



Firmato digitalmente da:

Paolo Soattini

AVVOCATO

Firmato il 01/10/2026 18:28

Seriale Certificato: 1573585960766618993

Valido dal 19/11/2025 al 18/11/2028

UANATACA Qualified eIDAS CA 2820

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL LAZIO

SEZIONE TERZA

R.G. N. 9503/2026

RICORSO PER MOTIVI AGGIUNTI

CON CONTESTUALE ISTANZA DI FISSAZIONE DI UDIENZA

E DI CONCESSIONE DI MISURE CAUTELARI

Nell'interesse di

FRANCESCA PONTE, (C.F. PNTFNC01R44L682P), residente in Varese, via Lanfranco Ligurno n. 9, rappresentata e difesa dagli avv.ti Andrea Macchi e Paolo Soattini, come da procura già in atti, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. Andrea Macchi in Varese, via Cavour n. 39, con domicili digitali risultanti dai Registri di Giustizia,

-ricorrente-

CONTRO

MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA, (C.F. 96446770586), in persona del Ministro pro tempore, con sede in Roma, Largo Antonio Ruberti n. 1, rappresentato e difeso ex lege dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso i cui uffici è domiciliato in Roma, via dei Portoghesi n. 12, pec ags.rm@mailcert.avvocaturastato.it estratta da IPA e REGINDE

-resistente-

E NEI CONFRONTI DI

EMMA IACOPELLI (CF. CPLMME00R53G702D) residente in via del Laucci n 92 in Lucca, candidata collocata alla posizione n. 420 della graduatoria, con punti 116,00, di cui punti 112,50 per la prova e punti 3,50 per i titoli, quale soggetto direttamente inciso dalla posizione n. 420 rivendicata dalla ricorrente, pec emma.iacopelli@pecimprese.it;

-controinteressata-

E NEI CONFRONTI DI

MARCELLO MENDICELLI (CF MNDMCL01C13D086E), residente in via Cona n. 27, in frazione CASOLE BRUZIO, nel comune CASALI DEL MANCO (CS), in qualità di candidato collocatosi in posizione 426 nella graduatoria, pec marcello.mendicelli@omceoromapec.it estratta da INI PEC;

-controinteressato-

**PER L'ANNULLAMENTO, PREVIA CONCESSIONE DELLE MISURE
CAUTELARI**

- del provvedimento di assegnazione pubblicato nell'area riservata della procedura SSM 2025/2026 in data 24 settembre 2026 (doc 1), nella parte in cui:
- assegna la ricorrente, collocata alla posizione n. 646 con punti 113,5, alla Scuola di Dermatologia e Venereologia della Politecnica delle Marche, corrispondente alla sua 23^a preferenza;
- consolida gli effetti della graduatoria e dell'assegnazione formate sulla base del punteggio contestato;
- non considera l'incidenza sulla posizione della ricorrente dell'attribuzione del punteggio spettante per le risposte rese ai quesiti n. 34 e n. 126 della prova generale, corrispondenti rispettivamente ai quesiti n. 76 e n. 120 del test individuale;
- non riedita, nei confronti della ricorrente, la fase di assegnazione e immatricolazione sulla base del punteggio e della posizione conseguenti alla neutralizzazione dei quesiti o al riconoscimento della correttezza delle risposte selezionate;
- nonché, per quanto occorra, degli atti di assegnazione e immatricolazione direttamente incompatibili con la rideterminazione della posizione della ricorrente; e di ogni altro atto presupposto, connesso o consequenziale conosciuto.

FATTO

Il presente ricorso per i motivi aggiunti viene predisposto per l'impugnazione del provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 (doc 1) che è l'atto consequenziale assunto sulla base della graduatoria e degli atti di correzione già impugnati nel ricorso introduttivo (docc 4, 5, 6, 2 ricorso principale RGN 9503/2026).

Orbene, per i fatti rilevanti in questa sede si illustra che la dott.ssa Francesca Ponte ha conseguito in data 8 giugno 2026 il titolo di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia in lingua inglese con votazione 110/110 lode e con menzione (doc 1 bis).

A seguito del conseguimento della laurea la ricorrente seguiva l'iter indicato con bando ministeriale per sostenere la prova di ammissione alle scuole di specializzazione di area sanitaria ad accesso riservato ai medici per a.a 2025/2026 di cui al bando adottato e pubblicato dal MIUR in data 21 maggio 2026 (doc 2).

Il bando di ammissione stabilisce che la prova è informatica e nazionale e consiste nella soluzione di 140 quesiti a risposta multipla, ciascuno con cinque possibili risposte.

L'art. 6, comma 2, (pag 21 doc 2) del bando precisa che i quesiti vertono su argomenti caratterizzanti il corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia e su argomenti collegati ai settori scientifico-disciplinari delle diverse tipologie di scuola, nell'ambito di scenari mono o interdisciplinari con dati clinici, diagnostici, analitici, terapeutici ed epidemiologici.

L'art. 7 del bando stabilisce (pagg 21, 22, doc 2):

- 1 punto per ogni risposta corretta;
- 0 punti per ogni risposta non data;
- -0,25 punti per ogni risposta errata.

L'art. 9, comma 2 (pag 24 doc 2), disciplina i criteri di precedenza in caso di parità di punteggio, prevedendo il maggior punteggio nella prova, quindi la minore età anagrafica e, ove necessario, la media degli esami e il voto di laurea.

L'art. 9, comma 4 (pag 24 doc 2), prevede che l'assegnazione segua la posizione in graduatoria e l'ordine delle preferenze "tipologia-sede" espresse dal candidato, divenute irrevocabili alla chiusura della fase di scelta.

Il medesimo articolo stabilisce, per la fase ordinaria:

- pubblicazione delle assegnazioni il 24 settembre 2026;
- immatricolazione dal 24 settembre al 2 ottobre 2026, ore 12.00;
- comunicazione al CINECA degli esiti delle immatricolazioni entro il 5 ottobre 2026;
- pubblicazione degli esiti delle immatricolazioni il **6 ottobre 2026**.

L'art. 10, comma 5 (pag 29 doc 2), del bando indica inoltre l'avvio della sessione straordinaria di recupero dei posti dal 7 ottobre 2026, con una fase di scelta dei posti in riassegnazione e successiva pubblicazione degli esiti.

Tale scansione temporale è rilevante ai fini cautelari, **poiché l'udienza collegiale è fissata proprio per il 7 ottobre 2026, quando la fase ordinaria di assegnazione e immatricolazione sarà prossima alla conclusione e la sessione straordinaria sarà destinata ad avviarsi.**

Dalla schermata relativa ai punteggi discendenti dall'applicazione dei criteri del bando (doc 3), il punteggio attribuito alla ricorrente è il seguente:

media esami: 27,7, con 1 punto;

- voto di laurea: 110 e lode, con 2 punti;
- tesi sperimentale: 0,5 punti;
- titoli complessivi: 3,5 punti;
- punteggio della prova: 110 punti;
- punteggio complessivo: 113,5 punti.

Dai risultati del test sostenuto dalla Ponte il risultato è il seguente (doc 3 bis):

- 115 risposte corrette;
- 5 risposte non date;
- 20 risposte errate;
- punteggio della prova: 110 punti.

Tra le risposte penalizzate figurano:

- il quesito n. 120 del test individuale (doc. 6 pag. 35), corrispondente al quesito n. 126 della prova generale (pag. 38, doc. 5), per il quale la ricorrente ha selezionato “Aggiungere un inibitore SGLT-2 o un GLP-1 agonista” ed è stata attribuita la penalità di -0,25.
- il quesito n. 76 del test individuale (doc. 6 pag. 23), corrispondente al quesito n. 34 della prova generale (pag. 9 doc. 5), per il quale la ricorrente ha selezionato l'opzione “Nessuna profilassi” ed è stata attribuita la penalità di -0,25;

Il riconoscimento della correttezza di ciascuna risposta **comporterebbe l'attribuzione di 1 punto, e il recupero della penalità di 0,25 punti, con incremento di 1,25 punti per quesito.**

Il punteggio complessivo diventerebbe quindi:

$$113,5 + (2 \times 1,25) = 116 \text{ punti.}$$

Ora, per effetto del punteggio di 113,5 punti la graduatoria documenta che la ricorrente è così collocata (doc 4):

- alla posizione n. 646;
- con punti 113,5;
- con 110 punti per la prova e 3,5 punti per i titoli.

La graduatoria, poi, documenta che la fascia dei candidati con 116 punti, comprende tra gli altri i seguenti candidati (doc 4):

- Emma Iacopelli, posizione n. 420, punti 116, prova 112,5 e titoli 3,5;
- Marcello Mendicelli, posizione n. 426, punti 116, prova 111,5 e titoli 4,5;
- ulteriori candidati collocati tra le posizioni 419 e 436.

Ora, la ricorrente è nata il 4 ottobre 2001; la candidata Emma Iacopelli è nata il 13 ottobre 2000.

Alla luce della graduatoria integrale e dell'applicazione coordinata dei criteri di cui all'art. 9, comma 2, del bando (doc 2), il riconoscimento delle due risposte comporta il punteggio complessivo di 116 punti e il punteggio della prova di 112,5.

Poiché la ricorrente e la candidata Iacopelli avrebbero il medesimo punteggio complessivo e il medesimo punteggio della prova, **la minore età anagrafica della ricorrente conduce, allo stato degli atti, a individuare la posizione n. 420 quale posizione di riferimento, anziché quale posizione specifica di riferimento, rispetto alla posizione n. 426 indicata nel ricorso introduttivo.**

Tale precisazione, però, non modifica i quesiti contestati, i motivi di illegittimità, il punteggio richiesto o il bene della vita perseguito, **ma definisce con maggiore precisione la prova di resistenza e il perimetro dei soggetti potenzialmente incisi.**

Il presente atto è quindi notificato sia a Emma Iacopelli, attualmente collocata alla posizione n. 420, sia a Marcello Mendicelli, attualmente collocato alla posizione n. 426 e assegnato a Genova, rilevato che peraltro **il TAR potrà ove ritenga disporre di l'integrazione del contraddittorio nei confronti degli ulteriori candidati considerati incisi.**

L'applicazione dei criteri di precedenza dovrà essere effettuata dall'Amministrazione sulla base del punteggio effettivamente rideterminato e dei criteri fissati dal bando.

Ciò premesso il prospetto delle assegnazioni pubblicato il 24 settembre 2026 (doc. 1) documenta che:

- la ricorrente è stata assegnata a Dermatologia e Venereologia presso la Politecnica delle Marche, sua 23^a preferenza;
- Marcello Mendicelli, posizione n. 426, è stato assegnato a Dermatologia e Venereologia presso Genova;
- Genova era indicata dalla ricorrente come sua 9^a preferenza.

Dall'analisi del D.M. n. 1271 del 15 settembre 2026 (doc. 7) risulta, poi, che per Dermatologia e Venereologia vi sono 131 posti finanziati con fondi statali, 17 posti aggiuntivi regionali e 1 posto aggiuntivo finanziato da altro ente, per un totale di 149 posti coperti con fondi statali, regionali e altri enti, oltre ai posti riservati indicati nel decreto.

Ciò premesso, illustrato il posizionamento attuale del ricorrente nell'assegnazione disposta sulla base della collocazione al posto numero 646 in graduatoria, **giova rimarcare come sia illegittima la mancata attribuzione del punteggio per le risposte date ai due quesiti 34 e 126 dalla dott.ssa Ponte.**

In particolare, con riguardo alle risposte fornite dalla candidata Ponte ai due quesiti giova osservare quanto segue:

In primo luogo viene in questione la domanda 126 della prova generale SSM 2026 con codice ssm2026126 (pag 38 doc 5) corrispondente alla domanda n 120 del test sostenuto dalla dott.ssa Ponte (doc 6 pag 35) così formulata:

“Un uomo di 73 anni, diabetico, con cardiopatia ischemica, obeso, con microalbuminuria, presenta scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione. La terapia antidiabetica invariata negli ultimi 12 mesi, prevede metformina 2 g/die e glimepiride 4 mg x 3/die. Al momento i parametri glicometabolici sono instabili con HbA1c compresa tra 8,9 e 9,5%.

Quale delle seguenti opzioni farmacologiche è preferibile per migliorare, oltre al controllo metabolico, il profilo cardiovascolare e renale?

A: Sostituire glimepiride con un inibitore SGLT-2 e/o un GLP-1 agonista

B: Sostituire metformina con un inibitore SGLT-2 o un GLP-1 agonista

C: Aggiungere un inibitore SGLT-2 o un GLP-1 agonista

D: Sostituire glimepiride con linagliptin

E: Sostituire glimepiride con pioglitazone”.

Ora, la risposta che è stata ritenuta corretta in via ufficiale è quella di cui alla lettera A (doc 5 pag. 38) della prova generale, corrispondente alla lettera D nell'ordine delle risposte presente nel test sostenuto dal candidato Ponte (doc 6 pag 35).

La dott.ssa Ponte, al quesito n 120 prospettato nella sua prova ha invece barrato la lettera A coincidente con la risposta “Aggiungere un inibitore SGLT-2 o un GLP-1 agonista” (doc 6 pag 35); ora la risposta fornita dalla Ponte barrando la casella A corrisponde alla risposta indicata con la lettera C nella prova generale del 21 luglio 2026 (lett C Aggiungere un inibitore SGLT-2 o un GLP-1 agonista) (pag 38 doc 5).

Orbene, la risposta data dal candito al quesito n 120 barrando la lettera A (pag 35 doc 6) corrispondente alla risposta di cui alla lettera c del quesito 126 della prova generale (doc 5 pag 38) **in realtà è corretta per le motivazioni di seguito riportate.**

La domanda presenta il caso di un uomo di 73 anni affetto da diabete mellito di tipo 2 fortemente scompensato, con valori di emoglobina glicata (HbA1c) particolarmente elevati, compresi tra l'8,9% e il 9,5%.

Il quadro clinico del paziente è caratterizzato da molteplici e gravi complicanze d'organo: obesità, cardiopatia ischemica, microalbuminuria (segno iniziale di danno renale) e, soprattutto, uno scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione.

La sua terapia antidiabetica attuale, rimasta invariata nell'ultimo anno, si basa sull'associazione di metformina e glimepiride.

Il quesito chiede quale sia la strategia farmacologica preferibile per ottenere non solo un efficace controllo del glucosio nel sangue, ma anche una concreta protezione del profilo cardiovascolare e renale del paziente.

Il Ministero ha indicato come corretta la risposta A, che prevede la sostituzione della glimepiride con un inibitore SGLT-2 e/o un GLP-1 agonista. Tuttavia, **anche la scelta della risposta C, che prevede l'aggiunta di un inibitore SGLT-2 o di un GLP-1 agonista alla terapia preesistente, risulta pienamente fondata e considerata una condotta medica appropriata e validata dagli standard clinici per la gestione del diabete avanzato.**

La validità e la correttezza della risposta C trovano un solido e insostituibile fondamento nelle linee guida ufficiali della Società Europea di Cardiologia (ESC) *“Linee guida per il trattamento delle malattie cardiovascolari nei pazienti diabetici”* (doc. 8 motivi aggiunti) dedicate specificamente al trattamento delle malattie cardiovascolari nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2.

La pertinenza e l'applicabilità di questo testo al caso clinico descritto nel quesito sono assolute: il paziente in esame è un uomo anziano di 73 anni che presenta un quadro di diabete fortemente scompensato associato a gravi complicanze d'organo, tra cui spiccano la cardiopatia ischemica, la microalbuminuria e uno scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione.

Sebbene si tratti di raccomandazioni nate dalla comunità cardiologica europea, esse costituiscono il massimo standard multidisciplinare di riferimento per la gestione dei pazienti diabetici con rischio cardiorenale, offrendo ai medici una precisa gerarchia farmacologica per tutelare la sopravvivenza degli organi bersaglio e stabilizzare il quadro metabolico complessivo.

L'analisi dettagliata degli algoritmi terapeutici e dei paragrafi specialistici delle linee guida ESC dimostra come la scelta di aggiungere un farmaco protettivo alla terapia in atto (Risposta C) sia una condotta clinica del tutto fondata, prudente e validata. Di fronte a un paziente che presenta contemporaneamente diabete e scompenso cardiaco, il protocollo europeo impone come priorità assoluta, con il massimo livello di evidenza scientifica (Classe I, Livello A), l'introduzione tempestiva di un inibitore SGLT-2 al fine di ridurre il rischio di ospedalizzazione e bloccare la progressione del danno renale ed emodinamico.

Un principio cardine espresso formalmente in queste linee guida stabilisce che l'avvio di tali molecole salvavita deve avvenire indipendentemente dai valori basali o target di emoglobina glicata e indipendentemente dalle cure ipoglicemizzanti già in corso, quindi, senza che la terapia ipoglicemizzante preesistente costituisca in alcun modo un vincolo o una precondizione alla loro introduzione.

A supporto del mantenimento della terapia di base e della scelta di procedere per addizione del nuovo farmaco anziché per sostituzione immediata, le linee guida ESC statuiscono un principio logico-clinico di portata generale, evidenziando come l'aggiunta

di una nuova molecola conferisca benefici prognostici. Questa impostazione trova una giustificazione ancor più stringente alla luce della grave instabilità metabolica del paziente della traccia, la cui emoglobina glicata oscilla tra l'8,9% e il 9,5%, testimoniando una severa tossicità glucidica.

Poiché i benefici protettivi cardiovascolari e renali degli SGLT-2 inibitori si manifestano pienamente nel medio e lungo termine e non possiedono un effetto terapeutico d'urto istantaneo nei primi giorni di somministrazione, la sospensione improvvisa di una sulfanilurea ad alto dosaggio come la glimepiride risulterebbe clinicamente pericolosa, in quanto esporrebbe il paziente anziano a un immediato e drastico picco iperglicemico, peggiorando acutamente lo scompenso metabolico prima ancora che la nuova molecola possa esercitare la propria efficacia.

La sicurezza di questa condotta e l'assenza di necessità di un intervento demolitivo sulla terapia preesistente **sono supportate dal paragrafo specialistico 5.3.3.2 delle medesime linee guida ESC, interamente dedicato alle sulfaniluree.**

Il testo ufficiale documenta che la glimepiride gode di un profilo di sicurezza cardiovascolare rigorosamente validato da studi clinici, come il celebre studio CAROLINA, e confermato dalle ampie analisi contemporanee dei dati del mondo reale, le quali certificano **l'assoluta assenza di segnali preoccupanti di rischio o di tossicità acuta per il cuore. Dal momento che la letteratura scientifica europea stabilisce l'obbligo clinico di inserire la protezione cardiorenale in virtù del mero riscontro del danno d'organo, ma al contempo certifica la sicurezza della glimepiride e ne esclude una rimozione prioritaria, la scelta della risposta C riflette una decisione medica del tutto appropriata, che persegue la massima tutela prognostica nel rispetto della prudenza terapeutica e della stabilità metabolica del paziente anziano** (doc. 8 pagg. 4052, 4069, 4071 e 4072).

Di tali linee guida si allega traduzione ufficiale ed i riferimenti sopraindicati nel testo tradotto si rinviengono alle pagine 6, 17, 20, 35 e 36, 39 e 47 (doc. 8 bis)

Ancora, **la validità e l'adeguatezza clinica della risposta C** trovano un riscontro definitivo e complementare nel “*2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*” (doc. 9), un documento ufficiale concepito per aggiornare e integrare le precedenti direttive del 2021.

Questa fonte è strettamente pertinente e applicabile al caso in oggetto, poiché il paziente descritto nella traccia d'esame soffre precisamente di uno scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione (HFrEF) in un contesto di grave instabilità metabolica da diabete di tipo 2 e concomitante danno renale iniziale.

L'analisi dei protocolli ufficiali e delle tabelle del Focused Update 2023 dimostra **che la scelta di aggiungere un farmaco protettivo al piano terapeutico in corso (Risposta C) è una condotta clinica raccomandata dalle massime evidenze.**

All'interno delle tabelle ufficiali delle raccomandazioni, l'impiego degli inibitori SGLT-2 (dapagliflozin ed empagliflozin) viene codificato come un obbligo clinico assoluto con il massimo grado di forza scientifica, ossia Classe I, Livello di Evidenza A.

La linea guida chiarisce che il beneficio salvavita di questa classe di farmaci si estende in modo universale all'intero spettro dello scompenso cardiaco, indipendentemente dal valore esatto della frazione di eiezione.

Inoltre, i grandi trial clinici e le meta-analisi recepiti nel testo ufficiale – come lo studio EMPULSE e gli studi DAPA-CKD – certificano che l'efficacia protettiva cardiovascolare e renale degli SGLT-2 inibitori è una proprietà intrinseca della molecola che si manifesta in modo del tutto indipendente dalla presenza o meno di diabete nella paziente.

Il Focused Update europeo fornisce un'indicazione logico-clinica cruciale a supporto della scelta di non smantellare la terapia metabolica di base in prima battuta, sia specifica che l'introduzione della terapia protettiva con inibitori SGLT-2 deve avvenire tempestivamente.

Nel caso clinico in esame, l'anziano di 73 anni versa in una condizione di marcata tossicità glucidica e grave instabilità, con un'emoglobina glicata fortemente mossa e instabile, attestata fino al 9,5%.

Sospendere o sostituire bruscamente in una fase così delicata un farmaco dal massiccio potere secretagogico come la glimepiride (Opzione A) priverebbe di colpo l'anziano della sua principale copertura glicemica, esponendolo a un immediato e pericoloso picco iperglicemico da privazione prima ancora che il nuovo farmaco possa esercitare i propri benefici cardio-renali nel medio e lungo termine.

Di conseguenza, la scelta di procedere inizialmente con l'aggiunta in add-on (Risposta C) si configura come una strategia terapeutica del tutto valida e prudente.

Questa impostazione consente di inserire con tempestività l'indispensabile protezione d'organo cardiovascolare e renale, preferendo posporre la graduale riduzione o la sospensione della glimepiride a un secondo momento, ossia non appena stabilizzato il severo quadro glicometabolico complessivo e sotto uno stretto monitoraggio ambulatoriale.

Una simile condotta sequenziale permette di introdurre subito il nuovo beneficio prognostico salvavita senza alterare bruscamente l'equilibrio in una fase di spiccata instabilità metabolica, rispondendo pienamente ai criteri di cautela clinica dettati dai protocolli scientifici internazionali **(vedasi doc. 9 da pag. 3633 a pag. 3636); di tale documento si allega altresì traduzione (doc. 9 bis), ed i dati enunciati si rinvergono nelle corrispondenti pagine 207, 208, 210 e 211 (doc. 9 bis).**

La validità clinica della risposta C trova un pilastro fondamentale e unanime nelle linee guida congiunte della American Diabetes Association (ADA) e della European Association for the Study of Diabetes (EASD) (doc. 10), **universalmente riconosciute come la massima autorità mondiale per la cura e la gestione del diabete mellito di tipo 2.**

La pertinenza e l'applicabilità di questo testo al caso clinico **sono assolute e dirette:** il documento definisce gli standard globali di trattamento per l'ottimizzazione del controllo glicemico e la contemporanea protezione degli organi bersaglio nei pazienti diabetici.

Si adatta in **modo perfetto al profilo descritto nel quesito, in quanto affronta specificamente la strategia da adottare di fronte a pazienti che presentano una spiccata instabilità metabolica unita a gravi complicanze cardiovascolari e renali, offrendo indicazioni perentorie su come gestire l'associazione tra i farmaci ipoglicemizzanti tradizionali e le molecole protettive di nuova generazione.**

L'analisi dei protocolli globali ADA/EASD dimostra in modo cristallino come la scelta di aggiungere il farmaco protettivo senza rimuovere la terapia di base (Risposta C) risponda a un preciso e rigoroso criterio di appropriatezza medica.

Il consenso internazionale stabilisce infatti che non si debba utilizzare un approccio sequenziale rigido o a tappe quando questo rischi di ritardare l'accesso a farmaci che forniscono una protezione cardiorenale salvavita, imponendo l'avvio tempestivo dell'inibitore SGLT-2. Di fronte a un quadro clinico marcatamente fuori target, caratterizzato da una severa tossicità glucidica con valori di emoglobina glicata che raggiungono il 9,5%, la linea guida ordina testualmente al clinico che, qualora sia necessario un ulteriore controllo glicemico, si debbano «incorporare, piuttosto che sostituire, terapie con meccanismi d'azione complementari». Questa indicazione configura una situazione biologica in cui il mantenimento iniziale della glimepiride in add-on con il nuovo scudo cardiovascolare è necessario per sfruttare la sinergia dei diversi meccanismi d'azione e contrastare lo scompenso metabolico.

Le linee guida specificano che la de-intensificazione della terapia – ovvero la riduzione o la sospensione di medicinali che espongono a ipoglicemia come le sulfaniluree (glimepiride) – vada considerata negli anziani fragili solo ed esclusivamente in presenza di metriche glicemiche sostanzialmente migliori rispetto al target. Un paziente con il 9,5% di glicata si trova nella situazione clinica diametralmente opposta, essendo in pieno scompenso iperglicemico.

Sospendere la glimepiride in questa fase per sostituirla di colpo priverebbe l'organismo fragile della sua principale copertura metabolica, esponendolo a un immediato e pericoloso picco iperglicemico di rimbalzo, poiché il potere ipoglicemizzante intrinseco del solo inibitore SGLT-2 è parziale e inizialmente insufficiente a colmare la privazione.

Pertanto, **la scelta della risposta C riflette una condotta pienamente corretta e prudente, che garantisce l'immediato inserimento della protezione d'organo salvavita e riserva la de-escalation o la sospensione della glimepiride a una fase successiva, ossia solo dopo che l'azione combinata dei farmaci avrà riportato la glicata a livelli di sicurezza prossimi al target** (pagg. 2765, 2772 e 2773 doc. 10).

Infine, a corroborare la solidità e l'appropriatezza della **risposta C interviene la normativa prescrittiva stabilita a livello nazionale dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) all'interno del testo ufficiale della Nota 100** (doc. 11).

Questo documento non rappresenta una semplice linea guida teorica, **ma costituisce il testo regolatorio vincolante che definisce i criteri di prescrivibilità e di rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dei farmaci per il diabete mellito di tipo 2 sul territorio italiano.**

La pertinenza di questa fonte rispetto al caso clinico in oggetto **è massima e assoluta**: essa disciplina legalmente le scelte del medico d'urgenza o del territorio di fronte a un paziente in controllo glicemico inadeguato, dettando le regole formali per l'impiego dei nuovi farmaci protettivi in combinazione con i regimi ipoglicemizzanti preesistenti.

L'analisi del testo ufficiale emanato dall'AIFA dimostra che la scelta di aggiungere un inibitore SGLT-2 mantenendo la terapia in corso (Risposta C) si configura come una condotta prescrittiva ineccepibile e pienamente legittimata sotto il profilo clinico e amministrativo. Fin dalla prima pagina del documento, l'AIFA autorizza esplicitamente la prescrizione a carico del SSN degli inibitori SGLT-2 sia in monoterapia sia in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, validando pienamente i regimi di combinazione in add-on. Inoltre, al Punto D della Nota, dedicato alla condotta da seguire qualora lo schema terapeutico di base non sia sufficiente al mantenimento dell'obiettivo di emoglobina glicata – scenario speculare a quello del paziente in esame, vistosamente fuori target con valori stabili fino al 9,5% – l'autorità regolatoria statuisce formalmente che il clinico dovrà considerare l'associazione e/o la sostituzione delle terapie.

L'uso della congiunzione coordinativa e disgiuntiva "e/o" offre una dignità e una validità giuridico-prescrittiva paritaria a entrambe le strategie terapeutiche, validando l'aggiunta estemporanea del nuovo farmaco all'associazione esistente come una scelta pienamente corretta.

La Nota 100 conferma la massima priorità clinica ed urgenza assistenziale di questa condotta, dove l'introduzione di un inibitore SGLT-2 viene indicata come scelta preferenziale e imperativa nel paziente con scompenso cardiaco al fine di abbattere il rischio di ospedalizzazione.

Al contempo, il quadro normativo esclude in radice qualsiasi vincolo amministrativo o contrindicazione che imponga la revoca immediata della glimepiride.

Come documentato dalla mappa di utilizzo dei farmaci in base alla funzionalità organica, la glimepiride risulta un presidio pienamente autorizzato e rimborsato dall'AIFA per il profilo descritto nella traccia, caratterizzato da microalbuminuria isolata in assenza di un'insufficienza renale severa o uremia terminale.

La casella di controindicazione assoluta scatta infatti esclusivamente in presenza di un filtrato glomerulare inferiore a 30 mL/min o in regime di dialisi.

Negli stadi precedenti, coerenti con il quadro del paziente, il farmaco richiede al massimo una gestione prudentiale o un semplice aggiustamento posologico, escludendo qualunque obbligo regolatorio di switch immediato. Non sussistendo alcun divieto normativo, l'opzione C si configura come una condotta medica sicura, che garantisce l'immediata immissione dello scudo cardiorenale nel pieno rispetto dei criteri di rimborsabilità ministeriali (doc. 11, pagg. 1-3 e 11).

Allo stesso modo, non risulta corretta la valutazione della risposta di cui al quesito n 34 della prova generale con codice domanda ssm20261114 (pag 9 doc 5) coincidente con il quesito n 76 nella prova sostenuta dalla dott.ssa Ponte (doc 6 pag 23).

Invero, il quesito n 34 della prova generale così recita “*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?*”

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” (doc 5 pag 9)

Ora, la risposta ufficiale da dare al quesito è quella di cui alla lettera A “Eparina a basso peso molecolare dopo il parto” (doc 5 pag 9) coincidente con la risposta di cui alla lettera A riportata nel quesito 76 della prova sostenuta dalla dott.ssa Ponte (doc 6 pag 23); la dott.ssa Ponte invece al quesito in questione ha dato risposta barrando la casella di cui alla lettera

E del quesito n 76 del test sostenuto dalla stessa, con risposta “Nessuna profilassi” (doc 6 pag 23), coincidente con la risposta di cui alla lettera C del quesito n 34 della prova generale (doc 5 pag 9).

Ora, il quesito individua come univocamente corretta la risposta A ("Eparina a basso peso molecolare dopo il parto"), coincidente con la risposta di cui alla lettera A del test sostenuto dalla Ponte (doc 6 pag 23) assumendo che la profilassi farmacologica post-partum sia indicata in ogni donna gravida eterozigote per il Fattore V Leiden, anche in assenza di precedenti episodi tromboembolici e di ulteriori fattori di rischio.

La domanda richiede espressamente quale comportamento debba essere adottato "secondo le linee guida", **senza tuttavia indicare quale specifico documento scientifico debba essere assunto come riferimento.**

Tale omissione assume rilievo decisivo, poiché le principali linee guida internazionali autorevoli richiamate nella presente contestazione non individuano nella profilassi postpartum con eparina a basso peso molecolare l'unica condotta corretta nel caso clinico descritto.

La domanda d'esame presenta il caso di una donna di 30 anni alla sua prima gravidanza. La traccia specifica chiaramente due elementi fondamentali per la decisione medica: da un lato, la paziente gode di ottima salute e non presenta alcun fattore di rischio (come obesità, fumo o età avanzata); dall'altro, le è stata riscontrata in modo del tutto casuale una caratteristica genetica denominata "eterozigosi per la variante fattore V di Leiden".

Si tratta di una mutazione considerata a basso rischio dalle evidenze scientifiche e, sulla base di questa sola caratteristica genetica isolata, il quesito chiede se sia necessaria o meno una profilassi antitromboembolica.

Il Ministero ha indicato come corretta la risposta A, che prevede la somministrazione di eparina (un farmaco anticoagulante) subito dopo il parto.

Tuttavia, la scelta della risposta C, che prevede di non somministrare alcuna profilassi farmacologica, risulta pienamente fondata e considerata scientificamente corretta dalle principali linee guida istituzionali vigenti sia sul territorio nazionale che internazionale.

La validità e la correttezza scientifica della risposta C trovano un solido e primario fondamento nelle **linee guida istituzionali vigenti in Italia, elaborate dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)** sotto il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), intitolate “*Il tromboembolismo venoso in gravidanza e in puerperio*” (doc. 12).

Questo documento rappresenta il massimo standard scientifico e assistenziale sul territorio nazionale per la gestione del rischio e la prevenzione delle complicanze della coagulazione nelle donne in gravidanza e dopo il parto.

Trattandosi del protocollo ufficiale di riferimento per i medici che operano in Italia, i criteri e gli algoritmi decisionali in esso contenuti **offrono una base scientifica assolutamente autorevole e ufficiale che legittima e valida la scelta della risposta C.**

Il testo ufficiale opera infatti una netta distinzione tra le anomalie genetiche, inserendo la mutazione della paziente (l'eterozigosi per il fattore V di Leiden) proprio nella categoria delle varianti a basso rischio. Per stabilire se sia necessaria una prevenzione con farmaci dopo il parto, il protocollo italiano adotta un rigido algoritmo a punteggio in cui la presenza di questa mutazione a basso rischio attribuisce alla donna un solo punto. Poiché la traccia d'esame esclude qualsiasi altra problematica medica o legata al parto, il punteggio complessivo della paziente rimane esattamente pari a uno.

L'algoritmo ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità stabilisce che la profilassi farmacologica con eparina debba essere avviata soltanto se una donna totalizza un punteggio pari o superiore a due punti. Per chi presenta un punteggio inferiore, come la paziente in oggetto, la linea guida nazionale esclude l'uso di medicinali e prescrive una gestione puramente conservativa, basata sulla semplice idratazione e sull'invito a camminare precocemente dopo il parto.

Di conseguenza, la scelta di astenersi da una terapia eparinica nel post-parto risulta essere una condotta clinica del tutto appropriata e corretta. Pertanto, la scelta della risposta C, che prevede l'astensione da profilassi farmacologica a favore di una gestione conservativa basata su idratazione e movimento, risponde a criteri di massima sicurezza e adeguatezza medica, trovando piena e legittima conferma nel protocollo ufficiale italiano (doc. 12 pagg. 5 e 10).

Ancora, la validità scientifica della risposta C trova un ulteriore e autorevole riscontro a livello internazionale nelle linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (doc. 13), che rappresentano uno dei principali standard di riferimento mondiali in ambito ostetrico e ginecologico.

Questo documento è strettamente inerente al caso clinico in esame poiché si occupa specificamente di stabilire quando sia necessario avviare una prevenzione farmacologica contro il tromboembolismo sia durante la gestazione sia nelle sei settimane successive al parto.

L'assoluta attualità e la piena applicabilità di questo protocollo al nostro caso sono formalmente sancite dal Position Statement ufficiale rilasciato dall'RCOG a settembre 2026, il quale conferma che, per la gestione del rischio e la prevenzione dopo il parto nelle pazienti asintomatiche e prive di complicazioni, i medici devono continuare a fare rigoroso riferimento ai criteri e alle tabelle stabiliti da questa specifica linea guida.

Il testo del protocollo internazionale conferma in modo matematico l'adeguatezza della scelta di non somministrare alcun farmaco. All'interno del documento, nelle sezioni dedicate alla trombofilia asintomatica ed ereditaria, l'RCOG definisce esplicitamente la mutazione della paziente – ovvero l'eterozigosi per il Fattore V di Leiden – come una condizione a inferiore rilevanza clinica rispetto ad altre alterazioni, classificandola ufficialmente come una "trombofilia a basso rischio".

Per guidare il medico nella decisione clinica dopo il parto, la linea guida adotta un sistema a punti riassunto nelle sue tabelle ufficiali. In questo schema, alla mutazione a basso rischio viene assegnato un solo punto. Dal momento che la traccia d'esame esclude espressamente la presenza di qualsiasi altro elemento aggravante clinico o familiare, la paziente totalizza un unico punto isolato.

Il protocollo stabilisce in modo inequivocabile che nel periodo successivo al parto la profilassi farmacologica vada presa in considerazione soltanto se il punteggio totale della paziente è pari o superiore a due.

Di conseguenza, i diagrammi di flusso ufficiali dell'RCOG collocano la donna direttamente nella categoria di "Rischio Minore", per la quale non è prevista alcuna terapia con farmaci, ma si raccomanda unicamente una gestione conservativa basata sull'invito a camminare precocemente e sull'evitare la disidratazione. La

scelta della risposta C risulta quindi pienamente legittimata, sicura e supportata anche dai massimi standard internazionali (doc. 13, pagg. 4, 17, 33, 36, 38).

Ancora, **un definitivo e autorevole riscontro a sostegno della risposta C** proviene dalle **linee guida cliniche del College Americano degli Ostetrici e Ginecologi (ACOG), pubblicate nel Practice Bulletin No. 197** (doc. 14).

Questo documento costituisce il principale standard di riferimento per la pratica medica negli Stati Uniti d'America ed è universalmente stimato a livello internazionale.

La linea guida è pienamente pertinente al caso in oggetto poichè si focalizza in modo specifico sulla gestione delle donne in gravidanza e nel post-parto a cui sono state diagnosticate alterazioni ereditarie della coagulazione.

I criteri scientifici espressi dall'ACOG offrono un supporto logico e clinico di enorme rilevanza per valutare l'appropriatezza della condotta medica da suggerire alla paziente del quesito.

Nella classificazione ufficiale delle patologie (riassunta nella tabella *Table 3*), **la commissione degli esperti americani inserisce esplicitamente lo stato di portatrice eterozigote per il Fattore V di Leiden all'interno della categoria delle "trombofilie a rischio inferiore" o a basso rischio.**

Per lo specifico scenario clinico di una paziente affetta da questa mutazione a basso rischio e priva di passati eventi trombotici, la linea guida ACOG raccomanda testualmente come prima opzione la sola semplice sorveglianza clinica, senza l'avvio di alcuna terapia anticoagulante.

Il protocollo americano chiarisce che la somministrazione di una profilassi farmacologica nel post-parto deve essere presa in considerazione solo ed esclusivamente nel caso in cui la paziente presenti "*fattori di rischio aggiuntivi*", tassativamente identificati nella presenza di un parente di primo grado con storia di trombosi, oppure in gravi co-fattori come l'obesità, l'immobilità prolungata o il parto mediante taglio cesareo.

Dal momento che la traccia d'esame esclude in radice ognuno di questi elementi aggravanti, **la condotta terapeutica raccomandata si riduce alla sola osservazione clinica.**

L'ACOG sottolinea inoltre che il processo decisionale per questa mutazione genetica a basso rischio **non deve rispondere a un automatismo rigido, ma deve basarsi sulla reale presenza o assenza di altri fattori di rischio clinici.**

Di conseguenza, in una paziente di 30 anni perfettamente sana e priva di complicanze, la decisione di astenersi dall'uso di eparina a favore di una gestione non farmacologica risponde ai più elevati standard di appropriatezza e sicurezza medica internazionali, confermando la totale fondatezza della risposta C (doc. 14, pag. e25).

Ancora, la scelta di astenersi dalla profilassi farmacologica trova un pilastro insostituibile e definitivo nelle **linee guida della Società Americana di Ematologia (ASH), redatte in collaborazione con il prestigioso centro GRADE della McMaster University** (doc. 15).

Questo documento è di massima pertinenza scientifica per il caso d'esame perché non si limita all'ambito ostetrico generale, ma esamina il problema dal punto di vista ultraspecialistico dell'ematologia.

A completare questo scenario di massima autorevolezza scientifica si aggiungono i dati comparativi dei massimi esperti mondiali del settore, come il College American dei Medici del Torace (ACCP) e la Società degli Ostetrici e Ginecologi del Canada (SOGC), i cui protocolli analizzano esattamente lo stesso scenario clinico della paziente in oggetto.

Il messaggio di questo blocco scientifico globale **è univoco nel ritenere corretta l'astensione farmacologica.**

La Raccomandazione 22 dell'ASH stabilisce esplicitamente che, **per le donne eterozigoti per la mutazione del fattore V di Leiden e prive di una storia familiare di tromboembolismo, il panel di esperti suggerisce di non effettuare la profilassi farmacologica nel periodo postpartum.**

Gli esperti ematologi chiariscono che lo stato isolato di trombofilia **non richiede l'introduzione di un farmaco anticoagulante, i cui potenziali rischi emorragici supererebbero i benefici attesi, e che la terapia andrebbe discussa solo se il profilo della paziente presentasse la totalità di altri problemi gravi concomitanti.**

In perfetta armonia, le linee guida canadesi della SOGC indicano come opzione principale per questa mutazione la semplice sorveglianza clinica, ritenendo la profilassi una scelta da valutare solo ed esclusivamente se coesistono contemporaneamente almeno due ulteriori fattori di rischio maggiori come l'obesità grave o la preeclampsia. Infine, anche gli esperti pneumologi e cardiologi americani dell'ACCP concordano sul fatto che,

in assenza di storia familiare di tromboembolismo venoso, per le donne in gravidanza eterozigoti per il fattore V di Leiden la cura di routine debba consistere nella sola sorveglianza clinica postpartum anziché nella profilassi farmacologica.

L'intera letteratura scientifica di riferimento **concorda dunque nel definire la risposta C come una scelta clinica pienamente legittima, prudente, sicura e fondata sui più moderni standard assistenziali** (doc. 15, pagg. 3319, 3339, 3342, 3343).

Un ulteriore e decisivo contributo a supporto della risposta C proviene dalle linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC), le “**2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy**” (doc. 16) specificamente dedicate alla gestione delle patologie cardiovascolari e circolatorie in gravidanza.

Per tale ragione, questo è un testo multidisciplinare di riferimento europeo, ufficialmente approvato ed endorsed dalla ESG (European Society of Gynecology), ossia la Società Europea di Ginecologia. L'ESC e la ESG collaborano stabilmente per definire la condotta medica ottimale nei casi in cui le alterazioni della coagulazione si manifestino durante la maternità, rendendo questo protocollo un pilastro normativo e scientifico fondamentale anche per i medici ostetrici sul territorio italiano.

L'estratto esaminato **esclude in modo perentorio** la necessità di una terapia farmacologica per lo scenario clinico in oggetto, convalidando l'esattezza della risposta C.

All'interno della *Tabella 13*, intitolata espressamente “*Indicazioni alla tromboprofilassi ante-partum/post-partum*”, viene analizzata la specifica condizione della paziente, ovvero la “*Mutazione eterozigote del fattore V di Leiden*” riscontrata in forma isolata.

L'algoritmo grafico ufficiale di questa linea guida **adotta una simbologia chiara e priva di ambiguità**: alla voce corrispondente a tale mutazione viene affiancata l'icona del pollice verso di colore rosso, sia nella colonna dedicata alla prevenzione prima del parto sia in quella successiva al parto.

Come esplicitato chiaramente nella legenda ufficiale del testo, l'icona del pollice rosso possiede un significato tassativo e corrisponde a un “No” all'introduzione della terapia.

Questo elemento visivo e testuale certifica che la comunità scientifica **non raccomanda l'uso di farmaci anticoagulanti in presenza di questa specifica mutazione isolata a basso rischio in una paziente asintomatica (doc 16, pag. 4510); di tale testo si allega anche la traduzione italiana (doc. 16 bis pag. e53).**

Ancora, che la risposta data dalla Ponte sia corretta è confermato da parere prodotto in questa sede a firma dello specialista ginecologo dott. Meroni il quale attesta che **“Nell’uso comune nei principali centri ostetrici in presenza di basso rischio tromboembolico in assenza di cofattori aggravanti (obesità, presenza di varici, fumo di sigaretta, gravidanza multipla) non si ritiene opportuno instaurare una profilassi anti tromboembolica in gravidanza ed in puerperio”** (doc. 17).

La scelta della risposta C, incentrata sulla sola gestione conservativa e sull'astensione da profilassi farmacologica, non costituisce pertanto un'opinione isolata, ma rispecchia fedelmente i divieti e le raccomandazioni stabiliti dai più moderni protocolli clinici, configurandosi come l'unica decisione medica corretta e valida.

Ne consegue, pertanto. Che alla luce delle sovraespresse considerazioni il provvedimento di assegnazione che assegna alla ricorrente un posizionamento errato per effetto della mancata considerazione dei due quesiti sopraindicati è illegittimo e deve essere impugnato per i seguenti motivi di

DIRITTO

I^ La notificazione del ricorso ai controinteressati Emma Iacopelli e Marcello Mendicelli.

I presenti motivi aggiunti sono notificati sia a **Emma Iacopelli**, attualmente collocata alla posizione n. 420 (doc 4), sia a **Marcello Mendicelli**, attualmente collocato alla posizione n. 426 (doc 4) e assegnato alla Scuola di Dermatologia e Venereologia dell’Università degli Studi di Genova.

La notificazione a Iacopelli è necessaria perché, sulla base del ricalcolo indicato nel presente atto, la ricorrente potrebbe collocarsi alla posizione n. 420 e quindi sopravanzarla direttamente, con conseguente postergazione della candidata alla posizione n. 421.

La notificazione a Mendicelli è parimenti utile e non superflua.

Anche assumendo come posizione di riferimento la n. 420, l'eventuale accoglimento delle domande comporterebbe comunque la postergazione di Mendicelli, attualmente collocato alla posizione n. 426, oltre a poter incidere concretamente sulla sua assegnazione a Genova in sede di riedizione della fase di assegnazione.

Sul punto il TAR Lazio ha affermato che:

«agli stretti fini dell'apprezzamento della ritualità della notifica del ricorso introduttivo del giudizio, e salva la facoltà di integrare successivamente il contraddittorio nei confronti degli altri soggetti interessati a contraddire, deve ritenersi controinteressato il concorrente meglio collocato in graduatoria, destinato a ricevere pregiudizio dall'eventuale accoglimento del ricorso, in quanto titolare di un interesse uguale e contrario a quello dedotto in ricorso» TAR Lazio, Roma, sentenza n. 4376 del 2022.

La notificazione a Iacopelli e Mendicelli **soddisfa dunque l'onere minimo di notificazione dell'azione di annullamento ad almeno un controinteressato effettivo**, ed il collegio ove ritenga, potrà ordinare l'integrazione del contraddittorio nei confronti degli ulteriori candidati collocati tra la posizione n. 420 e la posizione n. 426, previa individuazione nominativa sulla base della graduatoria e degli atti di assegnazione.

Nel caso di specie, la notificazione a Iacopelli e Mendicelli assicura l'instaurazione del contraddittorio nei confronti di soggetti concretamente incisi, ferma la richiesta subordinata di integrazione nei confronti di ulteriori candidati che il Collegio ritenga direttamente interessati.

II^ Violazione dell'art. 97 Cost., della par condicio, della lex specialis, dei principi di imparzialità e ragionevolezza; eccesso di potere per difetto di istruttoria, travisamento e illogicità; illegittimità derivata dell'assegnazione.

Con riferimento al quesito n. 120, la candidata ha barrato la risposta A (pag. 35 del doc. 6), corrispondente alla risposta C del quesito n. 126 della prova generale, (riportata a pag. 38 del doc. 5)

Tale risposta **deve ritenersi corretta in quanto il quesito riguardava un paziente di 73 anni affetto da diabete mellito di tipo 2 gravemente scompensato, con HbA1c compresa tra l'8,9% e il 9,5%, obesità, cardiopatia ischemica, microalbuminuria e scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione, già trattato con metformina e glimepiride.**

Sebbene il Ministero abbia indicato come corretta la risposta A, fondata sulla sostituzione della glimepiride con un inibitore SGLT-2 e/o un agonista GLP-1, **anche la risposta C, che prevede l'aggiunta di uno di tali farmaci alla terapia in corso, risulta clinicamente appropriata e conforme agli standard scientifici.**

La correttezza della risposta C è supportata dalle linee guida ESC sul trattamento delle malattie cardiovascolari nei pazienti diabetici (doc. 8), applicabili al caso in ragione della compresenza di diabete scompensato, cardiopatia ischemica, microalbuminuria e scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione.

Tali linee guida raccomandano, con Classe I e Livello di Evidenza A, l'introduzione tempestiva di un inibitore SGLT-2 nei pazienti con diabete e scompenso cardiaco, indipendentemente dai valori di HbA1c e dalla terapia ipoglicemizzante già in corso.

Ne consegue che l'aggiunta del nuovo farmaco, senza immediata sospensione della glimepiride, costituisce una strategia terapeutica fondata e prudente.

La prosecuzione temporanea della terapia preesistente è inoltre giustificata dalla grave instabilità glicometabolica del paziente: la sospensione improvvisa della glimepiride avrebbe potuto determinare un peggioramento immediato dell'iperglicemia, mentre i benefici cardiorenali degli SGLT-2 si manifestano soprattutto nel medio e lungo periodo.

Il paragrafo 5.3.3.2 delle linee guida ESC, dedicato alle sulfaniluree, conferma il profilo di sicurezza cardiovascolare della glimepiride, anche alla luce dello studio CAROLINA e dei dati real-world, escludendo la necessità di una sua rimozione immediata (**i relativi riferimenti sono indicati nel doc. 8, alle pagg. 4052, 4069, 4071 e 4072, nonché nella traduzione ufficiale allegata, doc. 8 bis, alle pagg. 6, 17, 20, 35, 36, 39 e 47).**

La medesima conclusione è confermata dal “*2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*” (doc. 9), specificamente riferito allo scompenso cardiaco con ridotta frazione di eiezione.

Il documento raccomanda l'impiego di dapagliflozin ed empagliflozin con Classe I e Livello di Evidenza A, riconoscendone i benefici cardiovascolari e renali indipendentemente dal valore della frazione di eiezione e dalla presenza del diabete. Anche tale fonte valorizza l'introduzione tempestiva dell'inibitore SGLT-2, senza imporre lo smantellamento immediato della terapia glicemica di base.

Nel caso concreto, pertanto, l'aggiunta del farmaco e la successiva eventuale riduzione della glimepiride, dopo la stabilizzazione del quadro metabolico e sotto monitoraggio, **rappresentano una condotta sequenziale prudente e appropriata (riferimenti sono contenuti nel doc. 9, da pag. 3633 a pag. 3636, e nella traduzione allegata, doc. 9 bis, alle pagg. 207, 208, 210 e 211).**

La risposta C trova ulteriore conferma nelle linee guida ADA/EASD (doc. 10), che raccomandano, quando sia necessario un ulteriore controllo glicemico, di “***incorporare, piuttosto che sostituire, terapie con meccanismi d'azione complementari***”.

Le medesime linee guida subordinano la de-intensificazione delle sulfaniluree negli anziani fragili a un miglioramento dei valori glicemici, condizione non presente nel caso in esame, caratterizzato da HbA1c fino al 9,5%.

Anche secondo tali indicazioni, dunque, l'aggiunta iniziale del farmaco protettivo, con eventuale successiva riduzione o sospensione della glimepiride una volta raggiunto un adeguato controllo glicemico, costituisce la soluzione più prudente (i riferimenti sono indicati alle pagg. 2765, 2772 e 2773 del doc. 10).

Infine, la Nota 100 dell'AIFA (doc. 11) riconosce la prescrivibilità degli inibitori SGLT-2 sia in monoterapia sia in associazione con altri farmaci e, al punto D, ammette espressamente l'associazione e/o la sostituzione delle terapie preesistenti.

L'utilizzo della congiunzione “e/o” attribuisce pari legittimità alle due strategie, compresa l'aggiunta del nuovo farmaco alla terapia già in corso.

La Nota 100 indica inoltre gli SGLT-2 come trattamento preferenziale nei pazienti con scompenso cardiaco e non impone la sospensione immediata della glimepiride, la cui controindicazione assoluta è riferita ai casi di filtrato glomerulare inferiore a 30 mL/min o di dialisi. **In presenza di sola microalbuminuria, il farmaco può essere mantenuto con le necessarie cautele e gli eventuali aggiustamenti posologici (i relativi riferimenti sono contenuti nel doc. 11, alle pagg. 1-3 e 11).**

Pertanto, alla luce della giurisprudenza amministrativa e delle fonti clinico-regolatorie richiamate, la risposta C doveva essere considerata corretta al pari della risposta A, poiché l'aggiunta tempestiva di un inibitore SGLT-2 alla terapia in atto rappresentava una scelta clinicamente appropriata, prudente e conforme agli standard scientifici e prescrittivi applicabili al caso concreto.

Nel caso di specie, pertanto, la risposta data dalla Ponte non solo è plausibile bensì corretta ed allora, devono trovare applicazione in principi espressi dal Consiglio di Stato nella pronuncia n. 5053/2024 secondo cui “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), sicché, in altre parole, in presenza di quesiti a risposta multipla, una volta posta la domanda 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, Sent., (data ud. 23/04/2024) 05/06/2024, n. 5053).

Ancora, sempre nello stesso senso il TAR Lazio Roma nella recente sentenza 14465/2026 ha statuito che in sede di pubblico concorso, ove la prova sia articolata su risposte multiple, corre l'obbligo per l'Amministrazione di una formulazione chiara, non incompleta né ambigua della domanda, che a sua volta deve contemplare una sola risposta indubitabilmente esatta. La commissione, invero, non deve tendere tranelli e formulare domande ambigue e confondenti ai candidati, tali per cui questo debba scegliere tra le multiple risposte la "meno errata" o la "approssimativamente più accettabile", per così dire, anziché quella - l'unica, incontestabilmente - corretta sul piano scientifico, essendo un tale metodo di formulazione dei quesiti scorretto e inaccettabile proprio in base ai principi della c.d. riserva di scienza, alla quale anche la pubblica amministrazione deve attenersi nell'esercizio della propria discrezionalità tecnica, certamente sindacabile sotto questo riguardo dal giudice amministrativo (TAR Lazio Roma Sez IV ter, Sent., (data ud. 23/06/2026) 31/08/2026, n. 14465).

III^Violazione in relazione al quesito n. 34, dell'art. 97 Cost., della par condicio, della lex specialis, dei principi di ragionevolezza e imparzialità; difetto di istruttoria e travisamento; illegittimità derivata dell'assegnazione.

Allo stesso modo la valutazione del quesito n. 34 della prova generale, codice domanda ssm20261114 (riportato a pag. 9 del doc. 5), e corrispondente al quesito n. 76 della prova sostenuta dalla dott.ssa Ponte (a pag. 23 del doc. 6), non appare corretta.

Il quesito riguardava una donna di 30 anni, alla prima gravidanza, sana, priva di ulteriori fattori di rischio e portatrice asintomatica di eterozigosi per la variante del fattore V di Leiden. Le risposte prevedevano, tra l'altro, la somministrazione di eparina a basso peso molecolare dopo il parto, indicata come risposta A, e l'assenza di profilassi, indicata come risposta C nella prova generale e come risposta E nel test della dott.ssa Ponte (**doc. 5, pag. 9; doc. 6, pag. 23**).

Il Ministero ha individuato come corretta la risposta A, mentre la dott.ssa Ponte ha selezionato la risposta "Nessuna profilassi".

Tuttavia, il quesito richiama genericamente le "linee guida", **senza specificare quale documento scientifico debba essere assunto come riferimento.**

Tale omissione è rilevante, poiché le principali linee guida nazionali e internazionali non indicano in modo univoco la profilassi postpartum con eparina come unica condotta corretta per una paziente eterozigote per il fattore V di Leiden, asintomatica e priva di ulteriori fattori di rischio.

La risposta C trova anzitutto fondamento nelle linee guida italiane ItOSS-ISS, intitolate "***Il tromboembolismo venoso in gravidanza e in puerperio***" (**doc. 12**). Esse classificano l'eterozigosi per il fattore V di Leiden come trombofilia a basso rischio e attribuiscono a tale condizione un solo punto.

Poiché la traccia esclude ulteriori fattori aggravanti, il punteggio complessivo della paziente rimane pari a uno, inferiore alla soglia di due punti necessaria per avviare la profilassi farmacologica. In tale situazione, il protocollo raccomanda una gestione conservativa, fondata su idratazione e mobilitazione precoce dopo il parto, senza terapia eparinica (**doc. 12, pagg. 5 e 10**).

La stessa conclusione è confermata dalle linee guida *del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), il cui Position Statement del settembre 2026 ne ha ribadito l'attualità. Anche il RCOG qualifica l'eterozigosi isolata per il fattore V di Leiden come trombofilia a basso rischio, attribuendole un solo punto. In assenza di ulteriori elementi clinici o familiari, la paziente rientra nella categoria di rischio minore, per la quale non è prevista la profilassi farmacologica, ma soltanto la mobilitazione precoce e l'adeguata idratazione (**doc. 13, pagg. 4, 17, 33, 36 e 38**).

Un ulteriore riscontro proviene dalle linee guida *dell'American College of Obstetricians and Gynecologists, contenute nel Practice Bulletin n. 197* (doc. 14).

L'ACOG inserisce l'eterozigosi per il fattore V di Leiden tra le trombofilie a basso rischio e, in assenza di precedenti eventi trombotici, raccomanda quale prima opzione la sola sorveglianza clinica. La profilassi postpartum può essere presa in considerazione soltanto in presenza di ulteriori fattori, quali familiarità per trombosi, obesità, immobilità prolungata o parto cesareo. Poiché nessuno di tali elementi è presente nella traccia, la condotta non farmacologica risulta coerente con le indicazioni ACOG (doc. 14, pag. e25).

La medesima impostazione è sostenuta dalle linee guida della American Society of Hematology (ASH), elaborate con il centro GRADE della McMaster University, nonché dai protocolli ACCP e SOGC.

La Raccomandazione 22 dell'ASH suggerisce di non effettuare la profilassi farmacologica postpartum nelle donne eterozigoti per il fattore V di Leiden e prive di storia familiare di tromboembolismo. Anche SOGC e ACCP indicano la sorveglianza clinica come condotta ordinaria, riservando l'eventuale profilassi alla presenza di ulteriori fattori di rischio significativi (doc. 15, pagg. 3319, 3339, 3342 e 3343).

La risposta C è inoltre avvalorata dalle “*2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy*” (doc. 16). La Tabella 13, dedicata alle indicazioni alla tromboprofilassi ante-partum e post-partum, considera la mutazione eterozigote isolata del fattore V di Leiden e riporta, sia per il periodo antecedente sia per quello successivo al parto, il simbolo corrispondente al “No” alla terapia farmacologica (doc. 16, pag. 4510).

Il medesimo contenuto è riportato nella traduzione italiana allegata (doc. 16 bis, pag. e53).

Infine, la correttezza della risposta fornita dalla dott.ssa Ponte è confermata dal parere dello specialista ginecologo dott. Meroni (doc. 17), secondo cui, in presenza di basso rischio tromboembolico e in assenza di cofattori aggravanti quali obesità, varici, fumo o gravidanza multipla, non è generalmente indicato instaurare una profilassi antitromboembolica né durante la gravidanza né nel puerperio.

La risposta “Nessuna profilassi”, selezionata dalla dott.ssa Ponte, non costituisce un’opinione isolata, ma trova riscontro concorde in fonti scientifiche nazionali e internazionali. La mancata indicazione, nel quesito, della specifica linea guida di riferimento rende pertanto non univoca la soluzione indicata dal Ministero e sostiene la piena correttezza della risposta scelta dalla candidata.

Ne consegue che sulla scorta delle linee guida allegate e delle considerazioni sovraesposti la risposta data dalla candita Ponte non è errata, ed il quesito formulato è suscettibile di più di una risposta corretta conseguente illegittimità dell'operato della pubblica amministrazione, rilevato che, sul punto, il TAR Lazio ha recentemente affermato che: “ in sede di pubblico concorso, ove la prova sia articolata su risposte multiple, corre l'obbligo per l'Amministrazione di una formulazione chiara, non incompleta né ambigua della domanda, che a sua volta deve contemplare una sola risposta indubitabilmente esatta. La commissione, invero, non deve tendere tranelli e formulare domande ambigue e confondenti ai candidati, tali per cui questo debba scegliere tra le multiple risposte la "meno errata" o la "approssimativamente più accettabile", per così dire, anziché quella - l'unica, incontestabilmente - corretta sul piano scientifico, essendo un tale metodo di formulazione dei quesiti scorretto e inaccettabile proprio in base ai principi della c.d. riserva di scienza, alla quale anche la pubblica amministrazione deve attenersi nell'esercizio della propria discrezionalità tecnica, certamente sindacabile sotto questo riguardo dal giudice amministrativo” (T.A.R. Lazio Roma, Sez. IV ter, Sent., (data ud. 09/06/2026) 02/07/2026, n. 12091)

Il Consiglio di Stato poi, nella sentenza n. 5053/2024, ha individuato nella presenza di letteratura scientifica o documentazione ufficiale capace di accreditare una risposta alternativa il parametro per il sindacato sull’univocità del quiz.

La risposta “Nessuna profilassi” è sostenuta da fonti ufficiali che si riferiscono alla precisa situazione della donna eterozigote per il fattore V Leiden senza precedente TEV e senza elementi aggiuntivi. Il quesito non consente quindi di escludere che tale risposta sia corretta secondo un parametro scientifico autorevole.

Il riferimento generico alle linee guida non può trasformare in risposta unica una condotta che le fonti prodotte modulano diversamente in funzione del rischio complessivo, della familiarità e degli ulteriori fattori clinici.

IV^ Interesse concreto e attuale della ricorrente e la prova di resistenza.

L'interesse della ricorrente non è ipotetico.

Il report (doc 3 bis) individuale documenta le due penalizzazioni. La graduatoria documenta il punteggio complessivo (dc 4) di 113,5 e la posizione n. 646. Il prospetto delle assegnazioni documenta l'assegnazione alla 23^a preferenza (doc 1).

L'incremento a 116 punti colloca la ricorrente nella fascia già occupata da candidati collocati tra le posizioni 419 e 436, **nella quale il candidato alla posizione n. 426 è stato assegnato a Genova, sede indicata dalla ricorrente come 9^a preferenza.**

Il Consiglio di Stato nella Sentenza n 7421/2024 ha riconosciuto che la prova di resistenza deve essere verificata in relazione al bene della vita concretamente perseguito, e nel caso di specie il bene della vita non è il mero aumento numerico del punteggio, ma la possibilità per la dott.ssa Ponte di concorrere alla sede migliore possibile secondo l'ordine delle preferenze e la posizione di graduatoria risultante dal punteggio corretto.

V^ L'Illegittimità derivata del provvedimento di assegnazione

Il provvedimento di assegnazione (doc 1) è illegittimo in via derivata perché presuppone:

- la validità della valutazione dei quesiti n. 34 e n. 126;
- il punteggio di 113,5;
- la posizione n. 646;
- l'ordine di assegnazione formatosi sulla base di tali dati.

L'eventuale riconoscimento anche di una sola delle risposte contestate incide sul punteggio, sulla posizione e sull'ordine di esame delle preferenze.

La riedizione dovrà essere disposta nei limiti necessari, senza postulare in questa sede l'automatica attribuzione della sede di Genova. L'Amministrazione dovrà applicare i criteri del bando alla posizione rideterminata, alla disponibilità dei posti e alle preferenze già espresse.

VI^ In via istruttoria la richiesta di Verificazione e in subordine di CTU.

Orbene, come già chiarito in precedenza, la ricorrente non chiede al Collegio di sostituire una preferenza clinica propria alla valutazione della Commissione, ma di

accertare se la scelta amministrativa sia assistita da attendibilità logico-scientifica e se le risposte selezionate siano state erroneamente escluse.

Sul punto, il **Consiglio di Stato**, nella **sentenza n. 7421/2024**, ha statuito che ***“secondo la giurisprudenza ormai consolidata, il sindacato giurisdizionale sugli apprezzamenti tecnici della P.A. va svolto non in base al mero controllo formale ed estrinseco dell’iter logico seguito dall’autorità amministrativa, ma sulla scorta della verifica diretta dell’attendibilità delle operazioni tecniche sotto il profilo della loro coerenza e correttezza, quanto a criterio tecnico ed a procedimento applicativo: in altre parole, non si tratta di sindacare il merito di scelte opinabili, ma di verificare se queste scelte siano assistite da una credibilità razionale supportata da norme tecniche e/o valide leggi scientifiche, correttamente applicate al caso di specie”***.

Ne consegue che, nel caso di specie sussistono i presupposti per disporre una verifica con i seguenti quesiti:

- se l’opzione “Aggiungere un inibitore SGLT-2 o un GLP-1 agonista” sia scientificamente sostenibile nel quadro clinico descritto dal quesito n. 126;
- se il testo del quesito n. 126 contenga elementi clinici sufficienti per rendere necessaria, come unica risposta corretta, la sostituzione della glimepiride;
- se, nel quesito n. 34, la sola eterozigosi per il fattore V Leiden, in assenza degli ulteriori fattori non indicati nella traccia, consenta di individuare come unica risposta corretta la profilassi postpartum;
- se “Nessuna profilassi” sia una risposta scientificamente sostenibile alla luce delle fonti ASH, RCOG, ACOG e ISS/ItOSS prodotte;
- se le fonti scientifiche prodotte evidenzino divergenze o condizioni applicative tali da rendere necessario, nel testo del quesito, l’indicazione del parametro scientifico di riferimento.

In subordine, ove il Collegio reputi indispensabile una valutazione tecnica propriamente valutativa, si chiede la consulenza tecnica d’ufficio ai sensi degli artt. 63 e 67 c.p.a.).

VII^Istanza istruttoria.

Ai sensi degli artt. 63 e 65 c.p.a., si chiede che il Ministero depositi:

- il provvedimento completo di assegnazione del 24 settembre 2026;

- la graduatoria nazionale integrale e aggiornata;
- gli atti e i log di elaborazione delle assegnazioni;
- gli atti relativi alle immatricolazioni dei candidati collocati tra le posizioni 419 e 436;
- il dettaglio dei posti statali, regionali e di altri enti disponibili per Dermatologia e Venereologia nelle sedi indicate dalla ricorrente;
- i criteri applicati per la gestione delle parità di punteggio;
- i verbali della Commissione relativi alla validazione dei quesiti n. 34 e n. 126;
- gli atti e le relazioni tecniche posti a fondamento della scelta delle risposte ufficiali;
- gli atti relativi alla comunicazione al CINECA degli esiti delle immatricolazioni;
- l'elenco dei posti eventualmente rimessi in sessione straordinaria dal 7 ottobre 2026;
- ogni documento utile a verificare l'incidenza del punteggio di 116 sulla sede spettante alla ricorrente.

VIII^ La domanda cautelare e i presupposti per la sua concessione

I presenti motivi aggiunti sono notificati e depositati il 1° ottobre 2026, mentre la camera di consiglio è fissata per il 7 ottobre 2026.

Rispetto alla domanda cautelare specificamente proposta con i motivi aggiunti la ricorrente non chiede pertanto che il Collegio definisca integralmente la nuova domanda cautelare, bensì chiede invece che il Collegio:

- **esami la domanda cautelare già pendente sul ricorso introduttivo;**
- **consideri il provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 quale fatto sopravvenuto rilevante ai fini dell'attualità del pregiudizio;**
- **adotti, misure interinali conservative necessarie a preservare l'utilità della posizione della ricorrente;**
- **in subordine, rinvi la trattazione piena della domanda cautelare proposta con i motivi aggiunti alla prima camera di consiglio utile.**

Orbene, rilevato che ex art. 55, comma 1, c.p.a. è consentito al Collegio di adottare le misure «*più idonee ad assicurare interinalmente gli effetti della decisione sul ricorso*»,

nel caso di specie sussistono compiutamente il *fumus bonis iuris* e *periculum in mora* per la concessione delle misure cautelari richieste.

Il *fumus* deriva dalla documentazione relativa ai due quesiti.

Con riguardo al quesito n. 126 della prova generale (pag 38 doc 5) corrispondente al quesito 120 della prova della ricorrente (pag 35 doc 6), le linee guida prodotte (docc 8, 8bis, 9, 9 bis, 10, 11) attestano per un verso che il quesito formulato dal ministero è suscettivo di più di una risposta corretta dell'altro e **per altro verso che la risposta data dalla Ponte sia corretta**; allo stesso modo con riguardo al quesito n 34 della prova generale (pag 9 doc 5), corrispondente al quesito n 76 della prova sostenuta dalla dott. Ponte (pag 23 doc 6) le linee guida prodotte ed il motivato parere di medico specialista del settore (docc 12, 13, 14, 15, 16, 17) **attestano per un verso che il quesito n 34 preveda più risposte corrette e per altro verso che la risposta data dalla Ponte sia corretta.**

Ne consegue, rilevato che secondo il Consiglio di Stato la presenza di letteratura scientifica o di documentazione ufficiale che accrediti come corretta la risposta ritenuta invece erronea dalla amministrazione costituisce *regola iuris* dirimente ai fini di apprezzare l'equivocità di un quesito (Consiglio di stato sentenza 5053/2024), e dato atto che lo stesso TAR Lazio ribadisce che il quesito deve essere chiaro, completo, non ambiguo, e deve contemplare una sola risposta indubitabilmente esatta (TAR Lazio Roma sentenza 14465/2026), che sussiste compiutamente il *fumus bonis iuris* delle richieste cautelari avanzate in questa sede.

Del pari è sussistente il *periculum in mora* che è **concreto e attuale**.

L'assegnazione del 24 settembre 2026 (doc 1) ha infatti collocato la ricorrente alla Politecnica delle Marche, sua 23^a preferenza, sulla base del punteggio di 113,5 e della posizione n. 646.

Il bando (doc 2) prevede:

- l'immatricolazione entro il 2 ottobre 2026;
- la comunicazione degli esiti al CINECA entro il 5 ottobre 2026;
- la pubblicazione degli esiti il 6 ottobre 2026;
- l'avvio della sessione straordinaria il 7 ottobre 2026.

Se l'assegnazione e l'immatricolazione si consolidassero prima della verifica delle due risposte, l'eventuale riedizione della graduatoria potrebbe non restituire alla ricorrente la possibilità di concorrere effettivamente per le sedi anteriori nell'ordine delle preferenze.

Il pregiudizio non consiste nella sola differenza numerica tra la posizione n. 646 e la fascia dei 116 punti, **ma nella perdita della possibilità concreta di ottenere la migliore sede spettante secondo l'ordine di graduatoria e le preferenze espresse.**

La sessione straordinaria prevista dal 7 ottobre **aggrava il rischio di cristallizzazione, poiché le successive riassegnazioni si svolgeranno sulla base degli esiti della fase ordinaria e dei posti rimasti disponibili.** La decisione di merito potrebbe quindi risultare inutiliter data se non fosse conservata, nel frattempo, l'utilità della posizione della ricorrente.

Alla luce del *fumus* e del *periculum* sopra illustrati, la ricorrente chiede, in un'unica **domanda graduata:**

1. in via principale, che il Collegio esamini la domanda cautelare già pendente sul ricorso introduttivo e consideri il provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 quale fatto sopravvenuto rilevante ai fini dell'attualità del *periculum*, adottando, nella camera di consiglio del 7 ottobre 2026, le seguenti misure interinali conservative;
2. ordinare al Ministero di mantenere l'eventuale immatricolazione già perfezionata in via provvisoria e con riserva, ovvero, in caso di mancato perfezionamento dell'immatricolazione, ordinare al Ministero di conservare l'utilità della posizione della ricorrente e di consentire gli adempimenti di immatricolazione all'esito della riedizione della fase di assegnazione, senza acquiescenza e senza pregiudizio per i controinteressati;
3. ordinare al Ministero di conservare le preferenze espresse dalla ricorrente e la possibilità di rieditare la fase di assegnazione sulla base del punteggio e della posizione rideterminati;
4. ordinare al Ministero di non adottare, nei confronti della ricorrente, ulteriori atti incompatibili con la riedizione della fase di assegnazione;

5. ordinare al Ministero, ove necessario, di consentire l'immatricolazione presso la sede assegnata con riserva, senza acquiescenza e senza pregiudizio per l'eventuale riassegnazione;
6. ordinare al Ministero di depositare degli atti relativi alle immatricolazioni, alla comunicazione degli esiti al CINECA, alla graduatoria e alla sessione straordinaria;
7. in subordine, che sia fissata l'udienza per la trattazione della domanda cautelare di cui ai motivi aggiunti alla prima camera di consiglio utile successiva al perfezionamento delle notificazioni e al deposito dell'atto, mantenendo nel frattempo le misure interinali sopra indicate, ed alla successiva camera di consiglio all'uopo sospenda, nei limiti dell'interesse della ricorrente, gli effetti del provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 nella parte in cui impediscono la riedizione della fase di assegnazione sulla base del punteggio e della posizione rideterminati;
8. in via ulteriormente subordinata, ove il Collegio ritenga che le esigenze della ricorrente siano adeguatamente tutelabili mediante la sollecita definizione del merito, fissare con priorità l'udienza di merito ai sensi dell'art. 55, comma 10, c.p.a.

La ricorrente non chiede, in questa sede e in via cautelare, l'automatica assegnazione alla sede di Genova né la caducazione immediata delle assegnazioni degli altri candidati, ma chiede esclusivamente:

- **la conservazione dell'utilità della propria posizione;**
- **il rispetto del contraddittorio;**
- **l'acquisizione degli elementi necessari;**
- **la riedizione della procedura sulla base dei risultati del ricalcolo.**

Ancora, la ricorrente si riserva di proporre istanza ai sensi dell'art. 56 c.p.a. **soltanto ove, prima della camera di consiglio, intervenga un atto ulteriore di consolidamento irreversibile non fronteggiabile mediante la trattazione collegiale del 7 ottobre**, considerato che l'art. 56, comma 1, c.p.a. richiede infatti un caso di «estrema gravità ed urgenza, tale da non consentire neppure la dilazione fino alla data della camera di consiglio».

Ciò chiarito, la ricorrente ut supra rappresentata difesa e domiciliata

RICORRE

All' Ill.mo TAR Lazio per senti accogliere le sguenti

CONCLUSIONI

In via cautelare

Previa fissazione ed audizione in udienza:

1. in via principale, che il Collegio esamini la domanda cautelare già pendente sul ricorso introduttivo e consideri il provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 quale fatto sopravvenuto rilevante ai fini dell'attualità del periculum, adottando, nella camera di consiglio del 7 ottobre 2026, le seguenti misure interinali conservative;
2. ordinare al Ministero di mantenere l'eventuale immatricolazione già perfezionata in via provvisoria e con riserva, ovvero, in caso di mancato perfezionamento dell'immatricolazione, ordinare al Ministero di conservare l'utilità della posizione della ricorrente e di consentire gli adempimenti di immatricolazione all'esito della riedizione della fase di assegnazione, senza acquiescenza e senza pregiudizio per i controinteressati;
3. ordinare al Ministero di conservare le preferenze espresse dalla ricorrente e la possibilità di rieditare la fase di assegnazione sulla base del punteggio e della posizione rideterminati;
4. ordinare al Ministero di non adottare, nei confronti della ricorrente, ulteriori atti incompatibili con la riedizione della fase di assegnazione;
5. ordinare al Ministero, ove necessario, di consentire l'immatricolazione presso la sede assegnata con riserva, senza acquiescenza e senza pregiudizio per l'eventuale riassegnazione;
6. ordinare al Ministero di depositare degli atti relativi alle immatricolazioni, alla comunicazione degli esiti al CINECA, alla graduatoria e alla sessione straordinaria;
7. in subordine, che sia fissata l'udienza per la trattazione della domanda cautelare di cui ai motivi aggiunti alla prima camera di consiglio utile successiva al perfezionamento delle notificazioni e al deposito dell'atto, mantenendo nel

- frattempo le misure interinali sopra indicate, ed alla successiva camera di consiglio all'uopo sospenda, nei limiti dell'interesse della ricorrente, gli effetti del provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 nella parte in cui impediscono la riedizione della fase di assegnazione sulla base del punteggio e della posizione rideterminati;
8. in via ulteriormente subordinata, ove il Collegio ritenga che le esigenze della ricorrente siano adeguatamente tutelabili mediante la sollecita definizione del merito, fissare con priorità l'udienza di merito ai sensi dell'art. 55, comma 10, c.p.a.

Nel merito

Previa fissazione ed audizione in udienza:

- accogliere il presente ricorso per motivi aggiunti;
- annullare il provvedimento di assegnazione del 24 settembre 2026 nella parte lesiva della posizione della ricorrente;
- annullare, per illegittimità derivata, gli atti di assegnazione e immatricolazione incompatibili con la rideterminazione del punteggio;
- annullare gli atti di valutazione dei quesiti n. 34 e n. 126 nella parte in cui hanno considerato errate le risposte selezionate dalla ricorrente;
- disporre la neutralizzazione dei quesiti o l'attribuzione del punteggio corrispondente alle risposte selezionate dalla ricorrente;
- ordinare al Ministero di rideterminare il punteggio e la posizione della ricorrente;
- ordinare la riedizione della fase di assegnazione sulla base della posizione rideterminata, delle preferenze già espresse e della disponibilità dei posti;

In via istruttoria.

Previa fissazione ed audizione in udienza:

- ai sensi degli artt. 63 e 65 c.p.a., si chiede che il Ministero depositi:
 - il provvedimento completo di assegnazione del 24 settembre 2026;
 - la graduatoria nazionale integrale e aggiornata;
 - gli atti e i log di elaborazione delle assegnazioni;
 - gli atti relativi alle immatricolazioni dei candidati collocati tra le posizioni 419 e 436;

- il dettaglio dei posti statali, regionali e di altri enti disponibili per Dermatologia e Venereologia nelle sedi indicate dalla ricorrente;
- i criteri applicati per la gestione delle parità di punteggio;
- i verbali della Commissione relativi alla validazione dei quesiti n. 34 e n. 126;
- gli atti e le relazioni tecniche posti a fondamento della scelta delle risposte ufficiali;
- gli atti relativi alla comunicazione al CINECA degli esiti delle immatricolazioni;
- l'elenco dei posti eventualmente rimessi in sessione straordinaria dal 7 ottobre 2026;
- ogni documento utile a verificare l'incidenza del punteggio di 116 sulla sede spettante alla ricorrente.
- disporre la verifica richiesta e, in subordine, la consulenza tecnica d'ufficio;
- con vittoria di spese e competenze di giudizio.

Si produce:

doc 1. provvedimento di assegnazione;
 doc 1.bis curriculum;
 doc 2 bando;
 doc 3 punteggio complessivo dott.ssa Ponte Francesca;
 doc 3 bis report del test;
 doc 4 graduatoria con posizionamento dott. Ponte;
 doc 5 prova generale del 21.07.2026 SSM2026
 doc 6 test candidato dott.ssa Ponte
 doc 7. D.M. n. 1271;
 doc 8. 2023 ESC guidelines;
 doc 8 bis traduzione 2023 linee guida pocket esc;
 doc 9. 2023 focused update of the 2021 ESC guideline;
 doc 9. bis focused update 2023 delle linee guida ESC 2021;
 doc 10. diabetes care ADA;
 doc 11. nota 100 AIFA;
 doc 12. tromboembolismo venoso in gravidanza e in puerperio;
 doc 13. green-top guideline;

doc 14. ACOG practice bulletin;
doc 15. ASH 2018;
doc 16. 2025 ESC guidelines;
doc 16 bis. traduzione linee guida ESC 2025;
doc 17. parere specialista Dott. Mario Meroni e curriculum;

Con ossequio

Avv. Andrea Macchi



Firmato digitalmente da:
Avv. Paolo Soattini
Paolo Soattini
AVVOCATO
Firmato il 01/10/2026 12:46
Seriale Certificato: 1573585960766618993
Valido dal 19/11/2025 al 18/11/2028
UANATACA Qualified eIDAS CA 2020

ATTESTAZIONE DI CONFORMITÀ

TAR LAZIO ROMA II sottoscritto avv. Paolo Soattini, difensore della dott.ssa Francesca Ponte nel giudizio R.G. n. 9503/2026, pendente innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio, Sezione Terza, attesta ai sensi dell'art. 136, comma 2-ter, del codice del processo amministrativo e dell'art. 196-octies delle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile, che la copia informatica del ricorso per motivi aggiunti RGN 9503/2026 contenuto nel file denominato "Ricorso per motivi aggiunti RGN 9503/2026 pdf", è conforme al corrispondente provvedimento presente nel fascicolo informatico del medesimo giudizio da cui è estratto.

La presente attestazione è redatta ai fini della trasmissione del ricorso per motivi aggiunti RGN 9503/2026 al Ministero dell'Università e della Ricerca per la pubblicazione sul sito istituzionale, in esecuzione dell'ordinanza collegiale n. 15889/2026.

Varese, lì 17 ottobre 2026

Avv. Paolo Soattini



Firmato digitalmente da:
Paolo Soattini
AVVOCATO
Firmato il 17/10/2026 21:10
Seriale Certificato: 1573585960766618993
Valido dal 19/11/2025 al 18/11/2028
UANATACA Qualified eIDAS CA 2020