

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL LAZIO

Ricorso

Per: il **Dott. FILIPPO FARINA**, nato a Sezze (Lt) il 21.03.1990, residente in Terracina (Lt) Viale della Vittoria 158, C.F. FRN FPP 90C21 I712C, rappresentato e difeso giusta procura speciale in calce al presente atto dalla Dott.ssa Luana Morelli (MRLNU89B41L719Q) e dall' Avv. Davide Iobbi (BBIDVD69P05E472X) - Fax 0773693314 - PEC avvdavideiobbi@puntopec.it luanamorelli89@pec.it e presso di loro elettivamente domiciliato in Latina Viale dello Statuto, 41

-Ricorrente-

CONTRO

1. il **MINISTERO DELLA SALUTE**, in persona del Ministro *pro tempore*, *elett.te dom.to per la carica presso l'Avvocatura generale dello Stato in Roma Via dei Portoghesi 12*, PEC roma@mailcert.avvocaturastato.it

2. la **REGIONE LAZIO**, in persona del Presidente *pro tempore*, con sede legale in Via Cristoforo Colombo n. 212, 00147 – Roma (Rm); Pec: protocollo@regione.lazio.legalmail.it;

3. La **REGIONE LAZIO - DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 - 00145 Roma (RM); Pec: salute@regione.lazio.legalmail.it

- Resistenti-

E NEI CONFRONTI

3. Della Dott.ssa **RAMACCI VANINA** (RMCVNN87D62G698Q), nata a Priverno (Lt) il 22.04.1987 ed ivi residente in Via Colle Tinto:

-Controinteressata -

PER L'ANNULLAMENTO, IN PARTE QUA, PREVIA MISURA CAUTELARE,

a) della graduatoria regionale del concorso per l'ammissione al Corso triennale di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2019/2022, pubblicata sul Bur Lazio n. 12 Suppl. n.1 dell'11.02.2020, nella quale in cui parte ricorrente risulta collocato oltre l'ultimo posto utile (posto n. 506 con punti 65) e, quindi, non ammesso al corso ivi comprese le successive revisioni e rettifiche (**all.1**);

b) della Determinazione 9 ottobre 2019, n. G13521, di approvazione della graduatoria, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 82 del 10/10/2019 (**all. 2**);

c) dei verbali della Commissione di concorso, seppur non conosciuti, ove parte ricorrente ha svolto la prova di ammissione nonché della determinazione regionale 16 gennaio 2020, n. G00322 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 10 – Supplemento n. 1 del 04/02/2020, con la quale sono state nominate le commissioni (**all.3**);

d) del D.M. del Ministero della Salute del 7 marzo 2006, come modificato dal D.M. 26 agosto 2014 “*principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specialistica in Medicina Generale*” nella parte in cui omette di stabilire l'attivazione di un'unica graduatoria nazionale (**all. 4**);

e) dell'avviso del Ministero della Salute pubblicato in G.U. concorsi, il 12

novembre 2019, n. 89 nonché del bando di concorso Regionale approvato giusta determinazione 9 ottobre 2019, n. G13521, e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 82, nella parte in cui dispongono circa la pubblicazione di una graduatoria regionale dei partecipanti anziché nazionale;

f) dei provvedimenti, seppur non conosciuti, che hanno approvato rendendoli esecutivi i test predisposti dalla Commissione di cui all'art. 3 del D.M. 7 marzo 2006, all'uopo nominata trasmettendoli alle Regioni;

g) della prova di ammissione predisposta dalla Commissione di cui all'art. 3 del D.M. 7 marzo 2006 nella parte in cui non prevede lo svolgimento di una compiuta procedura di validazione;

h) del D.M. 7 marzo 2006 nella parte in cui non consente la possibilità, in ipotesi di necessità del fabbisogno e di capacità formative delle Regioni ulteriori rispetto ai posti banditi, di ulteriori accessi, in ordine di graduatoria, ai soggetti idonei che accettino di frequentare il corso senza riconoscimento della borsa di studio finanche, ove occorra, a mezzo finanziamento proprio di eventuali oneri assicurativi o a titolo di tassa di iscrizione;

i) del bando di concorso regionale, art. 14 nella parte in cui prevede che *“al medico ammesso al corso di formazione specifica in medicina generale è corrisposta una borsa di studio prevista dal Ministero della Salute ai sensi della normativa vigente”*;

h) dell'art. 10 del Bando di concorso e della corrispondente disposizione del D.M. 7 marzo 2006 nella parte in cui fissa una soglia di ammissione a 60 punti

PER L'ACCERTAMENTO

del diritto di parte ricorrente ad ottenere il risarcimento di tutti i danni subiti e *subendi* a causa dell'illegittimità del concorso.

E PER LA CONDANNA IN FORMA SPECIFICA EX ART. 30, COMMA 2, C.P.A.

delle Amministrazioni intimare all'adozione del relativo provvedimento di ammissione al corso su indicato per cui è causa nonché, ove occorra e, comunque, in via subordinata, al pagamento delle relative somme, con interessi e rivalutazione, come per legge.

PREMESSE IN FATTO

Il concorso di Medicina generale, i precedenti contenziosi e le Previsioni interne e comunitarie in relazione alla borsa di studio.

Il 22 dicembre 2019 si è svolto il concorso regionale per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina generale per il triennio 2019/202. Tale procedura selettiva si è tenuta su base regionale ma con test uguale per tutte le sedi e svolto in contemporanea in tutte le Regioni. Una prova *one shot* da poter sostenere in unica Regione essendo vietata la presentazione della domanda in più Regioni al fine di scegliere, successivamente alla conoscenza del numero dei partecipanti o di altre valutazioni personali, ove poi sostenere unicamente la prova. Gli ammessi, entro il numero dei posti banditi, hanno diritto alla corresponsione di una borsa di studio.

La disciplina per l'accesso e lo svolgimento del corso di formazione si ricava, essenzialmente, da 3 fonti:

- una comunitaria: la Direttiva 93/16/CE (all.5);
- una interna normativa: il D.Lvo n. 368/1999 di attuazione della stessa Direttiva (all. 6);

- una interna regolamentare: il Decreto del Ministero della Salute, 7 marzo 2006, recante «*Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale*».

I bandi regionali, viceversa, se si eccettuano alcuni distinguo irrilevanti ai fini del presente contenzioso, sono meramente applicativi di tali fonti. Le superiori premesse sembrano necessarie per introdurre il tema della nuova impugnazione di cui al primo motivo di ricorso giacché il D.M.7 marzo 2006, nella sua formulazione originaria, come dimostra l'esito del contenzioso in parola, appare il frutto di un cattivo recepimento della normativa comunitaria e di una analisi non approfondita sulle possibili alternative rispetto al modello utilizzato. Ci riferiamo, in particolare, alla possibilità di prevedere ulteriori accessi, in ordine di graduatoria, per quei soggetti idonei che accettino di frequentare il corso senza riconoscimento della borsa di studio provvedendo in proprio al finanziamento di eventuali oneri assicurativi o a titolo di tassa di iscrizione, al fianco del contingente bandito con borsa di studio in ipotesi di necessità del fabbisogno e di capacità formative delle Regioni.

Difatti, non vi è alcun vincolo comunitario, né di Legge interna, che imponga il pagamento della borsa di studio. A differenza di quanto è previsto per le specializzazioni mediche, infatti, non vi è tale vincolo comunitario essendo diversa, appunto, la fonte europea.

La fonte che espressamente onera le Regioni al pagamento della borsa di studio è l'art. 17.

Tale disposizione regolamentare, andrebbe rivolta ai soli soggetti che, sulla base del punteggio ottenuto, risultino collocati in posizione utile rispetto alle risorse ed ai posti banditi, senza alcuna preclusione della possibilità di ammissione senza borsa di studio per i soggetti successivamente gradati, tenendo in considerazione le necessità del fabbisogno delle capacità formative regionali.

Il numero dei posti banditi, il fabbisogno e le possibilità formative delle Regioni.

A fronte di dati ultra notori oggi aggravati dall'entrata in vigore della "cosiddetta quota 100", il fabbisogno dovuto alla carenza di medici di medicina generale è giunto a un livello "drammatico".

Dati notori dimostrano una carenza variabile tra il 40 ed il 65% del fabbisogno minimo in 11 regioni su 20. Del 20-25% su ulteriori 5. Solo 4 (Valle d'Aosta, Umbria, Basilicata e Molise, con il numero di abitanti nettamente minore tutte messe assieme del Lazio) non mostrano criticità.

Pensionamenti e poche assunzioni: l'anno "nero" che registrerà il picco delle uscite per i medici di base è proprio il 2022, ultimo anno del corso triennale oggetto di causa. L'allarme è stato lanciato a più riprese anche dal segretario della Fimmg Silvestro Scotti. Ma d'altro canto i dati parlano chiaro, immortalando una situazione sul fronte dei medici di medicina generale davvero allarmante.

Nello specifico, nei prossimi 5 anni smetteranno di lavorare 14.908 medici di famiglia. Il problema maggiore che si registra è che alle uscite non corrisponderanno adeguate entrate di forze giovani, il famoso “collo di bottiglia”. Analizzando i dati, regione per regione, saranno soprattutto Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia. Nel 2020 infatti verranno a mancare in particolare nel Lazio 1313 medici, registrando massiccio numero di pensionamenti da qui al 2025.

In punto di capacità formativa, invece, il dato, anche qui ultranotorio perché ha addentellati positivi, spiega perché le Regioni sono capaci, senza necessità di modifica alcuna delle proprie risorse, di formare un numero di gran lunga maggiore rispetto ai posti oggi banditi.

In disparte la nota possibilità di accedere in sovrannumero ai corsi ad esempio *tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio. Accedono in via prioritaria all'iscrizione al corso coloro che risultino avere il maggior punteggio per anzianità di servizio maturata nello svolgimento dei suddetti incarichi convenzionali, attribuito sulla base dei criteri previsti dall'accordo collettivo nazionale vigente per il calcolo del punteggio di anzianità di servizio, interpellati, in fase di assegnazione degli incarichi, comunque in via prioritaria* (cfr art. 12, co. 3 D.L. 35/2019 convertito con L. 60/2019) **(all. 7)**.

Semberebbe sussistere non un problema per le Regioni di formare adeguatamente più medici di medicina generale ma esclusivamente una carenza di fondi per il finanziamento delle borse.

Ove, dunque, si dimostrasse che non vi è un vincolo comunitario o interno di conferire tali borse, non sussisterebbe ostacolo, ritenendo illegittimo in parte qua, il D.M. 7 marzo 2006, ad accostare, accanto alla formazione retribuita per i più meritevoli, una non retribuita per gli idonei ma gradati deteriormente che ritengano, comunque, di volersi formare.

3. L'esito del test e la collocazione in graduatoria di parte ricorrente.

Sulla base di tali premesse e stante quanto disposto dal bando, i posti a concorso per la Regione in epigrafe erano 183. La prova è consistita nella somministrazione di un questionario di 100 domande a risposta multipla, su argomenti di medicina clinica, con unica risposta esatta per singolo quesito, da apporsi sul modulo risposte, e da espletarsi in due ore decorrenti dalla fine delle operazioni di consegna e degli adempimenti imposti dal bando ai commissari.

Allo stato, ma con scorrimenti ancora in corso, l'ultimo ammesso ha un punteggio di 73 ed è alla posizione n. 183. Parte ricorrente è collocata in posizione 506, così come segue **(all.ti dall'8 al 12)**

COGNOME	NOME	PUNTEGGIO AL TEST
FARINA	FILIPPO	65

A scorrimento in corso allo stato, l'ammissione nella Regione Lazio è giunta al n. 259 con punteggio pari a 70. Inoltre, in alcune Regioni d'Italia, l'ammissione è stata ottenuta con punteggio che, a scorrimento in

corso, è pari a 72, nonché in altre come la Val D'Aosta è stata conseguita addirittura con 65 punti, medesimo punteggio di parte ricorrente.

Quanto sopra premesso, si adisce codesto On.le Tribunale per i seguenti:

MOTIVI

A) ERRATA FORMULAZIONE DEI QUESITI NN. 8, 9, 39, 40, 52 e 58 VERSIONE C. VIOLAZIONE E/O FALSA APPLICAZIONE DELL'ART. 34, COMMA 3, COST. - VIOLAZIONE DEI PRINCIPI CHE DEVONO SOPRASSEDERE ALLA VALUTAZIONE DEI TEST A RISPOSTA MULTIPLA CON CODICI ETICI E LINEE GUIDA SUI PROTOCOLLI DI ADOZIONE.

L'esigenza della validazione, si legge nelle premesse dell'anzidetto D.M., emerge *“al fine di verificare la validità dei quesiti e la correttezza dei dati scientifici ivi contenuti”*, in relazione a quella che viene lapidariamente definita come *“buona pratica raccomandata a livello internazionale”*. In sostanza mancando una procedura di validazione, eseguita da un soggetto *“terzo”* non si può verificare se le domande di cui il test si compone siano effettivamente idonee ad individuare i soggetti *“migliori”* per l'ammissione al corso o se, essendo particolarmente facili, hanno solamente permesso ai più *“fortunati”* di superare la prova selettiva. La validazione, inoltre, si rende necessaria anche per verificare se il test somministrato, seppur formalmente corretto (**ed si vedrà che nella specie non lo è neanche**), ad esempio, risponda al reale stato del progresso scientifico e delle prassi che comunemente si seguono negli ospedali, ovviamente per quanto riguarda lo specifico ambito sanitario. **Non è dunque solo un problema legato al fatto che quella domanda sia corretta o meno ma appare decisivo che si stiano selezionando soggetti effettivamente reputati migliori.**

Fino a quando viene mantenuto un sistema di accesso che si basa sulla logica del test a risposta multipla, che senso ha formulare dei quesiti che presuppongono tecniche di cure ormai obsolete e superate? Soprattutto quando questa tipologia di test viene somministrata a candidati che hanno delle esperienze professionali già consolidate (si pensi al caso di un soggetto specializzato che partecipa al test d'accesso per il corso di Medicina Generale) appare naturale che il bagaglio di conoscenze da spendere durante la prova sarà quello più aggiornato, a meno che non si voglia arrivare al paradosso secondo cui il soggetto più aggiornato finisce per essere penalizzato.

Ne segue che, per via della mancata validazione del test, ove il questionario sottoposto in sede concorsuale sia caratterizzato da errori, ambiguità dei quesiti formulati in maniera contraddittoria o fuorviante, la selezione è inevitabilmente falsata e non rispettosa del dato costituzionale.

Nello specifico.

La domanda 8 versione C recita:

Nell'epatite fulminante possono essere presenti le seguenti manifestazioni cliniche tranne una.

Quale?

- A. Insufficienza renale
- B. Diminuita sintesi del fattore V
- C. Edema polmonare
- D. Ipoglicemia

E. Ittero ingravescente

Tra le risposte a tale domanda non è possibile individuare un'alternativa corretta o più corretta delle altre, in quanto, tutte le manifestazioni cliniche menzionate tra le risposte possono presentarsi in corso di epatite fulminante.

La risposta data per corretta dalla commissione è la C (Edema polmonare). Tale tesi viene facilmente confutata dalle argomentazioni che seguono, che mostrano inoltre la sopra specificata impossibilità di trovare una risposta corretta tra le alternative fornite.

Tra le fonti che prenderemo come riferimento c'è la linea guida "EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure" redatta dall'associazione europea per lo studio del fegato (EASL) (**all. 13**). Tale associazione è il principale punto di riferimento per gli epatologi europei e interlocutore essenziale per gli epatologi di tutto il mondo. La linea guida è stata pubblicata sul Journal of hepatology 2017 vol 66 1047-1081. A pagina 1057 gli autori riportano uno schema delle principali complicazioni organo-specifiche dell'epatite fulminante. Possiamo notare sotto la voce "pulmonary", le complicazioni: Acute Respiratory Distress Syndrome (sintetizzata da qui in avanti con ARDS) e pulmonary overload. Di cosa si tratta? Lo illustrano con chiarezza i manuali di riferimento per eccellenza. Il manuale "Medicina interna" di Goldman-Cecil, nella sua più recente edizione, a pagina 662 (**all. 14**), descrive l'ARDS nel seguente modo: "il danno polmonare acuto e la sua forma più grave, l'ARDS, sono diagnosticati dal riscontro di infiltrati polmonari bilaterali, COMPATIBILI CON UN QUADRO DI EDEMA POLMONARE, in assenza di un quadro clinico di insufficienza cardiaca". Il manuale "Harrison Principi di medicina interna" nella sua più recente edizione a pagina 2314 (**all. 15**) precisa come la fase iniziale della ARDS, detta fase essudativa, sia caratterizzata da perdita di integrità della barriera alveolare e stravasamento di liquidi e macromolecole, con il liquido edematoso che si accumula nell'interstizio e negli spazi alveolari. Tale accumulo di liquidi determina il sovraccarico polmonare, espresso nella linea guida sopra citata con il termine pulmonary overload.

Pertanto essendo l'ARDS una complicanza importante dell'epatite fulminante, ed essendo tale complicanza sostenuta da un quadro fisiopatologico e laboratoristico compatibile con l'edema polmonare che determina un sovraccarico polmonare sempre per i motivi sopra citati, la risposta C, data per esatta dalla commissione, visto il quesito, non può essere corretta.

A pagina 1062 della linea guida EASL, si riporta il possibile instaurarsi dell'insufficienza renale acuta (AKI nel testo della linea guida) come complicanza dell'epatite fulminante. Il manuale "medicina interna" di Goldman-Cecil ci fornisce la medesima informazione a pagina 1033. Anche la risposta A pertanto non può essere corretta.

Nello schema a pagina 1057 della linea guida EASL sono riportati i disordini coagulativi e l'ipoglicemia come complicanze dell'epatite fulminante. Il che rende inesatte le risposte B e D. Mentre a pagina 1047 si menziona l'ittero come sintomo caratteristico dell'epatite fulminante. Ciò rende non corretta anche la risposta E.

Nell'impossibilità di individuare una risposta corretta tra quelle fornite vista la domanda, va considerata esatta la risposta selezionata dal candidato.

La **domanda n. 9 versione C** presenta delle inesattezze e delle ambiguità nella maniera in cui è posta, determinando l'impossibilità di individuare una risposta corretta in accordo con quanto presentato dalle più recenti linee guida internazionali, LG ESMO (**all. 16**), che è la principale organizzazione

internazionale professionale per l'oncologia medica, con oltre 25.000 membri in rappresentanza di professionisti di oncologia provenienti da oltre 160 paesi in tutto il mondo, quindi affidabile organismo le cui linee guida costituiscono uno strumento non eludibile per la corretta diagnosi della malattia. Di seguito si vanno ad elencare le incongruenze del quesito.

Il testo della domanda recita:

Quale delle seguenti neoplasie pancreatiche ha la prognosi peggiore?

- a. Cistoadenoma mucinoso
- b. Cistoadenocarcinoma mucinoso
- c. Adenocarcinoma duttale
- d. Insulinoma maligno
- e. Tumore neuroendocrino maligno non secernente

È molto complesso discriminare, tra neoplasie del pancreas, quale sia a prognosi peggiore: le patologie neoplastiche del pancreas infatti, rappresentano la quarta categoria di patologie tumorali in ordine di mortalità in entrambi i sessi. L'aspettativa di vita di queste malattie è del 5% a 5 anni, la prognosi non risulta avere avuto un miglioramento negli ultimi 20 anni nonostante gli sforzi nella ricerca. Alla pericolosità di queste patologie contribuisce l'assenza di una tecnica di identificazione precoce, la maggior parte dei pazienti progrediscono alla forma metastatica o localmente invasiva in maniera clinicamente asintomatica. Il trattamento definitivo, maggiormente decisivo per la prognosi è l'escissione chirurgica, ma essa è possibile solo per il 15-20% dei casi. Solo il 2% delle neoplasie pancreatiche sono di natura benigna. Alla luce di ciò domandare quale neoplasia del pancreas abbia prognosi peggiore è alquanto ambiguo, soprattutto se non si forniscono sufficienti specificazioni, come si relaziona di seguito.

La prognosi delle neoplasie pancreatiche, richiamata nella domanda è in sintesi influenzata dalla possibilità di attuare l'unico trattamento efficace: la resezione chirurgica. La possibilità di eseguire una resezione chirurgica è evidenziata dall'imaging con TC completata dall'esame endoscopico, su questa base si classifica la lesione con punteggio TNM e in base al punteggio, la neoplasia viene definita resecabile, non resecabile o borderline. In nessun caso le linee guida internazionali (LG ESMO) dimostrano che la prognosi sia influenzata dall'istotipo tumorale (che può essere invece importante nella scelta chemioterapica e radiante); è dunque la conoscenza dello stadio della lesione (indipendentemente dall'istotipo) che può darci informazioni prognostiche. La domanda tuttavia non contiene alcuna delle informazioni sopra citate (ed enunciate nelle LG), mentre presuppone che la prognosi possa essere definita solo tramite l'istotipo tumorale, il che risulta erroneo alla luce di quanto detto.

I dati espressi, tratti dalle più recenti LG internazionali ESMO, rendono chiaro che la domanda avrebbe bisogno di informazioni maggiori sullo stadio della patologia per poter identificare tra le risposte, quella corretta.

Le risposte messe a disposizione, eccezion fatta per "cistoadenoma mucinoso", unico tumore pancreatico tra i presenti ad avere carattere benigno, fanno tutte riferimento a neoplasie maligne a prognosi infausta, che può differenziarsi sempre in base allo stadio, informazione però assente. Questo contribuisce a rendere la domanda ambigua, in quanto scegliere tra 4 alternative che, in assenza di ulteriori specifiche, non affatto alternativa possiedono tutte le stesse potenziali caratteristiche in termini di prognostici, non può condurre ad una scelta corretta e scientificamente coerente.

La risposta che è stata data per corretta dalla commissione esaminatrice è “adenocarcinoma duttale”, questa patologia presenta la caratteristica di essere la più frequente tra le neoplasie pancreatiche a carattere maligno, ma non la peggiore alla luce di quanto sopra esposto, né il quesito presenta riferimenti al dato di frequenza, che invece avrebbe potuto correttamente orientare la risposta. Inoltre la frequenza dell’andamento di una lesione, non esprime una correlazione certa con il dato prognostico: l’adenocarcinoma duttale infatti, può essere rilevato in uno stadio iniziale, come reperto accidentale in un esame di imaging effettuato per altri motivi, ed avere prognosi migliore di uno degli altri tumori, espressi tra le possibili risposte, rilevato in una fase più tardiva. Si ribadisce, nel caso posto dal quesito, è la fase della malattia che ne determina la prognosi peggiore.

La risposta selezionata dal candidato è “cistoadenocarcinoma mucinoso”, questa lesione si classifica tra le neoplasie cistiche del pancreas (10-15% delle lesioni cistiche del pancreas), essa ha potenziale evoluzione maligna e prognosi potenzialmente infausta (sempre in dipendenza dello stadio e della possibilità di escissione chirurgica). Può pertanto rappresentare una scelta corretta in assenza di ulteriori specifiche sullo stadio della lesione e le informazioni sulla resecabilità.

La **domanda n. 39 versione C** presenta delle inesattezze e delle ambiguità nella maniera in cui è posta, determinando una difficoltà nell’individuare una risposta corretta, diverse infatti potrebbero essere le risposte corrette a causa del fatto che il testo della domanda potrebbe essere interpretato in modi diversi:

Il testo della domanda recita:

Nella Malattia di Graves-Basedow sono generalmente presenti le seguenti alterazioni degli esami di laboratorio, tranne una. Quale?

- a. TSH diminuito
- b. FT4 e FT3 aumentati
- c. VES aumentata
- d. Anticorpi anti-TPO presenti
- e. Anticorpi anti recettore TSH presenti

Il termine “generalmente”, utilizzato in questa domanda, in medicina non ha alcun significato, nella letteratura medica e scientifica ci si esprime in termini di frequenza, incidenza, prevalenza, specificità, sensibilità ecc. “Generalmente” si presta ad interpretazioni fuorvianti ed è pertanto una inesattezza di forma inaccettabile in un concorso di tale portata ed importanza. Inoltre la generalizzazione in medicina è un concetto che si cerca di abbandonare sempre più in favore della medicina personalizzata (*4P Medicine*, Leroy Hood).

La risposta data per corretta dalla commissione è la C “VES aumentata”, si sostiene dunque che nella malattia di Graves-Basedow non sia generalmente presente un aumento della VES. Tale informazione è tuttavia erronea e facilmente contestabile alla luce delle seguenti informazioni. La velocità di eritrosedimentazione (VES) è un test che misura indirettamente il grado di infiammazione presente nell’organismo. L’infiammazione può essere acuta, sviluppandosi rapidamente dopo, ad esempio, un trauma, una ferita o un’infezione o può perdurare per un periodo di tempo prolungato (cronica) in presenza di malattie come le patologie autoimmuni o il cancro.

La VES non è diagnostica: è un test non specifico che può dare positività, risultare “alterato” in un gran numero di differenti patologie. Fornisce tuttavia informazioni generali circa la presenza o l’assenza di uno stato infiammatorio (Aug 1, 2014; Kellner C, *Erythrocyte Sedimentation Rate*, Medscape

Reference. Available at <https://emedicine.medscape.com/article/2085201-overview#a4>. Accessed March 2018) (**all. 17**). La malattia di Graves-Basedow consiste in uno stato di infiammazione sostenuto da un processo autoimmune caratterizzato clinicamente dalla combinazione di ipertiroidismo, oftalmopatia e dermatopatia come sostenuto nel trattato “Medicina Interna” Goldman-Cecil (**all. 18**); il trattato “Harrison principi di Medicina Interna” (**all. 19**) pone inoltre l’accento sul fatto che tale condizione patologica possa presentare, sottesa ad essa, una tiroidite, lo stesso trattato evidenzia l’importanza dell’azione citochinica nell’alimentare il processo infiammatorio tipico della patologia.

Pertanto uno stato infiammatorio generalizzato di tipo autoimmune e locale in particolare al livello tiroideo, oftalmico e cutaneo, rende ragione di come tale patologia possa portare ad una alterazione dei valori della VES negli esami di laboratorio, essendo esse appunto, un indice di infiammazione. Il recente studio “Serum levels of inflammatory markers in patients with thyroid dysfunction and their association with autoimmunity status” (Esen Savas, Ahmet Ziya Sahin, Sefika Nur Aksoy, Ayse Tascan, Zeynel Abidin Saymer, Mesut Ozkaya; Published february 29, 2016 **all. 20**), ha studiato l’andamento degli indici infiammatori nei pazienti con disfunzioni tiroidee di tipo autoimmune e non autoimmune. I risultati hanno mostrato che, rispetto al gruppo dei controlli, la VES aumenta nei pazienti con ipertiroidismo sia autoimmune che non autoimmune.

La categoria degli ipertiroidismi autoimmuni comprende la malattia di Graves-Basedow, pertanto tale studio è prova ulteriore che la VES possa essere valore aumentato in tale patologia confermando il ruolo dell’infiammazione nella patogenesi di tale disfunzione tiroidea.

Ciò che la risposta concorsuale sostiene è pertanto errato.

La **domanda n. 40 versione C** presenta ambiguità sia nella formulazione del quesito che nelle possibili risposte.

Infatti il candidato ha dovuto sostenere lo sforzo di interpretare il significato di dell’espressione “*non è indicato*” riferita allo strumento diagnostico, che si presta a due distinte letture: l’eco doppler non è idoneo per la diagnosi delle malattie elencate, oppure non è idoneo per la valutazione delle eventuali complicanze delle malattie elencate.

Il candidato ragionevolmente si è orientato verso la seconda possibilità interpretativa, più rispondente alla pratica medica e per la dirimente considerazione che tra le elencate patologie vi sono il Diabete Mellito di tipo 2 e la Severa dislipidemia, per le quali patologie il ricorso all’eco doppler non è pacificamente uno strumento di diagnosi ma solo di valutazione d delle complicanze.

Per quanto attiene, invece, alla risposta, il quesito presenta la possibilità di fornire due risposte che, in base ai dati scientifici e alle indicazioni delle più recenti linee guida, potrebbero entrambe essere date per corrette.

Il testo della domanda recita:

In quale delle seguenti patologie non è indicato l’eco doppler dei vasi epiaortici?

- a. Claudicatio intermittens
- b. Progressiva tromboendoarterectomia carotidea (TEA)
- c. Diabete mellito tipo 2
- d. Severa dislipidemia
- e. Ipotiroidismo in tiroidite di Hashimoto

La risposta data per corretta dalla commissione è stata “Ipotiroidismo in tiroidite di Hashimoto”, il candidato ha invece dato come risposta “claudicatio intermittens”.

Le risposte possono essere date entrambe come corrette per il seguente motivo: per entrambe le patologie, l'esecuzione dell'eco doppler dei vasi epiaortici non è indicata in fase diagnostica, ma in fase preventiva di eventi tromboembolici e aterosclerotici avversi poiché entrambe le patologie comportano un aumento del rischio di queste gravi complicanze. Di seguito sarà espresso nel dettaglio quanto appena enunciato, le informazioni e i dati che saranno evidenziati sono tratti dalle Linee Guida “2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)” (**all. 21**), dal manuale “Medicina Interna” (Goldman-Cecil) e dalla review “patologia tiroidea e aterosclerosi” (pubblicata sul Giornale italiano dell'aterosclerosi).

Come già espresso, la risposta data per corretta dalla commissione è stata “Ipotiroidismo in tiroidite di Hashimoto”, si sostiene pertanto che l'eco doppler dei vasi epiaortici non sia indicato in pazienti con suddetta patologia. Ciò risulta vero ma in fase diagnostica, ipotesi non valuta dal candidato che, come sopra precisato, ha ritenuto che il giudizio di idoneità dovesse molto più logicamente riferirsi alla valutazione delle complicanze delle elencate patologie a non alla fase della diagnosi, per le ragioni sopra esposte. Tuttavia lo strumento diagnostico è estremamente utile e nella pratica medica regolarmente effettuato, per la valutazione e prevenzione delle possibili complicanze di tale patologia e nella gestione delle complicanze stesse. L'ipotiroidismo infatti, come riportato nella review sopra citata, rappresenta un importante fattore di rischio aterosclerotico, a causa delle modificazioni metaboliche che lo caratterizzano e dell'aumentata pressione arteriosa diastolica. Nei pazienti ipotiroidici sono stati riportati incremento dello spessore medio-intimale carotideo, di alcuni markers surrogati di aterosclerosi e dell'incidenza di malattia coronarica e di ictus. Gli ormoni tiroidei controllano e regolano l'assetto lipidico e delle lipoproteine ed è per questo che in caso di ipotiroidismo si riscontrerà una ipercolesterolemia determinata da: aumentata sintesi del colesterolo nel fegato; rallentato metabolismo del colesterolo con conseguente accumulo; normalmente l'ormone tiroideo T4 viene convertito in ormone tiroideo T3 nel fegato che agisce sull'allontanamento di lipidi e colesterolo. Se non c'è abbastanza T3 prodotta per rimuovere il grasso il risultato è un elevato livello di colesterolo. In merito alla Tiroidite di Hashimoto, cui fa riferimento il testo della risposta, essa fa parte delle malattie della tiroide ad eziopatogenesi autoimmune che, non è solo legata all'organo, ma riflette frequentemente un disturbo sistemico dell'immunità. È noto che le patologie autoimmuni sistemiche sono associate a elevato rischio cardiovascolare da aterosclerosi accelerata, favorita da specifici disturbi del metabolismo lipidico, dall'aumento della flogosi intimale e dall'innescarsi di fenomeni autoimmuni a livello dell'intima vascolare. In riferimento all'autoimmunità tiroidea, in uno studio svedese (Zöller B, Li X, Sundquist J, Sundquist K. Risk of subsequent coronary heart disease in patients hospitalized for immune-mediated diseases: a nationwide follow-up study from Sweden. PLoS One. 2012; 7(3): e33442.) (**all. 22**), il rischio di sviluppare un evento coronarico nell'anno successivo ad un ricovero ospedaliero per una malattia immuno-mediata era aumentato in 32 diverse condizioni autoimmuni, tra le quali la tiroidite di Hashimoto si posizionava al quarto posto per entità del rischio. È dunque possibile che nel paziente con tiroidite autoimmune fattori specificamente connessi all'attivazione immunitaria possano contribuire alla malattia aterosclerotica. Il rischio di un evento cardiaco, ictus e morte è aumentato in pazienti con T. di Hashimoto.

Pertanto, in sintesi, le complicanze dell'ipotiroidismo in tiroidite di Hashimoto: aterosclerosi, ipercolesterolemia (con marcato aumento LDL), danno intimale, possono portare ad un aumentato rischio aterotrombotico e cardiovascolare, pertanto, in prevenzione e trattamento di tali insidiose complicanze, l'eco doppler dei vasi epi-aortici risulta indicato e di fondamentale importanza per la vita del paziente. Questo rende ragione di quanto si sosteneva in origine, l'eco doppler non è indicato in fase diagnostica della suddetta patologia, ma lo è in fase preventiva delle complicanze.

La risposta data dalla Commissione non appare quindi quella corretta.

La risposta selezionata dal candidato è stata "Claudicatio intermittens".

Tale patologia si riferisce ad una arteriopatía periferica, con dolore crampiforme, costrizione o affaticamento localizzato al livello del gluteo, anca, coscia, polpaccio o piede (da "Medicina Interna", Goldman-Cecil, cap. 79 tabella 79-3 **all. 23**), pertanto, poiché il disturbo riguarda i distretti periferici, non è indicato in fase diagnostica l'eco doppler dei vasi epi-aortici, ma l'eco doppler del distretto periferico (arti inferiori) colpito dai sintomi, che poi andrà completato con Angio-TC o Angio-RM o Angiografia digitale (gold-standard). Si può ricorrere all'effettuazione di un'eco doppler dei vasi epi aortici in seconda battuta, per valutare la presenza di placche al livello delle a. carotidi, in quanto il rilievo di una arteriopatía periferica può essere legato in circa un quarto dei casi anche ad aterosclerosi carotidea (da "Medicina Interna" Goldman-Cecil pag. 498) e la presenza di placche carotidiche contribuisce ad un accurato calcolo del rischio cardio-vascolare nel paziente in esame con claudicatio intermittens (LG ESC/ESVS 2017).

La claudicatio intermittens dunque, al pari dell'ipotiroidismo in Tiroidite di Hashimoto, per quanto chiesto nella domanda e per le informazioni fornite, non riconosce l'indicazione all'eco doppler dei vasi epi aortici in fase di diagnosi, mentre entrambe le patologie presentano indicazione a questo esame diagnostico in prevenzione di eventi aterotrombotici ai quali i pazienti con tali patologie sono esposti con maggior rischio.

La risposta del candidato sulla base della corretta interpretazione della domanda per quanto detto è certamente da dare per corretta.

La **domanda 52 versione C** recita:

La sindrome da carcinoide presenta:

- A. Aumentata escrezione di acido fenilpiruvico
- B. Aumentata escrezione di acido vanil-mandelico
- C. Aumentata escrezione di acido 5-idrossiindolacetico
- D. Aumentata escrezione di tutti e tre i metaboliti suindicati
- E. Diminuita escrezione di tutti e tre i metaboliti suindicati

La risposta data per corretta dalla commissione è la C: aumentata escrezione di acido 5-idrossiindolacetico.

La risposta B tuttavia: aumentata escrezione di acido vanil-mandelico, può essere considerata allo stesso modo corretta. Questo porta all'impossibilità di individuare una risposta univocamente giusta.

La sindrome da carcinoide è causata dalla produzione di polipeptidi e amine da parte di tumori del sistema neuroendocrino. I tumori neuroendocrini – indicati anche come TNE o come NET (dall'inglese Neuro-Endocrine Tumor) – possono colpire organi anche molto diversi tra loro come intestino, pancreas,

polmoni, tiroide, timo o ghiandole surrenali (<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumori-neuroendocrini>).

Secondo lo studio riportato nell'articolo "HPLC-mass Spectrometry Method for Quantitative Detection of Neuroendocrine Tumor Markers: Vanillylmandelic Acid, Homovanillic Acid and 5-hydroxyindoleacetic Acid" (Luana Lionetto 1, Alfonso M Lostia, Antonio Stigliano, Patrizia Cardelli, Maurizio Simmaco) (**all. 24**) pubblicato su Pubmed (PMID: 18760269 DOI: 10.1016/j.cca.2008.08.003), l'escrezione urinaria di acido vanil-mandelico, di acido omovanillico e di acido 5-idrossiindolacetico può aumentare in caso di tumori neuroblastici e carcinoidi. Nelle conclusioni dello studio si legge che tale osservazione porta a ritenere indicata la rilevazione di tali markers con la metodica HPLC per la diagnosi dei tumori neuroendocrini.

Un altro studio "Simultaneous Analysis of Neuroendocrine Tumor Markers by HPLC-electrochemical Detection" (T Manickum) (**all. 25**) sempre pubblicato su Pubmed (PMID: 19926540 DOI: 10.1016/j.jchromb.2009.09.041), conferma l'utilità della metodica HPLC per la diagnosi di neuroblastoma, sindrome carcinoide e feocromocitoma. Questo a rimarcare l'importanza del rilievo di variazioni sia dell'acido vanil-mandelico che dell'acido 5-idrossiindolacetico per la diagnosi dei tumori neuroendocrini.

La linea guida AIOM 2019 Neoplasie neuroendocrine sottolinea a pagina 201 (**all. 26**) che i tumori neuroendocrini possono trovarsi associati nella sindrome MEN 1. In questa condizione, essendo possibile la presenza del feocromocitoma, diventa ancora più probabile una variazione dell'acido vanil-mandelico che, essendo un metabolita delle catecolammine, si presenterà certamente alterato.

Dunque poiché il dosaggio dell'acido vanil-mandelico può essere alterato nella sindrome da carcinoide (tanto è vero che viene routinariamente eseguito nel sospetto), anche la risposta B può considerarsi esatta. Essendoci 2 risposte corrette, può essere considerata giusta la risposta fornita dal candidato, la D: l'opzione contrassegnata (aumentata escrezione di tutti e tre i metaboliti suindicati) contiene infatti entrambe le risposte corrette e questo ha portato il candidato a sceglierla, sarebbe stato infatti parziale rispondere contrassegnando solo la risposta B o solo la C.

La **domanda n. 58 versione C**. Ancora una volta il quesito presenta gravi ambiguità, o meglio inammissibili omissioni, che incidono direttamente sul tipo di risposta da fornire.

Il testo della domanda recita:

La diagnosi di blocco atrio-ventricolare di primo grado si pone quando l'intervallo PR è maggiore o uguale a:

- a. 160 msec
- b. 180 msec
- c. 200 msec
- d. 220 msec
- e. 240 msec

Il cut-off, valore soglia, per la definizione di blocco atrio-ventricolare non è ritenuto un valore fisso per tutte le tipologie di pazienti, bensì un valore variabile a seconda:

- Dell'età del paziente e della sua corporatura,
- Della frequenza cardiaca.

Nel testo “**Diagnosi elettrocardiografica e vettorcardiografica**” di **H. Harold Friedman**, seconda edizione edita da “Il pensiero Scientifico Editore” (**all. 27**), vengono indicati a pagina 61 i valori di normalità dell’intervallo P-R “da 0,12 a 0,20 secondi negli adulti, da 0,10 a 0,18 secondi negli adolescenti fra 14 e 17 anni, e da 0,10 a 0,17 secondi nei bambini. Tali valori sono validi per frequenze cardiache comprese fra 70 e 90 battiti al minuto. Per frequenze cardiache superiori o inferiori, i valori normali dell’intervallo P-R sono riportati nella tabella 1 dell’appendice” (**all. 28**), di seguito trascritta.

Età	FC	F	F	F	F
	<	C	C	C	>
	70	7	9	1	1
	b	1	1	1	1
	m'	-	-	1	3
		9	1	-	0
		0	1	1	
			0	3	
				0	
0-1,5	0, 16	0 , 1 5	0 , 1 5	0 , 1 4	0 , 1 3
1,5-6	0, 17	0 , 1 7	0 , 1 6	0 , 1 5	0 , 1 4
7-13	0, 18	0 , 1 7	0 , 1 6	0 , 1 5	0 , 1 4
14-17	0, 19	0 , 1 8	0 , 1 7	0 , 1 6	0 , 1 5
Adulti (corpor atura piccola)	0, 20	0 , 1 9	0 , 1 8	0 , 1 7	0 , 1 6
Adulti (corpor atura	0, 21	0 , 2	0 , 1	0 , 1	0 , 1

grande)		0	9	8	7
---------	--	---	---	---	---

Analogamente nel testo “**I disordini del ritmo cardiaco**” di **Leo Schamroth** considerato il padre della moderna ritmologia edito da “Marrapese Editore”, si legge a pagina 186, che “*L’intervallo P-R normale assume i seguenti valori: Adulti: da 0,12 a 0,20 secondi in caso di ritmi sinusali normali (60-100 battiti/minuto). Un massimo di 0,18 secondi in caso di tachicardia (più di 100 battiti/minuto). Ragazzi: (al di sotto dei 14 anni): il limite massimo di intervallo P-R normale è 0,18 secondi.*

Nella domanda mancano quindi indicazioni al tipo di paziente cui riferirsi e per quale frequenza cardiaca.

La risposta scelta dal candidato pertanto (200 msec) può essere corretta in diverse condizioni evidenziate nella tabella, ad esempio, il cut-off in un paziente adulto e FC 71-90 è PR=190 msec, valori maggiori o uguali a 200 msec quindi, possono portare alla diagnosi di blocco AV di I grado come la domanda chiedeva. Mancando i valori di età, corporatura e frequenza cardiaca il candidato ha ragionevolmente fatto riferimento alla situazione meno limite, ossia quella di un soggetto adulto, con la frequenza cardiaca nel range sopra specificato e di normale corporatura, insomma una situazione nella “media” e di conseguenza la risposta fornita è indubbiamente esatta. D’altra parte appare esatta anche quella data dalla commissione, la minimo variare dei parametri riportati nella tabella.

L’assenza di corretti parametri di orientamento rendono possibilmente corrette tutte le risposte indicate nel quesito, sicché quella individuata dalla Commissione come esatta è in realtà arbitraria.

La giurisprudenza si è già espressa sulla rilevanza dell’inattendibilità scientifica dei questi del test a risposta multipla, chiarendo: “*il Collegio è persuaso che i quesiti oggetto di contestazione presentino **elementi di dubbia attendibilità scientifica, al punto da ritenere non ragionevole che gli stessi abbiano potuto costituire utili strumenti di selezione degli studenti da ammettere ai corsi universitari.** I quesiti scrutinati lasciano ampi margini di incertezza in ordine alla risposta più corretta da fornire e si rivelano per ciò solo inadatti ad assurgere a strumento selettivo per l’accesso ad un corso universitario, dato che la loro soluzione non costituisce il frutto di un esercizio di logica meritevole di apprezzamento*” (Cons. Stato, Sez. VI, 26 ottobre 2012, n. 5485, da ultimo Sez. VI, ord. 29 aprile 2016, n. 1565, est. Castriota Scandenberg). In un sistema di selezione a quiz come quello che ci occupa, ove i concorrenti sono tutti collocati nell’ambito di pochi punti è imprescindibile “*che l’opzione, da considerarsi valida per ciascun quesito a risposta multipla, sia l’unica effettivamente e incontrovertibilmente corretta sul piano scientifico, costituendo tale elemento un preciso obbligo dell’Amministrazione*” (T.A.R.Lombardia Milano Sez. I, 29 luglio 2011, n. 2035; T.A.R. Campania Napoli,

Sez. IV, 30 settembre 2011, n. 4591; 28 ottobre 2011, n. 5051). Parte ricorrente ha omesso o errato a rispondere alle domande di cui sopra e, perciò al suo punteggio va assegnato un ulteriore punto a domanda che consentirebbe di superare la soglia minima per accedere al corso.

Quanto sin qui esposto dimostra inoltre come il test somministrato ai candidati non sia stato sottoposto ad alcuna procedura di validazione.

B) VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELLA DIRETTIVA 93/16/CE, DEL D.LVO N. 368/1999 DI ATTUAZIONE DELLA STESSA DIRETTIVA.

Con il presente motivo si chiede all'On.le Tribunale di valutare se siano legittime le disposizioni del D.M. 7 marzo 2006 (e tra queste quella di più immediata evidenza è l'art. 17) ed il successivo bando regionale di indizione del concorso, nella parte in cui, allo stato, non consenta, per i soggetti successivamente gradati rispetto a quelli che legittimamente abbiano ottenuto l'ammissione con borsa (e che oggi abbiano in parte qua impugnato gli esiti e la previsione regolamentare), l'ammissione al medesimo corso, senza riconoscimento della borsa studio, sulla base delle necessità del fabbisogno e delle capacità formative regionali.

b.1. L'inesistenza di un obbligo comunitario di pagamento della borsa.

L'art. 24, par. c) l'allegato 1 Direttiva 93/16/CEE precisa che la formazione dei medici c.d. "specializzandi" dovesse essere svolta a tempo a tempo pieno chiarendo, nell'allegato 1, che essa "implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che lo specialista in via di formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno, secondo le modalità fissate dalle autorità competenti". Ai sensi dell'allegato alla direttiva 82/76/CEE nonché dell'allegato 1 della successiva direttiva 93/16/CEE, è espressamente previsto uno specifico obbligo a carico degli Stati membri di corrispondere "un'adeguata retribuzione". Senonché una previsione di taglio analogo (né sull'impegno a tempo pieno né sull'adeguata retribuzione), sempre a livello comunitario, **non è prevista per la formazione del medico di medicina generale.**

E infatti l'art. 31 stabilisce, per quanto qui ci interessa, che la formazione deve:

- a) avere una durata di almeno tre anni a tempo pieno e svolgersi sotto il controllo delle autorità o degli enti competenti;
- b) essere più pratica che teorica. L'insegnamento pratico è impartito, per sei mesi almeno, in un centro ospedaliero abilitato che disponga delle attrezzature e dei servizi necessari nonché, per sei mesi almeno, presso un ambulatorio di medicina generale riconosciuto o un centro riconosciuto nel quale i medici dispensano cure primarie; esso si svolge in contatto con altri istituti o strutture sanitarie che si occupano di medicina generale; tuttavia, fatti salvi i periodi minimi summenzionati, la formazione pratica può essere dispensata durante un periodo massimo di sei mesi presso altri istituti o strutture sanitarie riconosciuti che si occupano di medicina generale;
- c) comportare una partecipazione personale del candidato all'attività professionale e alle responsabilità delle persone con le quali lavora".

Come si vede immediatamente, la tipologia di formazione prevista per le due categorie di medici differisce per un particolare fondamentale, che per l'Europa, la formazione del medico specialista avviene secondo il surriferito art. 31, ***“per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno”***, mentre per quella del medico di medicina generale, stando alle intenzioni del legislatore comunitario, ***l'impegno formativo non doveva avvenire per tutta la settimana lavorativa, ma in termini diversi, tali da conciliarsi con lo svolgimento di un'ulteriore attività lavorativa.***

Prova ne è che il Legislatore comunitario ha imposto l'obbligo di adeguata remunerazione solo per gli “specializzandi” e non per i corsisti di medicina generale. Invece, il legislatore nazionale, per come si è avuto modo di accennare, nel recepire l'anzidetta direttiva, con l'art. 24, co. 3 D.lgs. n. 368/1999, andando ben oltre quella che era la ratio della citata direttiva, ha stabilito che “la formazione a tempo pieno, implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno”.

Semplicisticamente, il legislatore interno, sostituendo la locuzione “lo specialista in via di formazione”, indicata nell'art. 24 della direttiva, con quella “medico in formazione”, indicata nell'art. 24, co. 3 del D.lgs. 368/1999, ha applicato a quest'ultima categoria la tipologia di formazione totalizzante che il legislatore comunitario, nelle sue intenzioni, aveva riservato solo al medico specializzando, tanto che con l'art. 11. D.M., 7 marzo 2006 gli è stato precluso lo svolgimento di ulteriori attività lavorative, proprio come accade per lo “specialista in formazione”.

Volendo sintetizzare al massimo, la normativa nazionale impone per entrambe le tipologie di formazione un impegno totalizzante, anche se strutturato in modalità differenti, ***“per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno”*** e, per entrambe (seppur dal 2006 con entità differente), nonostante la differente scelta comunitaria, il pagamento di una retribuzione (“adeguata” nel caso degli specializzandi, ed a titolo di borsa di studio e come tale tutt'altro che congrua in rapporto all'attività lavorativa svolta – pari a 800 euro lordi – per i corsisti di medicina generale). L'inesistenza di un obbligo comunitario è pacifico come chiarito dal Ministero della Salute: *“dall'esame della normativa europea, si evince che, se per i medici specializzandi il legislatore comunitario ha espressamente previsto uno specifico obbligo a carico degli Stati membri di corrispondere “un'adeguata remunerazione” per tutta la durata della formazione (cfr. Allegato alla direttiva 82/76/CEE ed alla successiva direttiva 93/16/CEE), uguale imposizione non è stata disposta anche in favore dei medici del corso di formazione specifica in medicina generale. E' palese, quindi, che il legislatore comunitario abbia inteso riferirsi esclusivamente alla formazione dei medici specialisti e non anche a quella prevista per i medici di medicina generale”*.

b.2. L'inesistenza di un obbligo normativo (con fonte di legge) interno al riconoscimento economico.

Come parimenti anticipato, proprio in quanto non vi è un obbligo comunitario, il D.Lgs. n. 368/1999 non impone affatto che al corsista di medicina generale venga corrisposta la borsa di studio.

A differenza dell'art. 39, riferito alle specializzazioni universitarie, a mente del quale *“al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo”*, gli articoli dedicati alla medicina generale non prevedono alcun riferimento, positivo, a presunti emolumenti da versare.

L'art. 25, difatti, si limita a stabilire che *“Le regioni e le province autonome entro il 31 ottobre di ogni anno determinano il contingente numerico da ammettere annualmente ai corsi, nei limiti concordati con il Ministero della salute, nell'ambito delle risorse disponibili”*, con ciò riferendosi genericamente agli oneri da sostenere per l'attivazione, la gestione ed il completamento della formazione, mentre l'art. 24 è l'unico a citare l'esistenza della borsa di studio, ma in senso negativo.

Ai sensi del comma 6, difatti, *“non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno di formazione e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione della borsa di studio”*.

Non vi è, dunque, alcuna norma interna che onera lo Stato al pagamento della borsa di studio per i corsisti di medicina generale e, che si porrebbe d'ostacolo alla possibilità di una formazione, priva di tale sussidio, in ipotesi di necessità del fabbisogno e nell'ambito delle capacità formative delle singole Regioni.

*

b.3. L'esistenza di un obbligo regolamentare al pagamento delle borse di studio di cui si chiede la declaratoria di illegittimità.

Come anticipato, l'unica norma che impone il pagamento della borsa di studio è quella prevista dall'art. 17 del D.M. Salute del 7 marzo 2006. Tale norma, ove interpretata nel senso di un onere esclusivo da parte dello Stato di versare la borsa di studio è illegittima, nell'ipotesi in cui il fabbisogno imponga una maggiore necessità di formazione di medici di medicina generale e le Regioni dimostrino una contestuale maggiore capacità formativa.

In estrema sintesi, dunque, ove tali fattori siano reali ed esistenti, è illegittimo che le Regioni non bandiscano quanti posti siano in grado di formare, solo in ragione del vincolo economico del pagamento della borsa.

Perciò, dimostrata l'assenza di un vincolo comunitario o interno di conferire tali borse, appare pacifico che non sussiste ostacolo, ritenendo illegittimo in parte qua, il D.M. 7 marzo 2006, ad accostare, accanto alla formazione retribuita per i più meritevoli, una non

retribuita per gli idonei ma gradati deteriormente che ritengano, comunque, di volersi formare. Così come chiarito dallo stesso Ministero con il Decreto 7 giugno 2017, ove il dettato *“non è previsto ne' dalla direttiva 93/16/CEE, ne' dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, di attuazione”*, non possono esservi ostacoli alla declaratoria di illegittimità ove si ritenga che la mancata previsione di ulteriori posti senza borsa, leda altri principi costituzionalmente garantiti. **Nella specie, difatti, non v'è ragione per non tutelare il diritto allo studio, post lauream, ed alla formazione professionale, oltre che al lavoro, se gli altri beni a cui in precedenza abbiamo fatto riferimento (il fabbisogno, i livelli formativi e le scelte discrezionali) non vengono intaccati. L'ammissione al corso di formazione, peraltro, autorizza tali aspiranti matricole ad esercitare quel diritto allo studio e alla formazione professionale di spessore costituzionale sancito, senza alcuna limitazione di sorta, dall'art. 34 Cost.**

*

b.4. L'esistenza di un fabbisogno nettamente più alto rispetto alle borse bandite e la pacifica capacità formativa delle Regioni.

Il fabbisogno. Il fabbisogno, dovuto alla carenza di medici di medicina generale è giunto ad un livello “drammatico”.

I dati in atti, difatti, dimostrano una carenza variabile tra il 40 ed il 65% del fabbisogno minimo in 11 regioni su 20. Del 20-25% su ulteriori 5. Solo 4 (Valle d'Aosta, Umbria, Basilicata e Molise, con il numero di abitanti nettamente minore tutte messe assieme del Lazio) non mostrano criticità.

Pensionamenti e poche assunzioni: l'anno “nero”, che registrerà il picco delle uscite per i medici di base è proprio il 2022, ultimo anno del corso triennale oggetto di causa. L'allarme è stato lanciato a più riprese anche dal segretario della Fimmg Silvestro Scotti. Ma d'altro canto i dati parlano chiaro, immortalando una situazione sul fronte dei medici di medicina generale davvero allarmante.

Nello specifico, nei prossimi 5 anni smetteranno di lavorare 14.908 medici di famiglia. Il problema maggiore che si registra è che alle uscite non corrisponderanno adeguate entrate di forze giovani, il famoso *“collo di bottiglia”*. Analizzando i dati, regione per regione, saranno soprattutto Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia. Nel 2020 infatti verranno a mancare in particolare nel Lazio 1313 medici, registrando massiccio numero di pensionamenti da qui al 2025.

In punto di **capacità formativa**, invece, il dato, anche qui ultranotorio perché ha addentellati positivi, spiega perché le Regioni sono capaci, senza necessità di modifica alcuna delle proprie risorse, di formare un numero di gran lunga maggiore rispetto ai posti banditi.

In disparte la nota possibilità di accedere in sovrannumero ai corsi per i medici laureati prima del 1991, ex Legge n. 401 del 29/12/2000 si veda, da ultimo, il D.A. Sicilia 11 dicembre 2018 con il quale, anche in tal caso senza alcun riguardo al numero dei soggetti che vorranno iscriversi, in sovrannumero e senza borsa al corso,

viene consentito a soggetti, con determinate qualità (cui non appartiene il ricorrente), appunto, di partecipare.

Nonché la possibilità di accedere in soprannumero al corso a mezzo graduatoria riservata ex art. 12 co. 3 Dl. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019 con cui si ammettono al corso *fino al 31 dicembre 2021 i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e già risultati idonei al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, che siano stati incaricati, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale, accedono al predetto corso, tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio. Accedono in via prioritaria all'iscrizione al corso coloro che risultino avere il maggior punteggio per anzianità di servizio maturata nello svolgimento dei suddetti incarichi convenzionali, attribuito sulla base dei criteri previsti dall'accordo collettivo nazionale vigente per il calcolo del punteggio di anzianità di servizio. I medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale sono interpellati, in fase di assegnazione degli incarichi, comunque in via prioritaria rispetto ai medici di cui ai periodi precedenti.*

Prova, dunque, pur se nella specie riferita ad altra Regione, inconfutabile e documentale che, allo stato, non vi è un problema per le Regioni di formare, adeguatamente, più medici di medicina generale ma vi è, esclusivamente, una carenza di fondi per il finanziamento delle borse. L'accesso al corso è precluso perché non vi sono i fondi per finanziare il corso stesso (ed i discenti in particolare).

Parte ricorrente chiede, infatti, che venga dichiarata l'illegittimità in parte qua del D.M. nella parte in cui non consente un'eventuale ammissione oltre il numero dei posti banditi con borsa a soggetti, successivamente gradati e meno meritevoli rispetto all'esito della prova, senza borsa, in ragione dell'effettiva necessità del fabbisogno e della capacità formativa della Regione.

Al contrario, in ipotesi, come quella che lo stesso Ministero dipinge, di carenza **“drammatica”** di medici, è illegittimo non trovare soluzioni utili alla formazione.

La C.G.E., rappresentando un quadro quanto mai attinente rispetto a quello che caratterizza l'attuale fase di contingenza del nostro Paese in tale ambito, ha recentemente evidenziato come **non possa escludersi “che un'eventuale limitazione del numero complessivo di studenti nei corsi di formazione interessati – segnatamente al fine di garantire il livello qualitativo della formazione – sia atto a ridurre, proporzionalmente, il numero di diplomati disposti a garantire, nel tempo, la disponibilità dei servizi sanitari sul territorio interessato, il che potrebbe successivamente incidere sul livello di protezione della sanità pubblica.** A tal riguardo, si deve riconoscere che una penuria di operatori sanitari porrebbe **gravi problemi per la protezione della sanità pubblica** e che la prevenzione di tale rischio **ESIGE** la presenza di un numero sufficiente di diplomati sul territorio

medesimo per esercitare una delle professioni mediche o paramediche contemplate dal decreto oggetto della causa principale”. E, in tal caso, ove quindi “sussistano incertezze quanto all’esistenza o alla rilevanza di rischi per la tutela della sanità pubblica sul proprio territorio”, **lo Stato membro è addirittura tenuto ad “adottare misure di protezione senza dover attendere che si verifichi la penuria di operatori sanitari”** (C.G.E., Sez. Grande, 13 aprile 2010, C 73/08, cit.).

Se, pertanto, le risorse economiche fossero sufficienti a coprire il fabbisogno formativo, è evidente che nessuna illegittimità potrebbe essere rintracciata nella scelta di bandire, solo, posti con borsa. Se, al contrario, come nel caso che ci occupa, il fabbisogno è “drammaticamente” superiore, è illegittimo che a fronte di un inesistente obbligo comunitario di bandire esclusivamente posti con borsa, non si consenta, la possibilità di formarsi a soggetti partecipanti alle prove di 20 ammissioni, idonei alla selezione, e gradati appena dietro i soggetti fruitori dei posti con borsa.

*

b.4. Gli effetti, sin dalla fase cautelare, dell'accoglimento del vizio.

La drammaticità della situazione impone la possibilità che ben prima di una modifica, in parte qua, del D.M. il ricorrente possa accedere alla formazione.

D'altra parte non può esservi dubbio che l'ammissione sovranumeraria debba essere limitata al solo ricorrente (T.A.R. Palermo Sez. I, 21 dicembre 2009, n. 2162) giacché la clausola del bando impugnata (che non consente allo stato l'esistenza di posti senza borsa), è immediatamente lesiva, ragion per cui, un diverso ragionamento, risulterebbe inconciliabile con gli oneri decadenziali imposti ad ogni candidato a fronte di un'espressa previsione del bando lesiva. Nella specie, difatti, è come se, in virtù dell'accoglimento, sopravvenissero un numero ulteriore di posti disponibili, non banditi per carenza di fondi, ad oggi, assegnabili. In tal caso **“L'amministrazione deve, quindi, procedere allo scorrimento della graduatoria definitiva di cui trattasi seguendo l'ordine della medesima e sulla base dei punteggi conseguiti da parte dei singoli candidati e, quindi, attribuire i posti che effettivamente siano rimasti scoperti – tenendo conto sia delle sedi disponibili che delle relative preferenze espresse nella domanda di partecipazione - avuto esclusivo riguardo nella predetta operazione di scorrimento - quanto alle posizioni da scorrere - ai candidati che abbiano presentato ricorso avverso il D.M. n. 50/2016 e abbiano conseguito in sede giurisdizionale un provvedimento favorevole in sede cautelare o di merito, con l'avvertenza, quanto alla posizione del singolo ricorrente interessato dai predetti provvedimenti giurisdizionali”** (Sez. III bis, 2 febbraio 2017, n. 1735; da ultimo Pres. Savoia, Calandra; Consiglio di Stato, Sez. VI, 30 marzo 2018, n. 1444 e da ultimo 3 dicembre 2018, n. 6837).

C) VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3, 33, ULTIMO COMMA, 34, COMMI 1 E 2 E 97 COST. VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELLA L.N. 368/1999 E

DELL'ART. 2 DEL PROTOCOLLO AGGIUNTIVO DELLA CEDU. ECCESSO DI POTERE PER ERRONEITÀ DEI PRESUPPOSTI DI FATTO E DI DIRITTO, ILLOGICITÀ, INGIUSTIZIA MANIFESTA, DISPARITÀ DI TRATTAMENTO.

Come è noto, la procedura selettiva, giusto D.M. 7 marzo 2006 e bando di concorso, si è tenuta su base regionale ma con test uguale per tutte le sedi nazionali e svolto in contemporanea in tutte le Regioni d'Italia. Una prova *one shot* da poter provare in unica Regione, consistita nella somministrazione di un questionario di 100 domande a risposta multipla, su argomenti di medicina clinica, con unica risposta esatta per singolo quesito. Quello di medicina generale è l'unico caso di formazione post lauream che, pur se regolato dalla medesima fonte interna (D.Lgs. n. 368/99 in recepimento delle direttive europee n. 2001/19/CE), è gestito su graduatorie locali (recte regionali) in ragione delle quali può accadere che i candidati siano ammessi o esclusi non per il loro punteggio, ma esclusivamente, per la Regione scelta.

Così come statuito dal Consiglio di Stato *“l'ammissione al corso di laurea non dipende in definitiva dal merito del candidato, ma da fattori casuali e affatto aleatori legati al numero di posti disponibili presso ciascun Ateneo e dal numero di concorrenti presso ciascun Ateneo, ossia fattori non ponderabili ex ante. Infatti, ove in ipotesi il concorrente scegliesse un dato Ateneo perché ci sono più posti disponibili e dunque maggiori speranze di vittoria, la stessa scelta potrebbero farla un numero indeterminato di candidati, e per converso in una sede con pochi posti potrebbero esservi pochissime domande”* (Cons. Stato, VI, Ord. 18 giugno 2012, n. 3541). Coloro che conseguono in una data Regione un punteggio più elevato di quello conseguito da altri in un'altra Regione, rischiano di essere scartati, e dunque posposti, solo in virtù del dato casuale del numero di posti e di concorrenti in ciascuna Regione. Questo è del tutto contrario alla logica del concorso unico nazionale.

Così come appare penalizzante l'accettazione ex art. 12 co. 3 Dl. 35/2019 che rischia di comportare l'ammissione di medici tramite graduatoria riservata senza borsa di studio purché siano stati incaricati, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale, accedono al predetto corso. Nonché l'accesso in via prioritaria all'iscrizione al corso coloro dei medici che risultino avere il maggior punteggio per anzianità di servizio maturata nello svolgimento dei suddetti incarichi convenzionali nonostante possano aver conseguito un punteggio al test decisamente irrisorio rispetto ad altri candidati che abbiano conseguito un punteggio superiore e inseriti regolarmente in graduatoria regionale ma che, loro malgrado, risulteranno esclusi non avendo conseguito la predetta anzianità di servizio.

Nello specifico, dirimente è il confronto con i candidati in graduatoria riservata per la Regione Lazio. Il primo candidato ha ottenuto un punteggio di 46,3 punti al test ed è stato ammesso al corso, contro i 65 punti del ricorrente che nonostante tutto, seppur ammesso in graduatoria, si è posizionato ben oltre l'ultimo posto utile.

E ancor più emblematico il confronto con il resto dei 45 candidati ammessi con graduatoria riservata, nello specifico già dal quarto posto i candidati hanno totalizzato un punteggio sotto i 20 punti, tanto che l'ultimo candidato in quarantacinquesima posizione avrà accesso al corso avendo totalizzato un punteggio di 6,5!!! (all. 29)

Una tale circostanza non può che apparire impari e ingiustificata se si considera che tutti i candidati hanno sostenuto

il medesimo test!!!!

In tal modo non solo si lede l'eguaglianza tra i candidati, e il loro diritto fondamentale allo studio [diritto sancito anche dall'art. 2 del protocollo addizionale alla CEDU, Carta europea dei diritti dell'uomo protocollo firmato a Parigi il 20 marzo 1952 (a tenore del quale "il diritto all'istruzione non può essere rifiutato a nessuno", nonché, limitatamente alle materie di competenza dell'Unione europea, dall'art. 14 della Carta di Nizza, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea)], atteso che i candidati non vengono ammessi in base al merito, ma in base a fattori casuali e aleatori, ma si lede anche il principio di buon andamento dell'Amministrazione, atteso che la procedura concorsuale non sortisce l'esito della selezione dei migliori.

Si determina, in definitiva, una ingiusta penalizzazione della aspettativa dei candidati di essere giudicati con un criterio meritocratico, senza consentire alle Regioni la selezione dei migliori; la scelta degli ammessi risulta dominata in buona misura dal caso. Sicché è violato anche il principio di ragionevolezza e logicità delle scelte legislative (art. 3 Cost.).

Né possono opporsi, alla soluzione della graduatoria unica, ragioni organizzative o di autonomia regionale, ostandovi il principio di ragionevole proporzionalità tra mezzi impiegati e obiettivo perseguito; esigenze organizzative non possono infatti ragionevolmente penalizzare il diritto alla formazione professionale sulla base di un criterio meritocratico. Non si tratta, quindi, di sindacare una tra le tante possibili opzioni lasciate alla discrezionalità del legislatore, perché una volta che il legislatore abbia optato, a monte, per il sistema meritocratico dei tests unici nazionali da svolgersi nello stesso giorno in tutte le Regioni, non può che residuare l'unica opzione della graduatoria unica nazionale, e non quella delle graduatorie plurime a cui si accede con diversi punteggi minimi.

Una volta che il legislatore abbia, nella sua insindacabile discrezionalità, optato per il criterio meritocratico, esso deve essere portato alle estreme conseguenze e non può essere contraddetto da un metodo applicativo non meritocratico in cui i punteggi minimi di accesso varino da Università a Università a fronte di un concorso unico (arg. Cons. Stato, Sez. VI, ord. n. 2012, cit.).

SULLA DOMANDA PRINCIPALE DI ANNULLAMENTO DEL DINIEGO DI AMMISSIONE E SOLO SUBORDINATAMENTE DELL'INTERA PROVA

L'acclarato vizio di una delle modalità di svolgimento della prova, rende illegittima l'esclusione dal novero degli ammessi di tutti quei soggetti aspiranti collocati in graduatoria con un punteggio positivo quali idonei non vincitori. Il diritto alla formazione professionale, infatti, può essere compreso solo all'esito di una selezione conforme a legge in difetto della quale, questi si rispande consentendo ai partecipanti, comunque ritenuti idonei alla selezione, di riaffermare la propria scelta (in tal senso si veda T.A.R. L'Aquila, Sez. I, 26 luglio 2012, n. 521). Sul punto si richiama la giurisprudenza formatasi in tal senso (**Consiglio di Stato**, Sez.

VI, n. 4474 del 24 settembre 2015; 9 giugno 2014, n. 2935; **Sez. II, par. 6 ottobre 2011, n. 3672**; **C.G.A., 10 maggio 2013, n. 466** che ha confermato la sentenza di primo grado con la quale in ipotesi di violazione dell'anonimato si era optato per l'ammissione dei ricorrenti e non per l'annullamento della procedura; **T.A.R. Palermo, Sez. I, 28 febbraio 2012, n. 457**; **T.A.R. Lombardia – Brescia, Sez. II, 15 dicembre 2011, n. 927**, confermata in sede di merito con sentenza **16 luglio 2012, n. 1352**; **T.A.R. Campania, Sez. IV, 28 ottobre 2011, n. 5051**; **T.A.R. Toscana, Sez. I, 27 giugno 2011, n. 1105**; già prima del nuovo codice si vedano, tra le altre, **T.A.R. Calabria - Reggio Calabria, n. 508/2008** e **T.A.R. Sicilia, Catania, Sez. III, 28 agosto 2008, n. 1528**).

La seconda delle soluzioni è quella risarcitoria in forma specifica che verrà esplicitata nel paragrafo dedicato.

*

ISTANZA EX ART. 116 C.P.A. E ISTRUTTORIA

Regione e Ministero hanno solo in parte evaso l'istanza d'accesso. Si insiste, dunque, per l'ostensione dei seguenti atti:

- copia dei provvedimenti, ove esistenti, delle procedure di validazione a cui è stato sottoposto il test di ammissione al corso di formazione in medicina generale svolto dagli istanti;
- copia della documentazione relativa al procedimento intrapreso dalla Regione per mezzo della quale è stata individuata l'entità del contingente numerico da ammettere per ciascun anno al Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Lazio – (triennio 2019/2022), anche sulla base delle previsioni relative all'assegnazione di zone carenti di assistenza primaria (art. 25 D.Lgs 368/1999) nonché sulle capacità formative della rete di formazione all'uopo destinata per lo svolgimento dei corsi;
- copia della nota con la quale il Ministero della Salute, per il tramite del Coordinamento Commissione salute, ha asseverato la richiesta formulata dalla Regione in merito al numero di posti da bandire per il concorso de qua (fabbisogno formativo triennio 2019-2022) e con la quale ha altresì individuato le relative disponibilità finanziarie e della *“determinazione dei contingenti”* che *“consegue ad una previsione triennale del fabbisogno, effettuata sulla base delle effettive esigenze, correlate sia al numero degli iscritti alle graduatorie regionali per la medicina convenzionata ancora*

non occupati, sia alle previsioni dei pensionamenti dei medici in servizio ed alla verifica delle zone carenti e relativi posti disponibili, in base al rapporto ottimale previsto dagli accordi nazionali vigenti", di cui all'art. 1 del D.M. 7 marzo 2006;

- copia degli atti relativi alla nomina della commissione preposta alla formulazione dei quesiti, nominata ai sensi dell'art. 3 del decreto 7.3.2006, e i verbali relativi alle attività svolte.

*

ISTANZA DI RISARCIMENTO DANNI IN FORMA SPECIFICA

Ove si ritenesse di non poter accogliere la domanda principale di annullamento del diniego con conseguente espansione del diritto alla formazione professionale costituzionalmente protetto ed ammissione al corso cui si aspira, in via subordinata si chiede di beneficiare del risarcimento del danno in forma specifica e, quindi, dell'ammissione al corso (cfr. T.A.R. Molise, Campobasso, 4 giugno 2013, n. 396).

*

ISTANZA DI RISARCIMENTO DANNI

Solo in via subordinata si spiega domanda risarcitoria in termini economici stante i danni da mancata promozione e da perdita di *chance* subiti (Cass., Sez. lav., 18 gennaio 2006, n. 852).

*

ISTANZA CAUTELARE

Il ricorso è fondato e verrà certamente accolto. Quanto al *fumus boni iuris*, ci si riporta a quanto rilevato nei motivi di ricorso che danno evidenza del fondamento giuridico della presente istanza. In ordine al *periculum in mora*, ci si permette di portare all'attenzione dell'On.le Tribunale adito l'esigenza di ottenere una pronuncia cautelare con la massima urgenza. Infatti, la mancata concessione della misura cautelare impedirebbe a parte ricorrente di poter effettuare, nelle more della definizione di merito del contenzioso, l'iscrizione al corso al fine di non veder vanificata la possibilità di frequentare il corso di medicina generale per cui è causa e pregiudicando irreparabilmente la possibilità di ottenere il bene della vita cui aspira. Essendovi la richiesta di ammissione senza borsa, peraltro, non vi sarebbero neanche problemi di gestione da parte della Regione.

Si ribadisce che allo stato la graduatoria in corso di scorrimento è al momento ferma al n. 259 con un punteggio di 70 punti. Parte ricorrente ha omissis o errato a rispondere alle domande di cui sopra dalla formulazione errata o ambigua e, perciò al suo punteggio va assegnato un ulteriore punto a domanda (arrivando a un punteggio totale di 71) che gli consentirebbe di superare immediatamente la soglia minima per accedere al corso, come auspicabile.

La misura cautelare, peraltro, potrebbe essere concessa anche nelle forme del mero riesame. Anche con la tecnica del remand, difatti, potrà essere ordinato alla Regione di valutare se, in ragione dei propri fabbisogni così determinati ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.M. 7 marzo 2016, e delle proprie capacità

formative, è possibile l'ammissione sovranumeraria del ricorrente. Non paiono sussistere ostacoli, peraltro, ove vi fosse un'incidenza in termini di costi di gestione del corso per le unità sovranumerarie, all'onere per le stesse del versamento di una tassa di iscrizione all'uopo congrua e ragionevole.

Per questi motivi,

SI CHIEDE

che Codesto On.le Tribunale, previo accoglimento della superiore istanza cautelare ex art. 55 comma 10 cpa e annullamento in *parte qua* dei provvedimenti in epigrafe, e solo per quanto di interesse di parte ricorrente, voglia annullare tutti gli atti in epigrafe, *“limitatamente alla parte in cui il ricorrente non è collocato in posizione utile per l'ammissione al suddetto Corso di [formazione]”* riconoscendo il diritto di parte ricorrente ad essere ammesso al corso di formazione cui aspira *“al fine, anche di salvaguardare la posizione di altri candidati incolpevolmente ammessi al corso di laurea in questione”* (T.A.R. Catania, Sez. III, 28 agosto 2008, n. 1528) ed anche senza riconoscimento economico di borsa di studio.

In particolare, al fine di gradare la delibazione dei diversi motivi:
1) in via principale, in accoglimento del ricorso, Voglia annullare il diniego di ammissione al corso di formazione e, per l'effetto ammettere parte ricorrente al corso di formazione presso la Regione in epigrafe e solo in via subordinata, gli altri provvedimenti impugnati;

2) in via subordinata ove codesto On.le Tribunale non ritenga di poter annullare il solo diniego di ammissione assumendo quindi che i motivi, se favorevolmente delibati, conseguono l'annullamento integrale della procedura di concorso e non il mero diniego di ammissione, in accoglimento del ricorso, condanni le Amministrazioni intimate **al risarcimento del danno in forma specifica ex art. 30, comma 2, c.p.a.;**

3) in via ulteriormente gradata, in accoglimento degli altri motivi, annulli tutti gli atti in epigrafe e, quindi, l'intero concorso.

Con vittoria di spese e compensi di difesa.

Si producono:

1. Graduatoria Regionale pubblicata sul Bur Lazio n. 12 Suppl. n.1 dell'11.02.2020;
2. Bando Regione Lazio, Determinazione 9 ottobre 2019 n. G13521 BUR Lazio n. 82 del 10.10.2019;
3. Determinazione Regionale del 16.01.2020 n. G00322 pubblicata sul Bur Lazio n. 10- Suppl. n. 1 del 04.02.2020 di nomina delle commissione d'esame;
4. DM 7.3.2006;
5. Direttiva 93/16 CEE;
6. D.Lvo n. 368/1999;
7. Bando DL Calabria DL 35/2019 convertito con L. 60/2019;
8. Registro Ufficiale Regione Lazio;
9. Risp versione C;
10. Risposte Farina;

11. Elaborato 3;
12. Anagrafica Farina;
13. “EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure” redatta dall’associazione europea per lo studio del fegato (EASL);
14. Goldman-Cecil, nella sua più recente edizione, a pagina 662;
15. Harrison Principi di medicina interna pg. 2314;
16. LG ESMO;
17. Kellner C, *Erythrocyte Sedimentation Rate*, Medscape Reference;
18. Graves – Basedow Golden – Cecil;
19. Graves – Basedow Harrison;
20. “Serum levels of inflammatory markers in patients with thyroid dysfunction and their association with autoimmunity status” (Esen Savas, Ahmet Ziya Sahin, Sefika Nur Aksoy, Ayse Tascan, Zeynel Abidin Saymer, Mesut Ozkaya; Published february 29, 2016;
21. Linee Guida ESC;
22. studio svedese (Zöller B, Li X, Sundquist J, Sundquist K. Risk of subsequent coronary heart disease in patients hospitalized for immune-mediated diseases: a nationwide follow-up study from Sweden. PLoS One. 2012;
23. Golden – Cecil cap. 79 tab. 79-3;
24. studio riportato nell’articolo “HPLC-mass Spectrometry Method for Quantitative Detection of Neuroendocrine Tumor Markers: Vanillylmandelic Acid, Homovanillic Acid and 5-hydroxyindoleacetic Acid” (Luana Lionetto 1, Alfonso M Lostia, Antonio Stigliano, Patrizia Cardelli, Maurizio Simmaco);
25. studio “Simultaneous Analysis of Neuroendocrine Tumor Markers by HPLC-electrochemical Detection” (T Manickum);
26. Linee guida AIOM 2019 Neoplasie neuroendocrine sottolinea a pagina 201;
27. Harold Friedman II edizione “Il Pensiero Scientifico Editore” pg. 61;
- 28 Harold Friedman II edizione de “Il Pensiero Scientifico” tab. 1 dell’appendice;
29. BUR del Lazio n. 19 del 05.03.2020.

Latina, 03.06.2020

Dott.ssa Luana Morelli

Avv. Davide Iobbi

Si chiarisce che il presente atto è composto di n. 26 pagine e rientra dunque nei limiti dimensionali prescritti. Ai soli fini delle disposizioni sul contributo unificato si dichiara che la presente causa è di valore indeterminabile e che il contributo ammonta ad euro 325,00 trattandosi dell’impugnazione di atti e provvedimenti relativi a una procedura concorsuale volta all’instaurazione di rapporti di tirocinio e/o formazione retribuita con la Pubblica Amministrazione.

Il sottoscritto Avv. Davide Iobbi dichiara di voler ricevere le comunicazioni e gli avvisi previsti dalla legge al n. 0773 693314 pec avvdauideiobbi@puntopec.it.

Dott.ssa Luana Morelli

Avv. Davide Iobbi