

All'Assemblea federale
3003 Berna

Rapporto

del Tribunale federale delle assicurazioni

sulla sua gestione nel 1998

del 18 gennaio 1999

Onorevole Signora Presidente,
Onorevole Signor Presidente,
Onorevoli Signore e Signori,

Conformemente all'art. 21 cpv. 2 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria ci preghiamo sottoporvi il nostro rapporto di gestione concernente l'attività svolta nel 1998.

Gradiscano, Onorevole Signora Presidente, Onorevole Signor Presidente, Onorevoli Signore e Signori, l'espressione della nostra più alta considerazione.

18 gennaio 1999 In nome del Tribunale federale delle assicurazioni:

Il presidente: Meyer
Il segretario generale: Medici

Allegato: Sunto della giurisprudenza pubblicata nel 1998

A. COMPOSIZIONE DEL TRIBUNALE

La composizione del Tribunale non ha subito nel corso dell'anno nessuna modificazione.

Il signor giudice federale Ulrich Meyer ha esercitato la funzione di presidente e il signor giudice federale Alois Lustenberger quella di vicepresidente.

B. ATTIVITÀ DEL TRIBUNALE

I. Relazioni con il Tribunale federale

I membri delle Corti di diritto pubblico del Tribunale federale e del nostro Tribunale si sono riuniti in seduta comune il 24 settembre al Castello di Landshut (art. 127 cpv. 3 OG). In occasione di questo incontro è stato trattato il tema "Vie di diritto e competenze giurisdizionali nell'ambito dell'applicazione della legge sull'assicurazione malattia/LAMal (dal profilo del diritto a un processo secondo l'art. 6 n. 1 CEDU)". La IIa Corte civile del Tribunale federale era pure rappresentata a questa seduta data la sua competenza nei litigi in materia d'assicurazione malattia di diritto privato.

Le commissioni amministrative dei due Tribunali si sono incontrate in due sedute comuni al fine di coordinare diverse questioni, in particolare quelle riguardanti il personale.

Una delegazione del Tribunale ha partecipato ai festeggiamenti dei tre poteri in occasione del 150° dello Stato federale, che hanno avuto luogo il 13 giugno al Tribunale federale. Il nostro Tribunale ha aperto al pubblico l'esposizione "La Giustizia - il terzo Potere" dal 16 al 30 ottobre.

II. VOLUME DELLE CAUSE

Le statistiche e i grafici della parte C contengono indicazioni sulla evoluzione del volume delle cause, sul modo di liquidazione delle stesse e sulla durata media delle procedure per ogni ramo assicurativo. Il numero delle nuove cause incoate ammonta a 2205 (2019), ciò che corrisponde ad un incremento rispetto all'anno scorso di 186 casi. L'aumento si è manifestato in modo particolare: nel campo dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (+ 40), in quello dell'assicurazione per l'invalidità (+ 52), nell'assicurazione contro gli infortuni, compresa la prevenzione delle malattie professionali (+ 40) e nell'assicurazione contro la disoccupazione (+ 49). Negli altri rami (fra l'altro l'assicurazione militare, l'ordinamento delle indennità per perdita di guadagno in caso di servizio militare o di protezione civile, gli assegni familiari nell'agricoltura) il numero delle entrate è rimasto praticamente costante.

Complessivamente sono stati liquidati 2151 (1753) casi, ciò che corrisponde a 398 cause in più rispetto all'anno scorso. Questo aumento è dovuto alle misure interne prese all'inizio dell'anno dal Tribunale e introdotte con effetto dal 1° marzo con lo scopo di far fronte al volume delle cause (sentenze brevi, nuova definizione dei modi di collaborazione e di attribuzione delle cause), come pure in parte ai tre posti supplementari di cancellieri e cancelliere accordati dal Parlamento e occupati soltanto a partire dal 1° luglio. I giudici supplenti hanno trattato 206 (135) cause. Il 31 dicembre ne erano pendenti complessivamente ancora 1658 (1604). La durata media delle procedure è stata di ca. 9 mesi come l'anno precedente.

Con il deposito di 2205 (2019) ricorsi di diritto amministrativo il volume delle cause incoate è nuovamente aumentato del 9 % (8 %). In seguito all'aumento del numero delle cause liquidate - sono stati trattati 398 ricorsi in più rispetto all'anno scorso (+ 22 %) - l'aumento delle pendenze si è relativamente stabilizzato (+ 54). Il risultato annuale espresso in cifre, tenuto conto dell'evoluzione del volume delle cause nelle prime settimane del 1999 e della mole di lavoro con la quale il Tribunale è confrontato a tutti i livelli, non può in ogni modo far dimenticare che al volume delle cause, in costante aumento dal 1994, si potrà validamente far fronte a medio e lungo termine soltanto con provvedimenti radicali. Solamente in questo modo il Tribunale federale delle assicurazioni potrà a lungo termine adempiere i compiti essenziali quale Corte suprema delle assicurazioni sociali. La riforma della giustizia prevista nell'ambito della revisione della Costituzione e la revisione totale dell'Organizzazione giudiziaria sono perciò da realizzare in modo urgente (cfr. presa di posizione del Tribunale del 29 gennaio al Dipartimento federale di giustizia e polizia). Se ciò non fosse possibile in tempo utile, una revisione parziale della procedura federale nell'ambito delle assicurazioni sociali (art. 128 seg. OG) deve essere realizzata (cfr. le nostre proposte per misure urgenti nel rapporto di gestione del 1996, pag. 30).

III. Organizzazione e effettivo del personale del Tribunale

L'organizzazione del Tribunale non ha subito modificazioni. L'effettivo del personale conta attualmente 58 (54) posti (32 [+ 3]) cancellieri/cancelliere e segretari/segretarie, 3 collaboratori/collaboratrici occupati nel servizio informatica, di cui 2 sono attivi a Losanna, 4 collaboratori/ collaboratrici del servizio di documentazione, 15 (+ 1) tra funzionari/ funzionarie e impiegati/impiegate dei servizi di cancelleria e di amministrazione e 4 posti di ausiliari.

Il Tribunale ha preso nota con soddisfazione che la sua domanda intesa ad ottenere due posti amministrativi supplementari per la cancelleria è stata accolta dal Parlamento nell'ambito dell'approvazione del preventivo 1999.

Il 17 novembre il Tribunale ha emanato le nuove Direttive sull'assunzione, la retribuzione e la promozione delle redattrici e dei redattori di sentenze, entrate in vigore il 1° gennaio 1999.

Tribunale federale delle assicurazioni

IV. Informatica

Due giudici federali e il segretario generale hanno partecipato ai lavori della commissione informatica dei due Tribunali federali. In collaborazione con le biblioteche svizzere i Tribunali federali hanno realizzato il tesoro giuridico svizzero JURIVOC. Plurilingue, JURIVOC è dall'inizio di dicembre su Internet (www.admin.ch). Attualmente è disponibile in due lingue (tedesco e francese). La versione italiana sarà messa a disposizione nel 1999.

V. Ampliamento dello stabile del Tribunale

L'inoltro della domanda di costruzione alle competenti autorità della città di Lucerna è avvenuto nel luglio 1997. Nel corso dell'anno nessun permesso di costruzione è stato rilasciato. Alla cronica mancanza di spazio si è potuto far fronte affittando uffici e appartamenti nei dintorni del Tribunale.

C. STATISTICA 1998

I. Tabelle

1. Natura delle cause e modo di liquidazione

	Liquidazione negli anni precedenti					Modo di liquidazione					Durata media del processo in mesi				
	Ripporto dal 1997					Ripporto al 1999									
	1994	1995	1996	1997		Entrate	Totale pendenti	Liquidate	Riporto al 1999	Stralcio (Ritiro ecc.)		Irricevibilità	Reiezione	Ammissione	Rinvio
a. Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti	366	338	329	340	289	390	679	420	259	26	94	217	44	39	8,8
b. Ass. per l'invalidità	412	372	418	516	421	639	1060	599	461	15	37	337	97	113	8,7
c. Prestazioni complementari all'AVS/AI	71	65	62	65	57	66	123	69	54	7	11	29	8	14	10,9
d. Previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità	66	38	56	57	59	62	121	66	55	3	6	41	12	4	11
e. Ass. contro le malattie	202	203	158	159	173	204	377	211	166	17	55	84	24	31	8,7
f. Assicurazione contro gli infortuni	223	189	257	220	315	365	680	354	326	11	18	203	55	67	11,1
g. Assicurazione militare	13	9	12	9	2	11	13	4	9	--	--	3	1	--	10,8
h. Ord. sulle indennità per perdita di guadagno	3	2	1	2	--	2	2	--	2	--	--	--	--	--	--
i. Assegni familiari nell'agricoltura	2	1	--	2	--	3	3	2	1	1	1	--	--	--	4,5
k. Assicurazione contro la disoccupazione	294	313	339	382	288	463	751	426	325	16	39	246	75	50	9,2
l. Ricorsi in materia di rapporto di servizio del personale	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Totale	1652	1530	1632	1753	1604	2205	3809	2151	1658	96	261	1160	316	318	9,3
						1)		2)	3)						4)

1) Di cui inoltrate dagli assicurati: 1786; dagli istituti di assicurazione e dall'autorità di sorveglianza: 419

Ripartizione linguistica: tedesco 1490 = 67,6 %; francese 533 = 24,2 %; italiano 182 = 8,2 %

2) Di cui liquidate secondo l'art. 36a OG: 441

3) Di cui entrate nel 1995: 1 (procedura sospesa); 1997: 225; 1998: 1432

4) Media ponderata (senza tener conto delle procedure sospese)

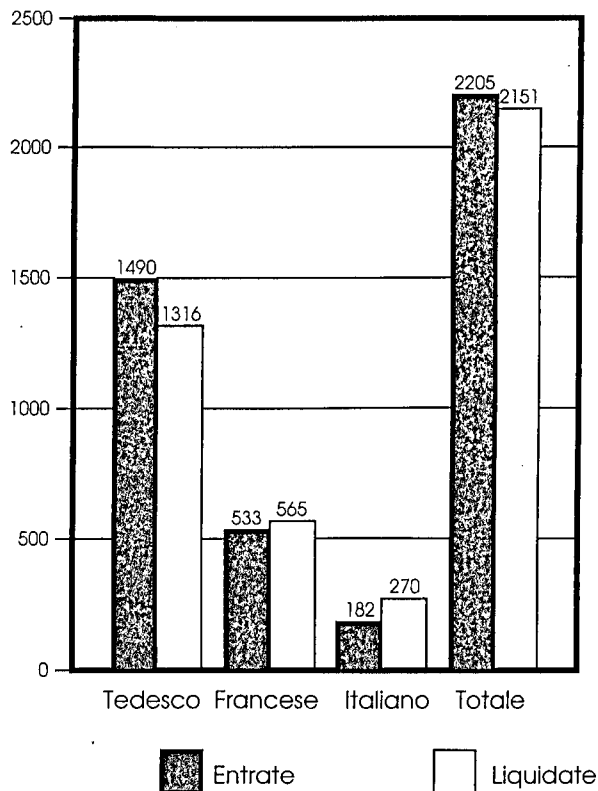
2. Liquidazione secondo le lingue e per camere

Secondo le lingue	Casi	%	Per camere	Casi oggetto di deliberazione della Corte plenaria
Tedesco	1316	61,2	Ia Camera (5 giudici)	11
Francese	565	26,3	Ila e Illa Camera (3 giudici)	Deliberazioni pubbliche
Italiano	270 = 2151	12,5 = 100	2151	8

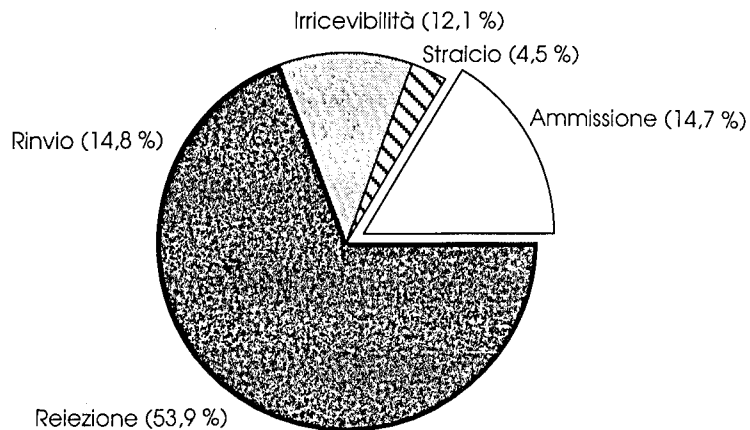
II. Presentazione grafica

3. Presentazione grafica delle tabelle 1. e 2.

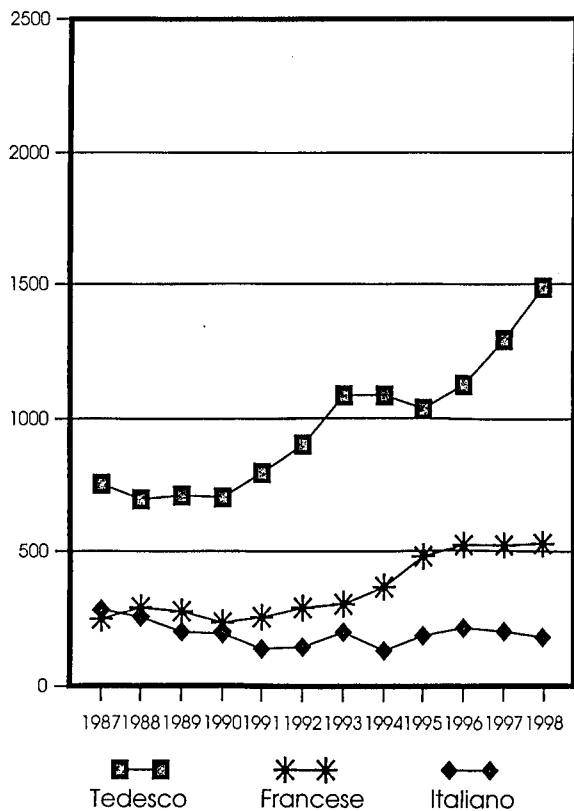
A) Cause scondo le lingue 1998



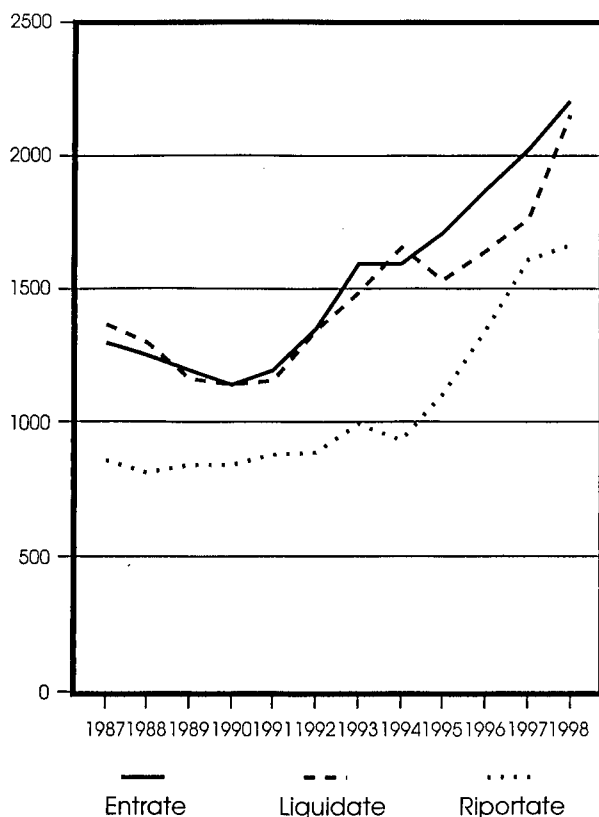
B) Modo di liquidazione 1998



C) Cause introdotte per lingue



D) Cause introdotte, liquidate e riportate



A l l e g a t o

Sunto della giurisprudenza pubblicata nel 1998

(Le sentenze citate con la loro data dovranno ancora essere pubblicate nella raccolta ufficiale).

1. Diritto materiale

a. Assicurazione vecchiaia e superstiti

Il Tribunale si è occupato della fissazione dei contributi di un assicurato non esercitante un'attività lucrativa che aveva cessato la sua attività con effetto dall'inizio di un anno pari e per il quale difettava una tassazione intermedia essendo egli domiciliato in un cantone in cui vige la tassazione biennale. La Corte ha deciso che in una simile fattispecie si deve richiamare per analogia la regola vigente per il calcolo del capitale proprio secondo cui, ove non sia possibile ottenere una comunicazione fiscale riferita al periodo di contribuzione in esame, occorre basarsi sulla sostanza al 1° gennaio dell'anno seguente. Tuttavia, al fine di evitare situazioni in contrasto con la legge, la cassa deve riconoscere all'assicurato la facoltà di dimostrare un'eventuale modifica della sostanza avvenuta nel corso dell'anno passato (DTF 124 V 1).

Il Tribunale ha poi qualificato come reddito determinante soggetto a contribuzione un versamento del datore di lavoro a un dipendente a titolo di risarcimento per la perdita dell'impiego avvenuta ancora prima della data d'entrata in servizio. Quanto all'obbligo contributivo di un lavoratore domiciliato in Belgio, ha concluso che quale criterio di collegamento ai sensi dell'art. 1 cpv. 1 lett. b LAVS e dell'art. 6 cpv. 1 della Convenzione bilaterale di sicurezza sociale 24 settembre 1975 tra la Confederazione svizzera e il Regno del Belgio, è da ritenere il luogo dove il lavoratore avrebbe dovuto esercitare la sua attività, in concreto a Ginevra, ritenuto come il domicilio estero sia da questo profilo ininfluenza (DTF 124 V 100). Ha poi qualificato quali redditi provenienti da un'attività lucrativa dipendente gli onorari percepiti dai primari, dai viceprimari e dai medici aggiunti per le cure stazionarie prestate a pazienti degenti in camera privata presso gli istituti di cura del Cantone Ginevra. Per contro, sono da reputare redditi provenienti da un'attività lucrativa indipendente gli onorari che i primari riscuotono per i trattamenti ambulatoriali eseguiti nello studio privato messo a loro disposizione dall'istituto ospedaliero (DTF 124 V 97).

In un'altra lite, in applicazione della Convenzione di sicurezza sociale tra la Confederazione svizzera e la Repubblica francese del 3 luglio 1975, il Tribunale ha concluso che un'attività lucrativa esercitata in Francia può essere considerata attività principale, suscettibile di escludere dal reddito soggetto a contribuzione una remunerazione non superante i fr. 2000.- per anno civile conseguita in Svizzera nell'esercizio di un'attività accessoria giusta l'art. 8bis OAVS. È stato invece lasciato irrisolto il quesito di sapere se queste considerazioni valgano pure relativamente ad altri Stati (DTF 124 V 145).

Per quanto attiene alla riscossione di un contributo speciale sui profitti in capitale, è stata confermata la giurisprudenza per cui tale facoltà presuppone l'esistenza di un'imposizione speciale da parte del-

l'autorità fiscale giusta gli art. 43 DIFD e 47 LIFD. In difetto di una siffatta imposizione, non è possibile riscuotere un contributo speciale nemmeno in applicazione dell'art. 22 cpv. 3 OAVS, dal momento che il profitto in capitale non può essere qualificato quale reddito da un'attività indipendente accessoria, esercitata occasionalmente ai sensi di questa norma (DTF 124 V 153).

La Corte si è poi espressa sugli effetti giuridici espliciti da atti amministrativi equivalenti a pronunzie giudiziarie, vale a dire provvedimenti dell'amministrazione che statuiscono su una fattispecie definita nel tempo. Con specifico riferimento alle decisioni sui contributi, ha affermato che, tenuto conto di un'avvenuta modifica delle circostanze particolari, è di principio lecito che per periodi contributivi futuri, diversamente che per le precedenti imposizioni, un immobile venga attribuito alla sostanza aziendale anziché al patrimonio privato. (DTF 124 V 150).

In materia di responsabilità del datore di lavoro ai sensi dell'art. 52 LAVS, precisando la sua giurisprudenza, il Tribunale ha deciso che al fine di valutare se gli organi responsabili abbiano adempiuto il loro dovere di diligenza quanto all'obbligo del datore di lavoro di pagare i contributi, occorre prendere in considerazione, fra l'altro, un accordo concluso con la cassa di compensazione contemplante una proroga dei termini di pagamento mediante un piano d'ammortamento, ciò nella misura in cui simile stipulazione modifichi gli usuali termini di pagamento (DTF 124 V 253).

In tema di procedura, è stato reputato compatibile con l'art. 200 cpv. 1 OAVS un foro alternativo per l'azione di risarcimento giusta l'art. 52 LAVS nell'evenienza in cui il datore di lavoro affiliato ad una cassa di compensazione professionale possieda una o più succursali situate in cantoni diversi da quello in cui è ubicata la sede principale (DTF 124 V 104).

b. Assicurazione per l'invalidità

La Corte si è ripetutamente chinata su diverse questioni attinenti alla reintegrazione di invalidi.

Con riferimento al diritto alla riforma professionale, è stato innanzi tutto stabilito che il criterio dell'approssimativa equivalenza della precedente e della nuova attività lucrativa assume connotazione non solo quantitativa, ma anche qualitativa. Di conseguenza, ai fini di stabilire se sia raggiunta la soglia determinante fissata dalla giurisprudenza (diminuzione della capacità di guadagno del 20 %) perché possa essere riconosciuto il diritto alla riforma professionale, specie per quel che attiene ad attività la cui retribuzione iniziale è poco elevata, non si deve prendere in considerazione unicamente la possibilità di guadagno attuale; occorre invece pure tener conto, operando un pronostico, di altri fattori quali in particolare la presumibile evoluzione dei salari e la durata dell'attività (DTF 124 V 108).

In deroga alla sua giurisprudenza risalente al 1962, il Tribunale, con riferimento all'odierna concezione della protezione sociale e alle modifiche intervenute nell'ambito del diritto di famiglia, è giunto alla conclusione che sussiste un diritto alle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità per formazione scolastica speciale anche quando quest'ultima viene fornita dal padre o dalla madre dell'assicurato (sentenza 5 agosto in re W.).

In un'altra procedura in materia di formazione del personale, sono stati esaminati i requisiti da porre affinché un istituto privato possa essere riconosciuto come scuola speciale. La Corte ha in particolare affrontato il tema dell'influsso dell'apprezzamento operato dall'autorità scolastica cantonale nel caso concreto così come quello della portata della Circolare dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sul riconoscimento di scuole speciali nell'assicurazione per l'invalidità in vigore dal 1° gennaio 1979 (DTF 124 V 257).

Riguardo al diritto a mezzi ausiliari, è stato deciso che l'art. 7 cpv. 3, ultima frase OMAI (nel tenore vigente dal 1° gennaio 1997), nella misura in cui prevede che l'assicurazione per l'invalidità non assume le spese d'uso e di manutenzione degli apparecchi acustici, non eccede i limiti dell'ordinamento legale definito dall'art. 21 LAI. Per contro, la mancata assunzione delle spese d'uso e di manutenzione degli apparecchi acustici è costitutiva di una disparità di trattamento non giustificata da motivi seri e oggettivi, quando si osservi che l'assicurazione per l'invalidità prende a carico simili spese per gli altri mezzi ausiliari (DTF 124 V 12).

La Corte ha inoltre giudicato la cifra 7.02* dell'Allegato all'OMAI (nel tenore vigente dal 1° marzo 1996) conforme alla legge nella misura in cui, diversamente dalla precedente normativa, pure nei casi di grave cheratocono o di astigmatismo irregolare molto pronunciato subordina il diritto a lenti a contatto a carico dell'assicurazione per l'invalidità alla condizione che tali mezzi ausiliari costituiscano un complemento importante di provvedimenti sanitari d'integrazione (DTF 124 V 7).

Per quanto concerne invece il diritto a indennità giornaliera, il Tribunale ha concluso che gli assicurati in fase di perfezionamento professionale giusta l'art. 16 cpv. 2 lett. c LAI possono pretendere "una piccola indennità giornaliera" ai sensi dell'art. 22 cpv. 1 seconda frase LAI in combinazione con l'art. 24 cpv. 2bis LAI e l'art. 21bis OAI, analogamente agli assicurati in corso di prima formazione professionale e a quelli che non hanno compiuto i 20 anni e non hanno ancora esercitato un'attività lucrativa. Nella stessa sentenza sono inoltre stati definiti i requisiti per ammettere l'esistenza di una perdita di guadagno causata da invalidità ai sensi dell'art. 22 cpv. 1 seconda frase LAI (DTF 124 V 113).

In tema di rendite è da segnalare una sostanziale innovazione costituita dal fatto che dal 1994 le tabelle salariali allestite dall'Ufficio federale dell'industria, delle arti e mestieri e del lavoro sulla base dell'indagine sui salari e stipendi eseguita ogni anno in ottobre sono state sostituite dalle risultanze dell'indagine svizzera sulla struttura dei salari (LSE) dell'Ufficio federale di statistica. È pertanto a questa nuova fonte - la quale, per motivi di rilevazione tecnica, non è paragonabile alle precedenti "risultanze salariali d'ottobre" - che bisognerà in futuro attingere qualora, in sede di determinazione del grado d'invalidità, in difetto di dati concreti occorrerà ricorrere a valori statistici medi per fissare i guadagni determinanti per il confronto dei redditi. A quest'ultimo proposito, il Tribunale si è altresì pronunciato sui principi da osservare affermando che al fine di procedere al confronto dei redditi non bisogna riferirsi alla statistica dei salari netti (importi effettivi), bensì a quella dei salari lordi standardizzati allegata alle risultanze dell'indagine svizzera sulla struttura dei salari dell'Ufficio federale di statistica, fondandosi sempre sul valore centrale (mediana) (sentenza 28 settembre in re H.).

In una lite vertente sul calcolo della rendita d'invalidità, il Tribunale ha statuito che, in ragione del rinvio previsto dall'art. 36 cpv. 2 LAI, l'art. 30 cpv. 2 LAVS - disciplinante la fissazione del reddito medio annuo determinante - è direttamente applicabile al calcolo della rendita d'invalidità. La circostanza che per l'art. 36 cpv. 2 LAI le disposizioni della LAVS in materia di calcolo della rendita siano semplicemente applicabili per analogia, non consente, trattandosi di computare gli anni di contribuzione e il salario determinante nel campo dell'assicurazione per l'invalidità, di scostarsi dalle regole richiamabili ai fini del calcolo della rendita di vecchiaia. In tal modo si è ovviato all'inconveniente derivante (dal calcolo della rendita d'invalidità) determinato dal computo del reddito soggetto a contribuzione, di regola esiguo, conseguito nel corso dell'anno sino all'insorgenza dell'invalidità giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (DTF 124 V 159).

Risolvendo un quesito ancora lasciato aperto in DTF 119 V 180, il Tribunale ha statuito che l'art. 77 OAVS - concernente il recupero di rendite non percepite e per il rinvio all'art. 85 cpv. 1 OAI applicabile analogicamente anche nel campo dell'assicurazione per l'invalidità - conferisce all'assicurato il diritto, suscettibile di essere fatto valere giudizialmente, di postulare la rettifica di una decisione amministrativa cresciuta formalmente in giudicato. Tale diritto non mira tuttavia ad una riconsiderazione generale del provvedimento, ma unicamente alla correzione aritmetica di una decisione di rendita già definitiva, senza che l'amministrazione sia vincolata dalle condizioni specifiche cui soggiacciono la revisione o la riconsiderazione (sentenza 4 dicembre in re S.).

È poi stato affrontato il quesito del coordinamento dell'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità (e dell'assicurazione vecchiaia e superstiti) con quello dell'assicurazione contro gli infortuni. È stato deciso che fino all'insorgere del diritto ad un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione contro gli infortuni, l'assicurazione per l'invalidità (e l'assicurazione vecchiaia e superstiti) può essere tenuta ad erogare le proprie prestazioni anche nell'evenienza in cui la grande invalidità sia esclusivamente riconducibile ad un infortunio le cui conseguenze sono assunte dall'assicurazione contro gli infortuni; in questo periodo non è in effetti ipotizzabile un versamento simultaneo di entrambe le prestazioni, ciò che del resto non sarebbe nemmeno legittimo (DTF 124 V 166).

In una procedura di regresso dell'assicurazione per l'invalidità nei confronti di terzi responsabili, la Corte si è pronunciata sul momento in cui avviene la cessione legale delle pretese (surrogazione) giusta l'art. 48ter LAVS e sulla legittimità di una rinuncia a prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (DTF 124 V 174).

Sono poi stati giudicati inadempiti i requisiti necessari per l'erogazione di sussidi per stabilimenti da parte dell'assicurazione per l'invalidità nel caso di un'istituzione che si prefigge di preservare persone alcolizzate dalla perdita della loro posizione socio-professionale (DTF 124 V 265).

In applicazione del principio del diritto di essere sentito, la Corte ha infine stabilito che in sede di procedura di audizione preliminare l'Ufficio AI non può limitarsi a prendere conoscenza delle obiezioni mosse dall'assicurato e a esaminarle: nella sua decisione di reiezione deve indicare anche i motivi per i quali non le ammette o non può prenderle in considerazione (DTF 124 V 180).

c. Prestazioni complementari all'AVS/AI

Riguardo alle modifiche dei requisiti per il diritto alle rendite straordinarie dell'assicurazione per l'invalidità entrate in vigore il 1° gennaio 1997 con la 10a revisione dell'AVS, il Tribunale ha esaminato il quesito del mantenimento di un diritto a prestazioni precedentemente riconosciuto sotto forma di una rendita straordinaria d'invalidità e poi trasferito nel regime delle prestazioni complementari. Ha concluso che non è ravvisabile alcuna lacuna legislativa nell'assenza di norme che, nel caso di trasferimento nel regime delle prestazioni complementari di un diritto a una vecchia rendita straordinaria con limite di reddito, garantiscano all'assicurato prestazioni - composte attualmente da una rendita ordinaria e da prestazioni complementari - per un importo complessivo pari a quello percepito prima dell'entrata in vigore della 10a revisione dell'AVS (DTF 124 V 271).

d. Previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

In una lite vertente sul riconoscimento del diritto a prestazioni in caso di scioglimento amministrativo di un rapporto di servizio, il Tribunale ha stabilito che gli anni d'assicurazione riscattati non possono essere presi in considerazione trattandosi di stabilire se sia adempiuta la condizione della durata di affiliazione ininterrotta di 19 anni prevista dagli Statuti della Cassa Pensioni della Confederazione. Al proposito nulla può mutare l'art. 9 cpv. 3 della Legge federale sul libero passaggio giusta il quale, in occasione del calcolo delle loro prestazioni, gli istituti di previdenza non possono operare una distinzione a seconda che le prestazioni siano imputabili a contributi oppure a prestazioni d'entrata. Tale norma è in effetti applicabile unicamente ai casi di previdenza in senso stretto, ossia quando vengono accordate prestazioni al raggiungimento del limite d'età oppure per morte o invalidità; non lo è invece per prestazioni conseguenti allo scioglimento amministrativo del rapporto di servizio (sentenza 15 ottobre in re A.).

Statuendo poi sulla decorrenza del termine di tre anni previsto dall'art. 30c cpv. 1 LPP entro il quale l'assicurato può chiedere al suo istituto di previdenza il versamento di un importo per l'acquisizione in proprietà di un'abitazione ad uso proprio, la Corte ha statuito che per "nascita del diritto alle prestazioni di vecchiaia" ai sensi di questo disposto si intende il momento a decorrere dal quale l'assicurato può, al più presto, pretendere simili prestazioni dall'istituto previdenziale. Ha conseguentemente reputato tardiva la domanda di un assicurato 54-enne, il quale, in base alle norme statutarie del proprio istituto di previdenza, avrebbe potuto postulare le prestazioni di vecchiaia già a 57 anni (DTF 124 V 276).

Il Tribunale si è poi chinato sul quesito del concorso di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità calcolata giusta il metodo misto di graduazione con una rendita d'invalidità della previdenza professionale. Al proposito ha statuito che ai fini del calcolo del sovraindennizzo una rendita dell'assicurazione per l'invalidità che indennizza oltre all'incapacità al guadagno anche quella a svolgere le mansioni consuete deve essere imputata, secondo il principio della corrispondenza dei diritti, solo nella misura in cui costituisce una compensazione per la perdita di guadagno riconducibile allo stato invalidante (DTF 124 V 279).

In un'altra lite avente per oggetto una decisione di accollamento dei costi processuali per temerarietà resa dall'istanza giudiziaria cantona-

le, precisando la sua giurisprudenza, la Corte ha stabilito che nelle vertenze in materia di contributi della previdenza professionale, a motivo della loro particolare natura, il tema di sapere se un processo sia temerario va vagliato non solo esaminando il comportamento del debitore dei contributi in sede di procedura giudiziaria, ma pure prendendo in considerazione il suo atteggiamento antecedente (DTF 124 V 285).

e. Assicurazione malattie

Dopo aver preso posizione sulle critiche mosse alla giurisprudenza in DTF 116 V 239, il Tribunale l'ha confermata riconoscendo qualità di malattia in senso giuridico all'infezione HIV (DTF 124 V 118).

In relazione all'entrata in vigore, il 1° gennaio 1996, della nuova legge sull'assicurazione malattie, ha poi avuto modo di chinarsi su diverse questioni giuridiche di portata fondamentale attinenti sia al diritto procedurale che a quello materiale.

La Corte si è innanzi tutto ripetutamente pronunciata sull'obbligo di prestare delle cure dentarie in caso di cure dentarie. Al proposito, ha deciso che con il nuovo disciplinamento il legislatore non si è scostato dal principio secondo cui le cure dentarie non sono di regola assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Ha poi qualificato come esaustivo l'elenco delle malattie suscettibili di giustificare una cura dentaria a carico dell'assicurazione contenuto negli art. 17 sino a 19a dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre). Nella fattispecie concreta è quindi stato negato l'obbligo di prestare per una cura dentaria nel caso di ernia iatale con esofagite da reflusso, non essendo quest'ultima patologia contenuta nel citato elenco (DTF 124 V 185). È stato inoltre stabilito che nelle disposizioni d'esecuzione all'art. 31 cpv. 1 LAMal emanate dal Dipartimento federale dell'interno non è ravvisabile alcuna lacuna suscettibile di essere colmata dal giudice laddove non menzionano il diabete mellito fra le malattie gravi che possono giustificare cure dentarie a carico delle casse malati (sentenza 2 novembre in re P.). Con riferimento alle cure dentarie a seguito di psicopatologia grave con conseguente grave lesione della funzione masticatoria, la Corte ha esaminato il principio e l'estensione dell'obbligo dell'assicuratore di assumersi le cure dentarie nel caso di bulimia e anoressia nervosa. In questo contesto, ha concluso che le raccomandazioni contenute nell'Atlante delle malattie con effetti sul sistema masticatorio edito dalla Società svizzera di odonto-stomatologia non vincolano il giudice delle assicurazioni sociali (sentenza 19 ottobre in re M.). In un'altra procedura infine, ha affermato che le cure dentarie di cui agli art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal e 19 OPre comprendono anche il ripristino della funzione masticatoria mediante protesi dentaria, qualora si sia resa necessaria l'estrazione dei denti, nella fattispecie a seguito di un intervento chirurgico di sostituzione di una valvola cardiaca (DTF 124 V 196).

Con riferimento alla definizione delle prestazioni da erogare nel caso di degenza ospedaliera e in particolare alla delimitazione tra necessità di degenza ospedaliera per affezione acuta e necessità di cura, il Tribunale ha statuito che conformemente al criterio dell'economicità anche secondo il nuovo diritto una degenza in un ospedale per casi acuti fatturata secondo le tariffe ospedaliere è possibile solo fintantoché la permanenza in tale ospedale è necessaria per scopi di cura. Ha pure confermato la validità della sua giurisprudenza affermatasi sotto il regime della LAMI secondo cui per il passaggio da un ospedale per casi

acuti ad una casa di cura o ad un reparto di cura deve essere riconosciuto un adeguato periodo di adattamento (sentenza 26 novembre in re F.).

Riguardo alla pretesa di un'assicurata ad un contributo alle spese di trasporto indicate dal profilo medico è stato deciso che il diritto a prestazioni assicurative non è subordinato all'esistenza di una convenzione tariffaria tra l'assicuratore sociale e il fornitore delle prestazioni o, concretamente, tra la cassa malati e colui che aveva eseguito il trasporto. Né del resto i cantoni sono tenuti ad allestire un elenco delle imprese di trasporto e di salvataggio autorizzate a esercitare la loro attività a carico delle assicurazioni malattie. Il Tribunale ha poi esaminato la nozione di "spese per trasporti indicati dal profilo medico" concludendo che, adempiuti i requisiti e nei limiti posti dall'art. 26 OPre, l'assicurato ha diritto al rimborso delle spese che risultano da un trasporto in tassi a condizione che il ricorso a tale mezzo fosse nella fattispecie una soluzione adeguata ai bisogni concreti (sentenza 2 settembre in re J.).

In diverse procedure sono state affrontate questioni attinenti all'assicurazione d'indennità giornaliera. Con riferimento innanzi tutto alla distinzione operata dall'art. 72 cpv. 2 LAMal tra la nascita del diritto all'indennità giornaliera e l'inizio del versamento delle prestazioni medesime, è stato deciso che l'art. 110 OAMal non differisce la nascita del diritto all'indennità giornaliera, ma esenta semplicemente la cassa malati dall'obbligo, già sussistente, di corrispondere le prestazioni (sentenza 30 settembre in re B.). È stata d'altra parte definita imperativa la durata di 16 settimane prevista dall'art. 74 cpv. 2 LAMal per il diritto alle indennità giornaliere in caso di maternità. Di conseguenza, le indennità giornaliere per incapacità lavorativa erogate prima del parto a dipendenza di malattia non possono comportare una riduzione di tale durata minima garantita dalla legge (DTF 124 V 291). La Corte ha poi affermato che le assicurazioni d'indennità giornaliera ai sensi dell'art. 67 cpv. 1 LAMal non decadono automaticamente in virtù della legge con il compimento del 65° anno d'età. Gli assicuratori sono semplicemente autorizzati a limitare o a sopprimere a livello statutario l'assicurazione d'indennità giornaliera per le persone che hanno compiuto i 65 anni, posto comunque come nel caso di sospensione o riduzione di prestazioni assicurative in corso devono essere osservate regole particolari (DTF 124 V 201).

In una lite vertente su una riduzione delle prestazioni operata da una cassa malati per temerarietà, in applicazione dei propri statuti, è stato concluso che in difetto di un'esplicita normativa in tal senso nella nuova legge, le casse malati non dispongono dell'autonomia necessaria per prevedere statutariamente la riduzione di prestazioni erogate nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nell'evenienza di atti temerari (sentenza 19 ottobre in re B.).

La facoltà di ridurre i premi delle assicurazioni con franchigie opzionali, riconosciuta dal 1° gennaio 1998 agli assicuratori conformemente all'art. 95 cpv. 2 OAMal, ha dato alla Corte l'opportunità di affrontare il tema del momento in cui, al più presto, è possibile un cambiamento d'assicuratore. Al proposito è stato statuito che nell'assicurazione con franchigia opzionale una diminuzione della riduzione dei premi, senza modifica delle quote dei medesimi, non configura un aumento dei premi ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 LAMal. Di conseguenza, nell'eventualità di un cambiamento d'assicuratore - il quale, nel caso di assicu-

razione con franchigia opzionale, è di principio possibile solo per la fine di un anno civile - non è possibile prevalersi delle scadenze di disdetta straordinarie né del termine di preavviso di disdetta riaccomodato previsti da questa norma per l'eventualità dell'aumento dei premi (sentenza 23 novembre in re A.).

In tema di procedura, il Tribunale ha deciso che le liti concernenti l'applicazione del vecchio diritto in materia d'assicurazione complementare contro le malattie rientrano nella competenza del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 124 V 134).

In un'altra vertenza, ha stabilito che le norme cantonali disciplinanti la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie giusta l'art. 65 LAMal costituiscono diritto cantonale autonomo. Ne consegue che i giudizi cantonali di ultima istanza in questa materia non possono di massima essere deferiti con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni (DTF 124 V 19).

In una pronuncia incidentale la Corte ha poi affermato che la qualità per ricorrere contro un giudizio cantonale relativo all'esonero dall'assicurazione obbligatoria spetta al Dipartimento federale dell'interno e non all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali. A quest'ultimo deve pertanto essere assegnato un termine per presentare una procura di rappresentanza rilasciata da tale Dipartimento, con la comminatoria di non entrata nel merito (DTF 124 V 296).

Con riferimento alle vie di diritto esistenti in un litigio opponente una cassa ad un assicurato in tema di tariffa applicabile ad una prestazione medica, è stato deciso che, come già conformemente al precedente ordinamento, l'assicurato deve adire il Tribunale cantonale delle assicurazioni oppure chiedere alla cassa di promuovere un'azione innanzi al Tribunale arbitrale cantonale nei confronti del medico il cui onorario è litigioso (DTF 124 V 128).

In un'altra procedura, è poi stato stabilito che il Tribunale arbitrale di cui all'art. 89 LAMal è competente a continuare i processi che al momento dell'entrata in vigore della LAMal e dei relativi ordinamenti cantonali d'applicazione erano pendenti innanzi al Tribunale arbitrale ai sensi dell'art. 25 cpv. 1 LAMI. Configura di conseguenza un diniego di giustizia in contrasto con l'art. 4 Cost. e una vidazione dell'art. 58 cpv. 1 Cost. nonché dell'art. 6 n. 1 CEDU una decisione incidentale resa nel 1996 dal Tribunale arbitrale del Cantone Zugo, competente a statuire secondo il nuovo diritto, con cui una causa è stata trasmessa per competenza al Tribunale arbitrale di cui all'art. 25 cpv. 1 LAMI, il quale non esiste più dal 1° gennaio 1996 (DTF 124 V 130).

Sono poi state riassunte le condizioni di ricevibilità di un ricorso di diritto amministrativo avverso una decisione incidentale in tema di astensione o ricusazione dei membri di un tribunale arbitrale cantonale giusta l'art. 89 LAMal. Nel caso concreto è stata negata l'esistenza di un motivo di ricusa ed è stato stabilito che, in difetto di una normativa di diritto federale, il quesito di sapere se un tribunale arbitrale cantonale ai sensi dell'art. 89 LAMal possa pure essere composto da membri che non sono domiciliati nel cantone - tema questo finora lasciato insoluto - deve essere vagliato sulla base della regolamentazione cantonale, la cui violazione non può di regola essere fatta oggetto di un ricorso di diritto amministrativo (DTF 124 V 22).

In relazione al ritiro dell'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie in otto cantoni pronunciato dal Dipartimento federale dell'interno in data 16 settembre 1998 con effetto dal 31 dicem-

bre 1998 nei confronti della Cassa malati Visana, la Cassa malati CSS, la SWICA e la Cassa malati Helsana si sono rivolte al Tribunale federale delle assicurazioni contestando la decisione del 24 settembre 1998 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali con la quale, su preavviso del Dipartimento, sono contestualmente loro stati negati la consultazione degli atti e il diritto di essere sentito. La Corte ha negato alle tre casse malati ricorrenti la qualità di parte nel procedimento che è sfociato nel provvedimento del Dipartimento del 16 settembre 1998 ed ha quindi disatteso il ricorso di diritto amministrativo. A questa conclusione è giunta osservando come le prescrizioni sulla legittimazione a proporre un ricorso amministrativo (art. 48 PA) o un ricorso di diritto amministrativo (art. 103 OG) sono determinanti anche per l'esame della qualità di parte, dal momento che, oltre al destinatario di una decisione, parte è anche colui che può impugnare la decisione con un rimedio di diritto. Secondo la giurisprudenza gli organi dell'amministrazione statale indiretta - cioè le corporazioni e gli enti pubblici separati dall'amministrazione statale generale -, alla quale appartengono, quali organi d'attuazione, anche le casse malati autorizzate all'esercizio dell'assicurazione sociale malattie obbligatoria, sono legittimati a ricorrere solo nella misura in cui sono toccati da un atto statale come un privato. Ai fini della valutazione del diritto di ricorrere giusta gli art. 48 lett. a PA e 103 lett. a OG e, quindi, della qualità di parte nel caso di organi dell'amministrazione statale indiretta è pertanto decisivo il quesito di sapere se nell'ambito specifico la legge conferisce loro autonomia. Quali organi d'attuazione dell'assicurazione sociale malattie le casse malati non dispongono tuttavia dal punto di vista finanziario di un'autonomia e di una libertà di disposizione pari a quelle di un privato; di conseguenza, alle tre casse malati ricorrenti, considerato come esse non erano destinatarie della decisione del Dipartimento del 16 settembre 1998, nel relativo procedimento non si è potuto riconoscere qualità di parte (sentenza 2 dicembre in re CSS Assicurazione, Organizzazione della salute SWICA, Helsana Assicurazioni SA).

f. Assicurazione contro gli infortuni

Esaminando il diritto ad una rendita di un assicurato che, durante uno stage di orientamento professionale di una settimana, aveva subito un infortunio che aveva reso necessaria l'amputazione della parte inferiore del femore, la Corte ha stabilito che nell'OAINF è ravvisabile una lacuna in senso proprio in tema di guadagno assicurato determinante per la fissazione di una rendita a favore di una persona che assolve un periodo di orientamento professionale. Per colmare tale lacuna, occorre riferirsi ai tassi percentuali, digradati secondo l'età, dei redditi medi stabiliti in base all'indagine sui salari e stipendi esperita dall'Ufficio federale dell'industria, delle arti e mestieri e del lavoro e applicabili giusta l'art. 26 cpv. 1 OAI per fissare il reddito ipotetico senza invalidità di assicurati che, a dipendenza dell'invalidità, non hanno potuto acquisire conoscenze professionali sufficienti (DTF 124 V 301).

In un'altra procedura il Tribunale ha disatteso l'assunto dell'INSAI secondo cui il diritto ad una indennità per menomazione dell'integrità è di principio escluso nei casi di disturbi psicogeni consecutivi ad infortunio, stabilendo per contro che tale prestazione può in linea di massima essere riconosciuta anche nel caso di menomazione dell'integrità psichica. Ha altresì dichiarato conforme alla legge l'art. 36 cpv. 1 OAINF, giusta il quale una menomazione dell'integrità è considerata du-

revoles se verosimilmente sussisterà, almeno con pari gravità, per tutta la vita. Giusta la Corte inoltre, turbe psicogene consecutive ad infortunio conferiscono il diritto all'indennità per menomazione dell'integrità qualora una chiara prognosi, estesa su un lungo periodo, permetta in pratica di escludere che vita natural durante possa subentrare una guarigione o un miglioramento del pregiudizio alla salute. Ha infine precisato che al fine di accertare il carattere durevole della menomazione e decidere se al riguardo siano necessari accertamenti dal profilo psichiatrico bisogna riferirsi alla prassi vigente in materia di determinazione del nesso di causalità adeguata nell'ipotesi di disturbi psichici consecutivi ad infortunio (DTF 124 V 29). Questi principi sono stati ulteriormente confermati e riassunti in una pronuncia in lingua francese (DTF 124 V 209).

Litigiose erano poi le prestazioni dovute ad un motociclista infortunatosi nel 1978 e il cui stato di salute aveva richiesto un'ospedalizzazione permanente dal marzo 1984. In tema di diritto transitorio è stata dichiarata applicabile la legge sull'assicurazione contro gli infortuni in vigore dal 1° gennaio 1984 per l'esame di prestazioni per grande invalidità versate dal 1980 sotto forma di un aumento della rendita d'invalidità ai sensi dell'art. 77 cpv. 1 seconda frase LAMI, poi sospese per dodici anni e infine ripristinate a decorrere dal mese di dicembre 1995. Al proposito, il Tribunale ha rilevato che, contrariamente alla tesi dell'INSAI, il diritto alle prestazioni era stato soppresso per la durata di dodici anni; solo un cambiamento della prassi amministrativa aveva permesso, nel 1995, di nuovamente riconoscerlo nella forma di un assegno per grandi invalidi giusta il nuovo diritto. Di conseguenza, solo in questo momento può essere considerato insorto l'attuale diritto a prestazioni, considerato come esso non si fondi più sull'infortunio subito nel 1978, ma sul successivo cambiamento di prassi dell'INSAI. Quanto poi ai costi delle cure mediche insorti dopo la determinazione della rendita, la Corte si è chinata sul quesito dell'estensione del diritto di un assicurato invalido al 100 % e necessitante un'ospedalizzazione permanente alla presa a carico delle spese ospedaliere (mediche e non mediche). Nella fattispecie concreta, sulla base del principio della tutela della buona fede, all'assicurato è stato riconosciuto anche il rimborso da parte dell'assicuratore contro gli infortuni delle spese ospedaliere non mediche nella misura in cui l'assicuratore, con il suo comportamento processuale, aveva impedito che l'interessato facesse valere i suoi diritti nei confronti del soggetto responsabile civilmente per l'infortunio (DTF 124 V 52).

In un'altra procedura vertente sull'intimazione di un provvedimento dell'INSAI ad un assicurato residente in Turchia, il Tribunale ha ribadito che la notificazione di una decisione all'estero configura un atto rientrante nella sfera del potere pubblico, la cui esecuzione spetta esclusivamente alle autorità locali. Qualora - come nel caso della Turchia - non esista una convenzione internazionale che prevede altre modalità, la notificazione deve avvenire per le vie diplomatiche. Ne consegue che l'opposizione dell'assicurato avverso una decisione pervenutagli per via postale è ricevibile anche se tardiva, dal momento che la difettosa notificazione del provvedimento non può esplicare effetti giuridici. Nello stesso contesto, la Corte ha stabilito che per essere conforme alla Convenzione di sicurezza sociale conclusa tra la Svizzera e la Repubblica di Turchia il 1° maggio 1969, l'indicazione delle vie di diritto sui provvedimenti dell'assicuratore contro gli infortuni deve men-

zionare che l'assicurato ha la facoltà di redigere la propria opposizione in turco e di indirizzarla al competente Istituto delle assicurazioni sociali di Ankara (DTF 124 V 47).

La Corte si è poi pronunciata sul quesito di sapere se la sospensione dei termini giusta l'art. 22a PA valga anche per il termine per proporre opposizione avverso le decisioni prolate da un assicuratore autorizzato ai sensi dell'art. 68 cpv. 1 LAINF. Posto come dal punto di vista della parità di trattamento sia da ritenere insoddisfacente la vigente situazione per la quale l'applicabilità della sospensione dei termini giusta l'art. 22a PA dipende, esclusivamente dal quesito di sapere quale assicuratore autorizzato ad esercitare l'assicurazione contro gli infortuni abbia emesso la decisione impugnabile mediante opposizione, il Tribunale ha preso in considerazione un'estensione della validità dell'art. 22a PA nel senso di un'interpretazione armonizzante del disposto. Nel caso concreto tale problematica è comunque rimasta insoluta, dal momento che l'opposizione era comunque da ritenere tempestiva. In effetti, la tempestività è stata ammessa poiché l'assicuratore, in violazione dell'obbligo di costituire un incarto scaturente dall'art. 4 CF, aveva ommesso di includere nello stesso la busta nella quale era pervenuta l'opposizione; viste simili circostanze, il Tribunale non ha ritenuto di far sopportare all'opponente le conseguenze dell'assenza di prove quanto alla tempestività del rimedio di diritto (sentenza 27 novembre in re M.).

Infine, riguardo al foro in materia di ricorsi avversi ad una decisione su opposizione, è stato deciso che per "interessato" ai sensi dell'art. 107 cpv. 2 LAINF si intende solo la persona il cui diritto a prestazioni assicurative o la cui qualità di assicurato sono litigiosi. Ne discende che il gravame deve in ogni caso essere interposto innanzi all'autorità cantonale di ricorso del domicilio dell'assicurato, anche quando a ricorrere sia esclusivamente la cassa malati pure toccata dalla decisione dell'assicuratore contro gli infortuni (DTF 124 V 310).

g. Assicurazione militare

Nel settore dell'assicurazione militare sono stati pronunciati solo quattro giudizi non vertenti su questioni di principio.

h. Indennità per perdita di guadagno in caso di servizio militare

La Corte non si è pronunciata in questa materia.

i. Assegni familiari nell'agricoltura

Nemmeno in questo campo non sono da segnalare casi di particolare interesse.

k. Assicurazione contro la disoccupazione

Il Tribunale ha innanzi tutto affermato che per poter beneficiare del diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione l'assicurato deve osservare le prescrizioni di controllo anche durante una procedura ricorsuale pendente. Nel caso specifico, ha di conseguenza negato simili prestazioni ad un assicurato che non aveva rispettato le prescrizioni di controllo dopo aver incoato un procedimento ricorsuale. La Corte ha disatteso il richiamo dell'interessato al principio della buona fede in diritto pubblico, negando che l'amministrazione avesse nella specie violato l'obbligo di informare (DTF 124 V 215).

In un'altra procedura, con riferimento alla descrizione di "occupazione adeguata" giusta la nuova versione dell'art. 16 LADI, in vigore dal 1° gennaio 1996, è stato stabilito che i criteri di inadeguatezza elencati al cpv. 2 lett. a-i di questo disposto devono essere cumulativamente esclusi perché un'occupazione possa essere ritenuta adeguata (DTF 124 V 62).

A titolo di precisazione, la Corte ha inoltre deciso nell'ambito d'applicazione dell'art. 41a cpv. 3 OADI che l'esclusione dalle indennità compensative vale anche nel caso di proseguimento ininterrotto del rapporto di lavoro tra le stesse parti (sentenza 15 dicembre in re P.).

In tema di calcolo dell'importo dell'indennità giornaliera, la Corte ha affermato che l'applicazione del diritto cantonale in materia di assegni per i figli ai fini della fissazione degli assegni per i figli e per la loro formazione giusta l'art. 22 cpv. 1 LADI, può essere esaminata solo dal punto di vista della violazione del diritto federale e dell'arbitrio. Di conseguenza, non ha ritenuto di disattendere l'argomentazione dell'istanza ricorsuale cantonale secondo cui la cassa disoccupazione deve riconoscere ad un assicurato disoccupato al 50 % il supplemento per assegni familiari nella limitata misura della metà degli assegni dovuti secondo il diritto cantonale (DTF 124 V 137). In un'altra lite, ha stabilito che l'art. 33 cpv. 1 OADI, nella misura in cui fa dipendere l'esistenza di un obbligo di mantenimento ai sensi dell'art. 22 cpv. 2 lett. a LADI dalla legislazione cantonale in materia di assegni per i figli anziché dalla relativa nozione di diritto civile, è contraria a legge e costituzione (DTF 124 V 64). Il Tribunale si è pure pronunciato sul presupposto per la ridefinizione del guadagno assicurato previsto dall'art. 37 cpv. 4 OADI quale l'esistenza di un'attività ininterrotta soggetta a contribuzione di almeno sei mesi per la quale venga percepito un salario superiore al guadagno assicurato. Ha affermato che nell'ipotesi in cui l'assicurato abbia fruito di vacanze, decisivo ai fini dell'accertamento di un salario intermedio superiore al guadagno assicurato è stabilire quale fosse la volontà delle parti all'inizio del rapporto di lavoro: qualora, come nel caso concreto, sia stato pattuito un unico contratto lavorativo, le indennità per vacanze devono essere prese in considerazione quale guadagno intermedio ai sensi dell'art. 37 cpv. 4 OADI, a prescindere dal fatto che esse siano maturate prima o dopo le vacanze medesime. È stato per contro lasciato insoluto il tema di conoscere quando si possa ammettere l'esistenza di un periodo di attività ininterrotta trattandosi di rapporti lavorativi di altro tipo (DTF 124 V 69).

Con riferimento alle sanzioni previste dalla legge sull'assicurazione contro la disoccupazione, è stato deciso che l'art. 30 cpv. 1 lett. c LADI - giusta il quale l'assicurato è sospeso dal diritto all'indennità di disoccupazione se non fa il possibile per ottenere un'occupazione adeguata - non è contrario, né dal punto di vista della sistematica né da quello del tenore, alla Convenzione n. 168 dell'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) concernente la promozione dell'impiego e la protezione contro la disoccupazione del 21 giugno 1988. Nella medesima procedura la Corte è giunta alla conclusione che diversamente da altri settori delle assicurazioni sociali - segnatamente da quelli dell'assicurazione per l'invalidità, dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione contro le malattie, dell'assicurazione militare e della previdenza professionale -, in quello dell'assicurazione contro la disoccupazione le prestazioni devono essere ridotte anche per colpa

lieve. Ha altresì confermato la sua precedente giurisprudenza nel senso che la sospensione dal diritto a prestazioni non presuppone una precedente comminatoria (DTF 124 V 225).

In un'altra vertenza il Tribunale ha stabilito la compatibilità dell'art. 44 (cpv. 1) lett. b OADI con l'art. 20 lett. c della dianzi citata Convenzione n. 168 dell'OIL concernente la promozione dell'impiego e la protezione contro la disoccupazione del 21 giugno 1988. Ha tuttavia sottolineato che il concetto di inesigibilità di cui all'art. 44 (cpv. 1) lett. b OADI dev'essere interpretato in modo conforme a tale convenzione. (DTF 124 V 234). La Corte si è poi pronunciata sul tema dell'effetto sospensivo di un ricorso avverso ad una decisione di sospensione del diritto a prestazioni. Al riguardo ha concluso che l'effetto sospensivo riconosciuto da un'autorità giudiziaria cantonale a un siffatto ricorso cagiona in ogni caso un pregiudizio irreparabile per l'assicurazione contro la disoccupazione, dal momento che in caso di processo i giorni di sospensione non possono in pratica più essere computati, la sospensione decadendo dopo sei mesi conformemente all'art. 30 cpv. 3, quarta frase LADI. Di conseguenza, modificando la sua giurisprudenza, ha stabilito che nell'ipotesi di un ricorso contro una decisione di sospensione del diritto a prestazioni l'art. 30 cpv. 3 quarta frase LADI esclude la concessione dell'effetto sospensivo (DTF 124 v 82).

Ha poi considerato che il termine di tre mesi per far valere il diritto all'indennità per lavoro ridotto comincia a decorrere dopo ogni periodo di conteggio, indipendentemente dal fatto che l'autorità cantonale o il giudice abbiano già reso una pronuncia circa il pagamento della prestazione (DTF 124 V 75). In relazione ad una domanda di restituzione di indennità per lavoro ridotto versate a torto, fondata sulla circostanza che il tempo di lavoro dei dipendenti non era sufficientemente controllabile, è stato confermato il principio per cui il termine di prescrizione di un anno giusta l'art. 95 cpv. 4 LADI non comincia a decorrere già all'atto del pagamento indebito, ma solo dal momento in cui l'amministrazione, adoperando l'attenzione da lei esigibile, avrebbe dovuto accorgersi dell'errore compiuto (sentenza 12 ottobre in re T.).

In una lite vertente sulle indennità per intemperie, la Corte si è invece pronunciata sull'interpretazione della nozione legale di "perdita di lavoro non computabile se riconducibile soltanto indirettamente alle condizioni meteorologiche (perdita di clienti, ritardo nei termini)" secondo l'art. 43a lett. a LADI (DTF 124 V 239).

In materia di provvedimenti inerenti al mercato del lavoro è stato d'altra parte deciso che malgrado la concessione di assegni per il periodo di introduzione ad assicurati difficilmente collocabili che assolvono un periodo d'introduzione in un'azienda dietro pagamento di un salario ridotto, il datore di lavoro può disdire il rapporto di impiego nel tempo di prova senza esporsi al rischio di dover restituire prestazioni assicurative già assegnate o di vedersi rifiutare il rimborso di assegni anticipati all'assicurato (DTF 124 V 246).

In deroga alla sua giurisprudenza pubblicata in DLA 1953 n. 32 pag. 31 e in conformità con la prassi instaurata dai cantoni giusta la direttiva emanata dall'Ufficio federale dello sviluppo economico e del lavoro, il Tribunale ha infine stabilito che, in caso di dubbio, giusta l'art. 81 cpv. 2 LADI l'autorità cantonale è competente anche per esaminare prestazioni assicurative già in corso (sentenza 18 agosto in re K.).

2. Procedura

In tema di procedura, il Tribunale ha innanzi tutto approfondito i principi da osservare in sede di assunzione di prove testimoniali, con particolare attenzione al diritto delle parti di assistere all'audizione dei testi. Con riferimento all'art. 4 cpv. 1 Cost. e all'art. 6 n. 1 CEDU, ha segnatamente stabilito che qualora la deposizione di un teste sia resa per iscritto, la parte ha il diritto di prendere conoscenza del suo contenuto e di richiedere di porre o far porre domande complementari (DTF 124 V 90). Ha poi ritenuto lesiva del diritto d'essere sentito la circostanza che un tribunale cantonale non aveva verbalizzato dei passi di un'audizione testimoniale rilevanti per la decisione; dal momento che siffatto difetto procedurale non era sanabile, la causa è stata rimandata all'istanza di ricorso cantonale per dar corso ad un'udienza regolare (sentenza 28 dicembre in re I.).

Ha inoltre statuito che la presunzione secondo cui una comunicazione regolarmente notificata contenesse effettivamente gli atti indicati sulla busta è da considerarsi rovesciata qualora esistano indizi concreti che facciano dubitare sul contenuto dell'invio medesimo. In questi casi, l'onere della prova dell'effettivo contenuto incombe allora al mittente della comunicazione (sentenza 5 novembre in re V.).

Il Tribunale ha riconosciuto che la nuova legge sull'assicurazione malattie contiene un'esplicita base legale per il diritto a ripetibili in sede di procedura ricorsuale cantonale. Ha inoltre confermato la giurisprudenza per la quale le ripetibili spettano anche all'avvocato designato curatore o tutore che con successo agisce in giudizio a tutela dei diritti del curatelato rispettivamente del tutelato (sentenza 2 settembre in re J.). È stato infine ricordato che alla parte parzialmente vincente in lite può essere riconosciuta, oltre all'indennità per ripetibili ridotta a carico della controparte, anche l'assistenza giudiziaria, la quale dovrà tuttavia venir in seguito rimborsata alla Cassa del tribunale dal beneficiario, a seconda delle sue disponibilità finanziarie (DTF 124 V 301).