

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL LAZIO

- Roma -

Nel giudizio n. 9925/2026 r.g.

Nel giudizio proposto con ricorso e successivi motivi aggiunti (a valere anche come ricorso autonomo) a r.g. n. 9925/2026 da:

ELISA FERRARI (C.F. FRRLSE01E58L483F), con l'avv. Emilio Caucci

contro

MINISTERO dell'UNIVERSITÀ e della RICERCA (C.F. 96446770586), con l'Avvocatura Generale dello Stato

nei confronti di

Dott. LUIGI FRANCIOSA (C.F. FRNLGU99P10I158H), non costituito

Dott. MARICA PESCARILLA (C.F. PSCMRC01B45G596G), non costituito

Il patrocinio della ricorrente Elisa Ferrari, letta la nota depositata “*Ad integrazione delle relazioni già depositate per contenziosi analoghi sulle medesime censure*” dal Ministero dell'Università e della Ricerca – Segretariato Generale – Direzione generale per le specializzazioni sanitarie, i dottorati di ricerca e altra formazione universitari – Ufficio II, datata 6.10.2026, dimette la seguente

MEMORIA

per l'udienza in Camera di consiglio

del 21.10.2026

1. Oggetto della presente memoria

1.1. Il Ministero (d'ora innanzi, MUR) ha predisposto una nota difensiva che, oltre a “*riportarsi a quanto già dedotto in giudizio per analoghi contenziosi*” e quindi a difese ignote e impossibili qui da confutare, in massima parte si riferisce alla risposta al quesito 34, contestata in molti altri ricorsi.

Il MUR dedica invece ben poco spazio alla risposta al quesito 102: in questo caso, si limita a ricordare che nella riunione del 24.7.2026 la Commissione ha stabilito apoditticamente che la risposta giusta era la “A” mentre la “C” era solo un distrattore.

1.2. Poiché l’impugnazione ha espressamente a oggetto anche tutti i verbali della Commissione che hanno formato o validato la correzione delle risposte ai quesiti 34 e 102, questo richiamo del MUR al verbale (verbale impugnato) non richiede ulteriori motivi aggiunti.

Basterà una breve replica, con richiamo a documenti già in atti accompagnato per l’occasione dal relativo più preciso riferimento bibliografico (*infra*, § 5) onde facilitare ogni riscontro istruttorio.

2. Sulla verifica della commissione nazionale in merito alle contestazioni relative al quesito n. 34 del compito master (codice domanda: ssm20261114)

2.1. La nota ministeriale fonda la difesa della chiave di risposta su tre elementi: (i) il riesame della Commissione nazionale in data 24.7.2026 e la conferma unanime delle chiavi; (ii) una particolare lettura della domanda, secondo cui la necessità di profilassi sarebbe stata già «presupposta» nel quesito, e la tesi per cui monitoraggio e rivalutazione del rischio sarebbero essi stessi «profilassi»; (iii) la percentuale di candidati che ha scelto la risposta ufficiale.

2.2. Nessuno di questi elementi affronta il punto tecnico-scientifico.

2.2.1. Non ha alcuna rilevanza che la Commissione abbia “unanimemente” confermato che la risposta corretta fosse la “A” e ancora meno rilevante, se non controproducente, è ricordare che tale risposta è stata maggioritaria fra i candidati. Il dato per cui il 63% dei candidati ha scelto la risposta A e circa il 7% la risposta C descrive la distribuzione delle risposte, non la loro correttezza scientifica. La scienza non è democratica. La correttezza di una risposta a un quesito che rinvia «alle linee guida» si verifica confrontandola con le linee guida, non con il comportamento della maggioranza dei candidati (v. *infra*).

2.2.2. Fa semmai specie che, nel merito, né la nota ministeriale, né il verbale del 24.7.2026 della Commissione siano stati capaci di indicare una sola fonte scientifica a sostegno delle chiavi ministeriali, o men che meno qualcosa che fosse capace di confutare la ragguardevole raccolta di fonti illustrate e documentate dalla ricorrente, tutte convergenti per l'assenza di profilassi farmacologica, sia in gravidanza sia dopo il parto (risposta "C").

Non vengono citate neanche le linee guida Siset/SIGO del 2008, che sostenevano appunto la risposta "A" ma sono state nel frattempo (e da 18 anni!) superate dalle successive raccomandazioni nazionali (SIGO 2018 - doc. 7 - espressamente sostitutive delle precedenti) e da tutte le linee guida internazionali successive.

2.2.3. La replica ministeriale è affidata, totalmente, a una capziosa esegesi del quesito: *"la domanda – si legge nel verbale richiamato dal MUR - chiaramente indica il fatto che nel caso in questione si fosse già addivenuti alla necessità della somministrazione e la domanda verteva quindi sul tipo di somministrazione e non sulla eventualità della stessa"*.

Insomma: candidati dovevano intuire che una profilassi fosse necessaria già dal testo del quesito, che riportiamo: *«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?»*.

2.2.4. La tesi ministeriale va contro l'evidenza.

Il quesito 34 chiedeva quale «profilassi antitromboembolica» suggerire.

«Nessuna profilassi» non può che significare «nessuna profilassi antitromboembolica». È l'unico significato semanticamente coerente con la domanda e con le altre opzioni, tutte risposte a quella domanda.

Ancora. Il quesito chiedeva quale profilassi antitromboembolica fosse necessaria "secondo le linee guida": e **nessuna linea guida vigente sostiene la risposta "A"**.

In altri termini, il parametro di correttezza della risposta è indicato dal quesito stesso, nel senso che la risposta esatta è quella conforme alle linee guida vigenti alla data della prova. Il MUR e la Commissione, come detto, non sono stati capaci di indicare un solo caso di “linee guida” orientanti verso la risposta “A”: e non ci pare un caso, visto che tutte le “linee guida” oggi vanno nel senso della risposta “C” (v. tabella seguente).

Linea guida	Indicazione per il profilo del quesito
ESC 2025 [2] (doc. 4)	Nessuna profilassi
ASH 2018 [1] (doc. 5)	Nessuna profilassi
ACOG 2018 [3a]	Nessuna profilassi
RCOG 37a [4] (doc. 6)	Nessuna profilassi
SIGO 2018 [5] (doc. 7)	Nessuna profilassi

Addirittura, ASH 2018 [1] (doc. 5) sconsiglia la profilassi postpartum nell’eterozigote FVL **anche in presenza di familiarità** per VTE, cioè in un profilo di rischio più elevato di quello descritto nel quesito.

2.2.4. La necessità di profilassi non è affatto una premessa insita nel testo del quesito. Vale l’opposto, per tre ragioni.

- Chiedere «che tipo di profilassi va suggerita secondo le linee guida» equivale a chiedere quale sia la condotta raccomandata. Anche nelle linee guida sopra richiamate la domanda viene posta negli stessi termini (“quale profilassi?”), anche nella stessa forma delle opzioni proposte dal quesito 34: ESC 2025 (Tabella 13) indica, per la FVL eterozigote, profilassi antepartum «no» e postpartum «no». È la stessa struttura della risposta “C” al quesito 34.
- Il quesito non dice da nessuna parte che sia stata già posta un’indicazione al trattamento. Al contrario, **il testo descrive un profilo in cui la profilassi non è indicata**: la vignetta precisa «senza alcun fattore di rischio» e

«riscontro occasionale», cioè proprio i dati che, secondo tutte le linee guida, escludono la profilassi farmacologica.

- **L’opzione “C” fa parte delle risposte.** Se la necessità della profilassi fosse stata una premessa, l’opzione «Nessuna profilassi» sarebbe stata una risposta logicamente impossibile, non un distrattore. Inserendola, chi ha formulato il quesito ha chiesto al candidato di valutare anzitutto *se* la profilassi fosse indicata.

La ricorrente ha quindi risposto proprio al quesito somministrato. È la lettura ministeriale ad aggiungere al testo una premessa che non contiene.

2.2.5. Monitoraggio e rivalutazione del rischio non sono «profilassi».

Secondo il verbale richiamato dal MUR, inoltre, «nessuna linea guida considera la possibilità di “nessuna profilassi”», perché in tutte sarebbero previsti monitoraggio e rivalutazione del rischio, che sarebbero «di per sé strategie di profilassi». Inoltre, l’opzione C reciterebbe «nessuna profilassi» e non «nessuna profilassi antitromboembolica».

Entrambe le affermazioni sono smentite dalle linee guida stesse.

- **Le linee guida contrappongono la sorveglianza alla profilassi.** Sono cioè due cose diverse. ACOG (Practice Bulletin n. 197) raccomanda, per la trombofilia a basso rischio senza precedente VTE, «surveillance **without** anticoagulation therapy», sia antepartum sia postpartum. ESC 2025 indica «no» alla tromboprofilassi. Per le fonti, la sorveglianza è l’alternativa alla profilassi, non una sua forma.
- **L’argomento della Commissione prova troppo:** la mera valutazione del rischio tromboembolico è raccomandata per tutte le donne in gravidanza e puerperio (RCOG 37a, SIGO 2018), sicché se davvero equivalesse a «profilassi» la risposta «nessuna profilassi» non sarebbe stata un distrattore ma un caso improponibile. La conclusione è evidentemente insostenibile: la sorveglianza è la condotta raccomandata quando la profilassi *non* è indicata, ed è esattamente ciò che l’opzione “C” esprime.

- **Monitoraggio e rivalutazione non sono nemmeno tra le opzioni.** Anche ad accogliere la lettura della Commissione, la risposta ministeriale A (EBPM dopo il parto) non coincide affatto con «monitoraggio e rivalutazione del rischio». La tesi del verbale, quindi, non offre alcun sostegno alla risposta A: anche nella lettura della Commissione, l'EBPM postpartum resta una prescrizione che nessuna linea guida prevede per il profilo descritto.

3. Sulla verifica della commissione nazionale in merito alle contestazioni relative al quesito n. 102 del compito master (codice domanda: ssm20261182)

3.1. Sul quesito 102, la nota ministeriale elude la specifica censura proposta dal ricorso e dai motivi aggiunti.

Il MUR si limita qui a riportare un unico, autoreferenziale passo del verbale della Commissione: *“Risulta infatti dal verbale della riunione del 24 luglio 2026, come anche su questo quesito la Commissione nazionale abbia confermato in toto la correttezza della formulazione: Di seguito quanto testualmente riportato dal verbale: “In ordine al quesito n. 102: la maggioranza delle osservazioni verte sul fatto che una delle risposte sbagliate, "epiglottide", fosse in realtà congrua con il quadro descritto nello scenario; si rileva come tale risposta rappresenti un distrattore e che la domanda chiaramente facesse riferimento alla più probabile ipotesi diagnostica, e non vi è dubbio alcuno che la più probabile fosse quella della risposta esatta: "ascesso retrofaringeo"”.*

3.2. “Non vi è dubbio alcuno”.

Altro non leggiamo, sicché non sapremo mai su cosa si fondi questa sicumera.

Qualificare un'opzione come «distrattore», infatti, non è una controdeduzione: è la conclusione da dimostrare.

Lo stesso dato del 61% di risposte “A”, per le ragioni già esposte, non sostituisce il necessario confronto con le fonti.

3.3. Già solo queste prime constatazioni permettono di concludere che

a) mentre all'altezza del quesito 34 il MUR si è speso quantomeno in una ardita tesi esegetica, nel caso del quesito 102 non ha fatto neppure quello: manca finanche la presa di coscienza degli elementi documentati e dedotti dalla ricorrente, tutti tali da orientare decisamente verso un'unica risposta esatta, la "C". In questa sede, significa che manca qualsiasi sostegno alla tesi ministeriale. Scientifico o esegetico che sia.

b) il verbale della Commissione, cui integralmente si rifà il MUR e che esaurisce il momento di verifica delle obiezioni dei candidati, risulta definitivamente privo di qualsivoglia indicazione circa il reperto della vignetta che avrebbe dovuto orientare i candidati verso la risposta "A". A tutt'oggi il MUR non spiega perché mai l'iperestensione del collo e lo stridore, i soli reperti veramente scriminanti fra quelli descritti in quesito, entrambi classicamente descritti nell'epiglottite, dovrebbero far propendere *probabilisticamente* per l'ascesso.

3.4. Nulla hanno detto il MUR e la Commissione, per esempio, sul fatto che la vignetta non descrive un collo che non si estende, ma un collo che sta **in iperestensione**: eppure, questo era il reperto che, secondo le fonti, più di tutti distingue per frequenza l'epiglottite dall'ascesso retrofaringeo, e che va nella direzione dell'epiglottite (senza essere compensato dal fattore «Rigidità», riportato in quesito 102 per qualificare l'atteggiamento in iperestensione - «atteggiamento tendenziale in iperestensione del collo con rigidità» - ossia sempre e solo quel collo mantenuto rigidamente in estensione tipico dell'epiglottite).

3.4.1. Nell'epiglottite, il bambino assume spontaneamente la posizione a tripode, con collo esteso o iperesteso, mandibola proiettata in avanti e bocca aperta, per mantenere pervia la via aerea (Manuale MSD [6] - doc. 9; RCH Melbourne [4] [5] - doc. 13). Queensland Health descrive, nell'epiglottite, «hyperextension of neck, may not move neck»: iperestensione mantenuta e assenza di movimento del collo, cioè esattamente un collo «in iperestensione con rigidità» ([9] – doc. 13).

Nell'ascesso retrofaringeo il quadro è opposto. Il reperto caratteristico è la **limitazione o il rifiuto dell'estensione**, con tendenza a mantenere il collo in

flessione e torcicollo (StatPearls [7] - doc. 11; RCH Melbourne [5] – doc. 13). Nella casistica pediatrica di Craig e Schunk la limitazione dell'estensione era presente nel 45% dei bambini e il torcicollo nel 36,5% [8] (doc. 14). StatPearls [7] (doc. 11) contrappone espressamente le due condizioni: preferenza per la flessione nell'ascesso retrofaringeo, preferenza per l'estensione nell'epiglottite.

3.5. E nulla hanno detto il MUR o la Commissione rispetto allo stridore, altro fattore tipico dell'epiglottite, raro nell'ascesso retrofaringeo ([4] [5] [6] – doc. 6, 7, 9: nella serie di Craig e Schunk lo stridore o il distress respiratorio erano il motivo di accesso solo nel 5% dei casi, e lo stridore è stato rilevato all'esame obiettivo in un solo paziente su 64 ossia nel 1,5% dei casi [8] – doc. 14; gli Autori concludono che i bambini con ascesso retrofaringeo presentano tipicamente limitazione dei movimenti del collo, soprattutto in estensione, e raramente distress respiratorio o stridore).

E anche questo è decisivo, in un quesito posto in termini di “probabilità diagnostica”.

3.6. Non ci resta che ribadire, allora, che *non solo* la risposta delle fonti converge sulla maggiore probabilità, dunque esclusiva correttezza, della risposta “C” (Epiglottite), ma *anche* che tale è la sola risposta ottenibile interrogando l'AI specializzata sullo stesso, testuale quesito 102. Dato, quest'ultimo, incontrovertibile.

3.7. A dirla tutta, mancano nel quesito 102 proprio i principali reperti specificamente orientativi dell'ascesso retrofaringeo.

In altre parole, la vignetta non riporta quelli che sono i principali segni che le fonti indicano come caratteristici e orientativi dell'ascesso retrofaringeo: dolore cervicale, torcicollo, limitazione dell'estensione, tumefazione o dolorabilità laterocervicale, pienezza o bombatura della parete faringea posteriore ([4] [5] [7] [8] ossia doc. 6, 13, 11, 14).

4. Sui limiti del sindacato giurisdizionale

4.1. L'enfasi ministeriale sulla unanimità raggiunta dai componenti della Commissione e sulla loro preparazione scientifica, ovviamente, ha un unico scopo: predisporre il Giudice a dichiarare l'inammissibilità del ricorso dinanzi al consueto *moloch* della discrezionalità tecnico-scientifica.

L'idea di fondo è abbastanza banale: siccome è arduo per un Giudice rintracciare e riconoscere una "illogicità", per giunta manifesta, in un giudizio valutativo vertente su temi scientifici, la giurisdizione deve arretrare e con essa i diritti e la carriera stessa delle persone. I candidati delusi si possono presentare al concorso successivo, fra un anno. E grazie tante.

Di questo passo, tanto vale dire subito che gli esiti di questi concorsi non sono mai impugnabili.

4.2. Chi scrive non può accettare questa idea, che nega giustizia.

Proseguendo perciò in replica, si deve sottolineare che non supportano l'eccezione di "insindacabilità" le due sentenze gemelle del Consiglio di Stato richiamate dalla nota del MUR (Cons. Stato, Sez. VI, n. 8187/2020 e n. 8212/2020), in quanto sentenze non pertinenti.

Entrambe riguardano lo stesso concorso e ivi lo stesso quesito (il n. 87): solo che non era impugnata una validazione di risposta errata, bensì la decisione della Commissione di annullare il quesito in quanto riconosciuto dubbio e di assegnare 1 punto a tutti i candidati, laddove il ricorrente riteneva di avere dato la "vera" risposta giusta e contestava proprio e solo questo trattamento uguale e lineare per tutti.

4.3. È il caso di ripetere ancora una volta che in questa sede non è in discussione la discrezionalità tecnica nella formulazione dei quesiti, come lo era invece nei precedenti richiamati dal MUR o in altre sentenze (ad es. Cons. Stato, Sez. VI, 29.3.2022, n. 2302). Si discute *solo* della risposta, una sola di cinque, che doveva essere riconosciuta corretta.

Se una risposta "ufficiale" è scientificamente sbagliata, è sbagliata.

Sbagliato e illegittimo tutto ciò che ne deriva; e non è quindi giustificabile né accettabile un approccio deresponsabilizzante che riconosca alla Commissione una sorta di insindacabile *discrezionalità di decidere quale sia la risposta esatta ad un quiz formulato* secondo proprie “visioni” culturali, scientifiche e professionali.

Si insiste quindi per la concessione delle misure cautelari descritte.

* * *

5. Riferimenti bibliografici

- [1] Bates SM, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317–3359. Recommendations 22–23. DOI: 10.1182/bloodadvances.2018024802.
- [2] 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025;46(43):4462–4568. Sez. 11.3.1, Table 13. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf193.
- [3] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. Sez. 4.3, Appendici III–IV.
- [3a] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 197: Inherited Thrombophilias in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;132(1):e18–e34.
- [3b] Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO). Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio. 2018.
- [4] Royal Children’s Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline: Acute upper airway obstruction.
- [5] Royal Children’s Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline: Sore throat.
- [6] Manuale MSD, Professional Edition. Epiglottite.

[7] Jain H, Hohman MH, Sinha V. Retropharyngeal Abscess. StatPearls. NCBI Bookshelf.

[8] Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. Pediatrics. 2003;111(6 Pt 1):1394–1398. DOI: 10.1542/peds.111.6.1394.

[9] Queensland Health. Children's Health Queensland – Epiglottitis.

* * *

San Fior, 15 ottobre 2026

avv. Emilio Caucci

CAUCCI
EMILIO



Firmato digitalmente
da CAUCCI EMILIO
Data: 2026.10.15
16:40:38 +02'00'