoria in posizione idonea per accedere alla scuola di specializzazione in oftalmologia (cfr. §§ 1.6 e 4.2)

II. 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*

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 patognomonicamente 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 accredito 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 nel valutare la validità o meno della soluzione data al quesito, 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 e a non considerare in parte qua nessun punteggio per nessun candidato [né positivo +1,00 per il caso di risposta ritenuta corretta; né negativo – 0,25 per il caso di risposta ritenuta sbagliata]), in quanto il quesito è stato sottoposto a tutti i candidati e un suo annullamento per “cattiva formulazione” non potrebbe che inscindibilmente prodursi per tutti, con conseguente neutralizzazione in parte qua [0 punti] delle risposte date al quesito 102 (così da neutralizzare l'incidenza negativa solta dal quesito 102 nella valutazione complessiva di tutti i candidati) e conseguente riformulazione totale della graduatoria.

Ricordiamo a noi stessi alcuni approdi giurisprudenziali:

- (c) 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);
- (d) *“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. Tale esito non è tuttavia l'unico possibile. In via tecnicamente subordinata è predicabile – e richiedibile in questa sede - anche un altro effetto: l'azzeramento del quesito 102 quantomeno per la sola ricorrente.

Se non andiamo errati, in tal senso va la decisione così motivata: *“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 anche in quest'ultima prospettiva 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 (cancellazione che si aggiungerebbe

alla corretta valutazione [1,00 punto in luogo della comminata penalità di 0,25] riferita al quesito 34).

* * *

Istanza istruttoria

La dott.ssa Elisa Ferrari, come già nel ricorso originario 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

Qualora codesto Tribunale non ritenga sufficiente la notifica già eseguita all'indirizzo pec di due controinteressati 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 di poter provvedere alla notifica per pubblici proclami ex art. 41 c.p.a.

* * *

Istanza cautelare

Il Bando SSM 2026 (D.D. n. 77 del 21.5.2026) dettava in seguenti termini:

- Iscrizione al concorso: dal 28 maggio al 10 giugno 2026
- Prova nazionale: 21 luglio 2026
- Scelta delle sedi e tipologie di scuole: dal 16 al 22 settembre 2026
- Inizio attività didattiche / Presa di servizio: 2 novembre 2026 [[1](#), [2](#), [3](#)]

È evidente, in questa situazione, la necessità di chiedere al Tribunale di concedere un provvedimento cautelare urgente, da assumere in tempo utile a consentire alla ricorrente una fattiva partecipazione alla (sola) Scuola di specializzazione cui aspira: Oftalmologia.

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 prescelta (Oftalmologia), 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

- a. **In via cautelare:** sospendersi nella parte lesiva l'efficacia dell'impugnata graduatoria con le assegnazioni pubblicata il 24.9.2026 e meglio indicata in epigrafe, nonché della graduatoria nazionale di merito nominativa approvata con decreto del Segretariato generale del Ministero dell'Università e della Ricerca n. 127/2026 e degli altri atti impugnati, e comunque concedersi la misura cautelare idonea ad assicurare interinalmente gli effetti della decisione di merito;
- b. **In via principale:** *i/* annullare *in parte qua* tutti gli atti impugnati e più specificamente annullare gli atti impugnati e tra essi le graduatorie meglio

indicati nell'epigrafe del presente atto nella parte in cui si è attribuito alla ricorrente un punteggio complessivo inferiore a quello spettante secondo quanto indicato nella presente azione impugnatoria, essendo state erroneamente ritenute non corrette le risposte date dalla ricorrente ai quesiti n. 34 e n. 102 ed essendo conseguentemente non corretti i punteggi parziali al riguardo assegnati alla ricorrente e per l'effetto **ii/** condannare l'Amministrazione resistente a rideterminare il punteggio della ricorrente in punti **100,75** e a rielaborare e riformulare conseguentemente le graduatorie contestate, nonché ad adottare gli atti connessi con l'ammissione della ricorrente alla Scuola di Specializzazione prescelta eventualmente anche in soprannumero, ovvero, in via gradata, con l'ammissione della ricorrente alla partecipazione nella scelta della scuola e della sede da frequentare secondo l'ordine di scelta spettante in forza del punteggio rideterminato;

- c. In via subordinata : i/** annullare *in parte qua* tutti gli atti impugnati e più specificamente annullare gli atti impugnati e tra essi le graduatorie meglio indicati nell'epigrafe del presente atto nella parte in cui si è attribuito alla ricorrente un punteggio complessivo inferiore a quello spettante secondo quanto indicato nella presente azione impugnatoria, essendo stata erroneamente ritenuta non corretta la risposta data dalla ricorrente al quesito n. 34 ed essendo stata illegittimamente penalizzata con - 0,25 punti la risposta data dalla ricorrente al quesito n. 102 da annullarsi e da neutralizzarsi per la dedotta ambiguità e/o pluralità di risposte oggettivamente esatte ed essendo conseguentemente non corretti i punteggi parziali al riguardo assegnati alla ricorrente e per l'effetto **ii/** condannare l'Amministrazione resistente a rideterminare il punteggio della ricorrente in punti **99,75** e a rielaborare e riformulare conseguentemente le graduatorie contestate, nonché ad adottare gli atti connessi con l'ammissione della ricorrente alla Scuola di Specializzazione prescelta eventualmente anche in soprannumero, ovvero, in via gradata, con l'ammissione della ricorrente alla

partecipazione nella scelta della scuola e della sede da frequentare secondo l'ordine di scelta spettantele in forza del punteggio rideterminato;

d. In via ulteriormente subordinata : *i/* annullare *in parte qua* tutti gli atti impugnati e più specificamente annullare gli atti impugnati e tra essi le graduatorie meglio indicati nell'epigrafe del presente atto nella parte in cui si è attribuito alla ricorrente un punteggio complessivo inferiore a quello spettantele secondo quanto indicato nella presente azione impugnatoria, essendo stata erroneamente ritenuta non corretta la risposta data dalla ricorrente al quesito n. 34 ed essendo stata illegittimamente penalizzata con - 0,25 punti la risposta data dalla ricorrente al quesito n. 102 da annullarsi e da neutralizzarsi per tutti i candidati per la dedotta ambiguità e/o pluralità di risposte oggettivamente esatte ed essendo conseguentemente non corretti i punteggi parziali al riguardo assegnati alla ricorrente e agli altri candidati e per l'effetto *ii/* condannare l'Amministrazione resistente a rideterminare, oltre ai punteggi degli altri candidati, il punteggio della ricorrente in punti **99,75** e a rielaborare e riformulare conseguentemente le graduatorie contestate, nonché ad adottare gli atti connessi con l'ammissione della ricorrente alla Scuola di Specializzazione prescelta eventualmente anche in soprannumero, ovvero, in via gradata, con l'ammissione della ricorrente alla partecipazione nella scelta della scuola e della sede da frequentare secondo l'ordine di scelta spettantele in forza del punteggio rideterminato;

e. In via di estremo subordine : *i/* annullare *in parte qua* tutti gli atti impugnati e più specificamente annullare gli atti impugnati e tra essi le graduatorie meglio indicati nell'epigrafe del presente atto nella parte in cui si è attribuito alla ricorrente un punteggio complessivo inferiore a quello spettantele secondo quanto indicato nella presente azione impugnatoria, essendo stata erroneamente ritenuta non corretta la risposta data dalla ricorrente al quesito n. 34 e per l'effetto *ii/* condannare l'Amministrazione resistente a rideterminare il punteggio della ricorrente in punti **99,50** e a rielaborare e

reformulare conseguentemente le graduatorie contestate, nonché ad adottare gli atti connessi con l'ammissione della ricorrente alla Scuola di Specializzazione prescelta eventualmente anche in soprannumero, ovvero, in via graduata, con l'ammissione della ricorrente alla partecipazione nella scelta della scuola e della sede da frequentare secondo l'ordine di scelta spettantele in forza del punteggio rideterminato;

f. **In ogni caso:** condannare l'Amministrazione alle spese di lite.

g. **In via istruttoria:**

(e) 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;

(f) 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.

(g) 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 per motivi aggiunti, a valere occorrendo anche come ricorso autonomo, ha valore indeterminato e che pertanto il contributo unificato ammonta a euro 650.

* * *

San Fior, 1° ottobre 2026

avv. Emilio Caucci

**CAUCCI
EMILIO**

Firmato digitalmente
da CAUCCI EMILIO
Data: 2026.10.01
15:20:30 +02'00'